



## Sistema de saúde de Alameda

### "Ajudando uma instituição que assistia pessoas com poucas oportunidades a sobreviver."

Em julho de 2013, Bill Peruzzi, MD, MS (MHCM), FCCM, comentou o motivo pelo qual recentemente aceitou o cargo de Diretor Médico do Sistema de Saúde de Alameda (AHS) (também conhecido como Centro Médico do Condado de Alameda):

"O foco do desafio é: como se desenvolve um sistema de hospital público praticamente puro em algo que pode competir em um mercado competitivo quando uma grande parcela da população atual atendida terá rapidamente escolhas que não existiam anteriormente?"

Quase um ano e meio depois, em novembro de 2014, muitos desafios permaneceram para o AHS. Seu CEO de nove anos, Wright Lassiter, aceitou um novo cargo de presidente do Sistema de Saúde Henry Ford em Detroit, Michigan, a partir de dezembro. Durante seu mandato no AHS, o Sr. Lassiter levou os hospitais públicos da Califórnia a negociar um acordo com o Estado que resultou em US\$ 3 bilhões em receitas suplementares ao longo de um período de cinco anos, o que contribuiu para uma reviravolta financeira e expansão do AHS. O Sr. Lassiter também foi um dos principais atores no esforço para obter uma reautorização de eleição de 20 anos da Medida A, um imposto local de vendas do condado que gerou aproximadamente US\$ 100 milhões por ano para atender as necessidades de serviços de saúde de residentes indigentes, de baixa renda e sem seguro Do condado de Alameda; 75% desses produtos foram transferidos diretamente para o AHS. Ele também liderou o plano diretor para um hospital de substituição no campus da Highland, que era de propriedade e financiado pelo condado.

No entanto, a partir de 2012, o desempenho financeiro, embora ainda lucrativo, estava se deteriorando. 2014 foi projetado para sofrer uma perda. O sistema de saúde não conseguiu reduzir seu empréstimo de capital de giro do condado por US\$ 15 milhões agendados em 2014; Em vez disso, o sistema estava frequentemente atingindo seu limite de US\$ 200 milhões em 2014. Aproximadamente US\$ 130 milhões do empréstimo do condado foram uma transição de perdas operacionais ocorridas antes de 1998, quando a governança mudou para uma autoridade independente. O saldo foi relacionado às necessidades de caixa contínuas das operações do AHS.

Também preocupante, o AHS perdeu a oportunidade de reter muitos de seus pacientes recém-segurados na bolsa de saúde estadual, a Califórnia Coberta, porque o seu maior plano de cuidados gerenciados afiliados, Alameda Alliance for Health, foi desqualificado financeiramente de oferecer um plano subsidiado em particular na troca.

---

Copyright © 2015 Presidente e Parceiros da Universidade de Harvard. Este caso foi escrito por Nancy M. Kane, DBA, Escola de Saúde Pública de Harvard TH Chan, como base para a discussão em aula e a educação, em vez de ilustrar o tratamento efetivo ou ineficaz de uma situação administrativa ou de saúde pública. Esta publicação não pode ser digitalizada, fotocopiada, ou de outra forma reproduzida, divulgada ou transmitida, sem a permissão da Escola de Saúde Pública de Harvard.

Além disso, o AHS havia adquirido recentemente dois hospitais comunitários, o Hospital Alameda (AH) e o Hospital San Leandro (SLH), a fim de diversificar seu mix pagador e aumentar o volume. O SLH também ofereceu a oportunidade de adquirir uma instalação nova, mais sismicamente compatível que poderia ser renovada para a função de reabilitação a um custo menor do que a construção nova; No entanto, as pressões políticas locais subsequentes obrigaram o AHS a mantê-lo como uma facilidade de cuidados agudos, também. Isso perpetuou um desequilíbrio de receita/custo quando os suplementos esperados do município local não se materializaram. Como o presidente do Conselho do AHS, Kirk Miller, explicou,

"A combinação de múltiplas organizações descartáveis não cria força automaticamente."

A maioria das preocupações de todos, as tensões de longa data entre a equipe médica e a administração ameaçaram esforços para transformar a qualidade e a acessibilidade do atendimento ao paciente no AHS.

## Histórico no condado de Alameda

Localizado na costa leste da Baía de São Francisco, a AHS serviu no condado de Alameda, que em 2014 tinha uma população de 1.565.000<sup>1</sup> a um crescimento anual médio esperado de cerca de 1% nos próximos cinco anos. O desemprego foi de 5,7% em 2014, abaixo de 9% em 2012, devido ao forte crescimento do emprego, particularmente em serviços profissionais, educação e cuidados de saúde. A renda per capita no município foi de US\$ 57.595 e a renda familiar média foi de US\$ 69.151, muito acima da Califórnia em geral. Apesar desta prosperidade em geral, 9,2% das famílias estavam em ou abaixo da linha de pobreza federal em 2014, e o condado classificou o 57º pior em crimes violentos nos 58 municípios do estado.

Oakland (população 399.000) foi a maior cidade do município, e incluiu o Porto de Oakland, o quarto porto de contêiner mais movimentado nos Estados Unidos. Havia outras 13 cidades incorporadas e seis áreas não incorporadas no município; Fremont (203.000) foi o próximo maior, então Hayward (102.000) e Berkeley (103.000) - para a Universidade da Califórnia em Berkeley, a universidade emblemática do sistema da Universidade da Califórnia (UC).

A partir de 2010, 34% da população do condado eram brancas não hispânicas, 25% asiáticas, 23% hispânicas, 12% afro-americanas, 4% de raça múltipla e aproximadamente 2% de ilhéus do Pacífico ou índios americanos. Quarenta e quatro por cento (44%) dos residentes não falavam inglês em casa. As percentagens étnicas mascararam mudanças consideráveis ao longo do tempo. Desde 2000, as populações branca e afro-americana diminuíram 13% cada, enquanto as populações asiática e hispânica cresceram 33% e 24%, respectivamente.

Havia bolsas de alta pobreza em áreas ao redor de Berkeley (geralmente refletindo a pobreza dos estudantes), mas era especialmente alto em Oakland; Os bolsos de pobreza elevados no município refletiram as localizações das principais instalações do AHS.<sup>2</sup> Esses bairros tinham uma proporção muito maior de residentes afro-americanos e hispânicos do que os bairros pobres da pobreza; eles também tiveram

---

<sup>1</sup> CalTrans, "Previsão econômica do nível do condado de Califórnia, 2014-2040,"

[http://www.dot.ca.gov/hq/tpp/offices/eab/socio\\_economic\\_files/2014/FullReport.pdf](http://www.dot.ca.gov/hq/tpp/offices/eab/socio_economic_files/2014/FullReport.pdf)

<sup>2</sup> Para um mapa das taxas de pobreza no município de Alameda, veja <http://www.acphd.org/media/144727/llduc-part1.pdf> (página 2).

maior desemprego, empregos de baixa remuneração e menos educação. As taxas de homicídios foram oito vezes maiores em bairros de alta pobreza, e os jovens nesses bairros experimentaram prisão em 5,4 vezes a taxa de jovens em bairros de baixa pobreza. As taxas de natalidade juvenil também foram significativamente maiores nas áreas de maior pobreza. Havia uma diferença de quase sete anos na expectativa de vida nos bairros do condado de Alameda com base no nível de pobreza. As taxas de uso da sala de emergência para diabetes, asma, obesidade e assalto seguiram um padrão semelhante em relação à pobreza.

Oakland estava entre os dois ou quatro maiores das 20 cidades/municípios do município com as maiores taxas de hospitalização por doenças crônicas (diabetes, doença mental grave, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva e asma). Oakland também teve a taxa mais alta de visitas de assalto à sala de emergência e a maior taxa de homicídios no município. A cidade teve a terceira maior taxa de admissões de emergência evitáveis (para as condições que seriam melhor atendidas nas configurações de comunidade / atenção primária), a segunda maior taxa de admissões evitáveis para doenças crônicas no município e a maior taxa de visitas de emergência para Transtornos Mentais, Desordem Mental.<sup>3</sup>

### **Sistema de saúde de Alameda<sup>4</sup>**

Fundada em 1864 como enfermaria do condado de Alameda, o AHS passou a incluir cinco hospitais com 800 leitos, cerca de 1000 médicos e quatro centros de "bem-estar" para cuidados primários.

- O Highland Hospital, localizado em Oakland, era o principal hospital terciário; Abriu suas portas em 1927 e, a partir de 2014, foi um trauma regional de 198 leitos (Nível II) e um hospital de ensino afiliado à UCSF Escola de Medicina.
- O pavilhão psiquiátrico John George, com 80 leitos, localizava-se em San Leandro, fornecendo atendimento hospitalar urgente e agudo; Tratou 95% de todas as emergências psiquiátricas no município.
- O Hospital Fairmont, também em San Leandro, tinha 50 camas de reabilitação e uma instalação de enfermagem especializada de 109 camas.
- O Hospital San Leandro era um hospital comunitário de 93 camas, localizado em San Leandro, adquirido pelo AHS em 2013 pela Sutter Health.
- O Hospital de Alameda era um hospital comunitário localizado na Ilha da Alameda, com 100 agudos, 35 subagudos e 146 camas de enfermagem habilitadas. Enquanto o imóvel permanece de propriedade da cidade do distrito de saúde da Alameda, o controle operacional e de governança do hospital foi adquirido pelo AHS em 2014.
- Quatro centros de "Bem-estar", dois em Oakland, um em Hayward e outro em Newark, todos os quais foram Centros de Saúde com Qualificação Federal sob um subcontrato do Departamento de Saúde do Condado de Alameda.

Os médicos de atenção primária que operavam nos centros de bem-estar eram funcionários sindicalizados do AHS. Muitos dos outros médicos que praticavam em Highland (Emergência, Medicina Interna, Pediatria, OB/GYN) foram empregados pelo Oak Care Group, uma organização médica independente

---

<sup>3</sup> Fonte: Perfil de Dados de Saúde do Condado de Alameda, 2014 em [http://www.acphd.org/media/353060/acphd\\_cha.pdf](http://www.acphd.org/media/353060/acphd_cha.pdf)

<sup>4</sup> O Sistema de Saúde da Alameda foi chamado de Centro Médico do Condado de Alameda até 2013. O nome foi alterado como parte de um esforço para mudar a percepção pública do sistema como um provedor público de último recurso.

contratando com o AHS. Um pequeno número de médicos especializados (ortopedia [4], urologia [2], cirurgia geral [2]) foram empregados diretamente pelo AHS. Outros grupos de especialidades (<30 médicos) das equipes médicas de Highland, San Leandro e Alameda foram contratados em 1099 relacionamentos (anestesiologia) ou por meio de empresas regionais (patologia) ou nacionais (radiologia) pelo AHS. Aproximadamente 260 médicos comunitários independentes foram associados ao Hospital Alameda e outros 95 com o Hospital San Leandro. O pessoal médico total da empresa combinado a partir de 2014 era cerca de 1000 médicos ativos.

A partir de 2014, o sistema tinha 4.545 funcionários e forneceu 14.241 descargas, 100.809 visitas de emergência, 304.447 visitas ambulatoriais e 2.084 visitas de trauma. Vinte e seis línguas diferentes foram interpretadas para uma população de pacientes racial e etnicamente diversificada que era 27% afro-americana, 16% asiática/insular do Pacífico, 43% hispânica/Latino e 13% Branco/Caucasiano. 71% dos pacientes eram adultos de 25 anos ou mais, 17% eram crianças de 0 a 15 anos e 9% eram jovens de 16 a 24.

### **Inversão principal de 2005-2013**

Quando o ex CEO Wright Lassiter chegou pela primeira vez ao AHS (então chamado Centro Médico do Condado de Alameda) em 2005, o sistema estava lutando em muitas frentes. Isso enfrentava uma perda operacional de US\$ 20 milhões; 90% dos trabalhadores estavam em sindicatos; mais de metade dos cargos de enfermagem estavam vagos. A organização estava cambaleando pelo alto turno executivo (10 CEOs em 12 anos), resultando em uma organização que "desenvolveu anticorpos contra o vírus da mudança." Funcionários eleitos estavam diretamente envolvidos na operação do hospital, embora o conselho de supervisores do condado tivesse tornado a governança para um conselho de administradores designado em 1998. A boa notícia foi que os eleitores passaram a Medida A em 2004, fornecendo um complemento de imposto de vendas de 15 anos para fornecer recursos básicos para o centro médico (estendido em 2014 por mais 20 anos), e o conselho foi reformado para se concentrar na governança em vez de operações. O atual presidente do Conselho, Kirk Miller, descreveu o papel adequado do conselho em 2014 como tendo a responsabilidade principal de

"Assegure-se de que o gerenciamento seja pensativo e cuidadoso na tomada de decisões."

Quando perguntado por que ele ocupou o cargo, Lassiter explicou:

"Eu vi uma organização com grandes ossos: propósito maravilhoso e pessoas. E as estrelas foram alinhadas para o sucesso. Foi uma ótima oportunidade para arquitetar uma nova visão."

Com a ajuda de novas lideranças sênior e um grande processo de educação em torno de finanças, operações e segurança dos pacientes, Lassiter foi capaz de transformar a organização. Sob a liderança de Lassiter, o AHS obteve oito anos de margens operacionais positivas, obteve o status de Comissão mista de melhor desempenho, aumentou o envolvimento do paciente do primeiro percentil inferior ao 80º e recebeu o prêmio Press Ganey Spirit of Excellence Award por dois anos consecutivos de engajamento de funcionários. Ele liderou um esforço de 18 meses que reduziu os danos do paciente em todo o sistema em 50%. Ele também desenvolveu um plano diretor e garantiu o financiamento de um hospital e campus de substituição de US\$ 682 milhões, ainda em andamento em 2014.

O Sr. Lassiter foi extremamente bem sucedido na negociação de novos fluxos de receita de fontes do setor público. Cerca de 60% da receita operacional em 2014 veio de fundos suplementares, como o imposto de vendas do condado (Medida A), pagamentos de ações desproporcionais da MediCal e outras fontes federais, estaduais e locais que representavam pagamentos do setor público em excesso de pagamento de "mercado" Taxas de serviços prestados.

Quase todos os gerentes sênior da organização em 2014 foram recrutados porque foram inspirados pelo Sr. Lassiter e pela oportunidade, como disse o Chefe de Estratégia, Carla Denise Edwards:

"Para ir do provedor de último recurso para um provedor de escolha, mantendo a missão da rede de segurança."

Em 2013 e 2014, o Sr. Lassiter orquestrou a aquisição de dois hospitais comunitários locais, San Leandro e Alameda, para construir um pequeno sistema integrado de entrega que poderia competir com os seus dois maiores concorrentes, Kaiser e Sutter Health, para o East Bay. O plano de longo prazo era desenvolver um plano Vantagem Medicare para a área em parceria com outros hospitais na área, a fim de ter provedores suficientes no sistema para alavancar preços de contrato de cuidados melhor gerenciados em todos os pagadores.

No entanto, a partida do Sr. Lassiter para se tornar CEO do Sistema de Saúde Henry Ford em dezembro de 2014 levou as pessoas de surpresa. Também precipitou um período de reflexão e revisão dos desafios enfrentados pelo AHS.

## **Desafios para se tornar um provedor de escolha no condado de Alameda**

### ***Déficit financeiro***

David Cox, o novo diretor financeiro do AHS, comentou:

"AHS é um provedor crítico de rede de segurança para a Baía do Leste em São Francisco com o único programa de traumatismo da região. Precisamos controlar cuidadosamente os custos enquanto maximizamos as fontes de receita suplementares disponíveis para Hospitais públicos designados.

Em relação ao impacto da reforma da saúde, o AHS precisa posicionar-se para participar de redes regionais de contratação como meio de acesso a tipos de pagadores adicionais a taxas que refletem o custo dos serviços críticos que fornecemos."

Múltiplos desafios operacionais impediram a capacidade do AHS de sustentar sua saúde financeira, incluindo:

- Gerenciamento pobre do ciclo de receita (não cobrança, não coletando informações de seguro do paciente, médicos que não documentam serviços com precisão para fins de cobrança).
- Falta de acesso a especialistas, então os pacientes do AHS foram encaminhados para concorrentes para atendimento especializado.
- FTE elevado por cama ocupada ajustada, aproximadamente a 6,2 FTE em comparação com um alvo de 4,8.
- O desempenho variável nos tipos de pagadores de métricas provavelmente será usado em contratos baseados em desempenho, como a conformidade da medida do núcleo para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca, imunização e pneumonia.

- Ausência de um plano Vantagem Medicare, de modo que, quando os pacientes do AHS nos planos de cuidados gerenciados da MediCal se tornaram elegíveis para Medicare, Kaiser<sup>5</sup> era a única opção deles.
- Responsabilidade gerencial fraca para o desempenho financeiro em toda a organização.
- Falta de contratos com muitas seguradoras comerciais, ou contratos que não refletiam o melhor interesse do AHS.

O AHS tinha uma equipe trabalhando em todo o sistema usando a abordagem LEAN para enfrentar muitos dos desafios operacionais. **Anexo 1** Apresenta um exemplo de melhoria de desempenho em relação à redução do número de pacientes que esperam compromissos especiais.

Além disso, o novo sistema de informação, Soarian, originalmente vendido ao AHS pela Siemens, criou problemas de controle de gerenciamento porque as várias partes ainda não estavam integradas - os dados clínicos não podiam ser conectados aos dados financeiros, de agendamento e de registro, e o sistema de internação não se integra ao sistema ambulatorio. Além disso, os dois hospitais recentemente adquiridos tinham diferentes sistemas de TI que não eram compatíveis com o Soarian. Enquanto a intenção era converter todos os hospitais para a nova plataforma da Siemens, esse plano foi suspenso quando a Siemens decidiu vender seu negócio de TI de saúde para a Cerner. Assim, como o Diretor de Informações, Dave Gravender, explicou:

"Em todos os lugares em que você olha, algo não funciona."

**Anexo 2** Fornece os balanços e declarações de resultados do AHS para 2011-2013, e a despesa histórica e receita por dia de paciente ajustado.

### ***Reputação da Comunidade***

Mark Fratzke, diretor de operações do AHS, fez eco dos comentários de vários gerentes seniores quando notou que

"O apoio à missão é tremendo, mas as pessoas pensam que o cuidado é melhor em outros lugares, com exceção do serviço de trauma, que é de primeira classe. A qualidade das pessoas aqui é alta, os candidatos a empregos são de primeira qualidade, o salário é competitivo e os benefícios são muito bons. Mas a autoestima organizacional poderia ser melhor."

Barry Simon, MD, Chefe da Medicina de Emergência, concordou.

"A qualidade dos cuidados melhorou muito nos últimos 30 anos, e especialmente na última década. O pessoal médico é único, são médicos de qualidade cuja cabeça e corações estão no lugar certo. Então, o maior desafio para o AHS está se tornando atraente para o 'Regular Joe' que vê a AHS como 'Clube Knife and Gun.' As pessoas estão relutantes em vir aqui por causa do bairro complicado e acesso difícil. O estacionamento é difícil, os pacientes muitas vezes têm que subir de colinas íngremes, a sinalização é menos do que ideal, e pode ser difícil obter informações sobre o hospital uma vez que você atravesse as portas."

---

<sup>5</sup> Kaiser é um plano de saúde combinado e uma rede hospitalar própria que geralmente não se contrai com hospitais não-Kaiser.

Um sinal do desafio da reputação do Hospital Highland era que quase um terço dos pacientes de maternidade que usavam clínicas pré-natais no AHS escolheram entregar seus bebês em outros lugares.

O Mini Swift, MD, Diretor Médico Associado, Highland Hospital, estava comentando sobre como o primeiro ano de inscrição no âmbito do intercâmbio em saúde da Califórnia (Califórnia Coberta) deu-lhe um novo senso de urgência sobre melhorar a experiência do paciente na AHS:

"Este não é sempre um lugar conveniente para que os pacientes tenham acesso aos cuidados. Longos tempos de espera na DE e nas clínicas de ensino ambulatorio não são incomuns. Nossos provedores têm um forte compromisso com a nossa missão: cuidar, curar, servir a todos. Apesar disso, grande parte da nossa população de pacientes escolheu Kaiser (na primeira rodada de inscrição para o seguro subsidiado), então precisamos entender que nossos pacientes consideram a conveniência e o atendimento ao cliente quando se procura cuidados de saúde de qualidade."

Carla Denise Edwards, Chefe de Estratégia, explicou que, até recentemente,

"A mídia apenas mencionou o AHS quando algo ruim aconteceu. Nós tentamos nos concentrar em hits positivos na TV, Rádio, publicidade na Internet - agora temos 44 histórias médicas positivas por mês. Isso está ajudando a transformar nossa imagem. "

**Anexo 3** Mostra um cartaz projetado para melhorar a imagem do AHS para uma ampla gama de serviços do que apenas o centro de trauma.

### ***Relações com o Plano de Saúde***

"A corrida começou, mas o AHS teve que esperar." Wright  
Lassiter, ex CEO

O AHS tinha Contratos MediCal<sup>6</sup> de atendimento gerenciado com duas seguradoras, Aliança para Saúde Alameda (AAHP), a maior fonte de receita do MediCal para o AHS e o Anthem Cruz Azul da Califórnia. Ambos estavam preparados para oferecer seguro comercial privado para a população "subsidiada" de baixa renda criada pelo Ato de Assistência Econômica de 2010 (ACA). A população com maior probabilidade de ser elegível para cobertura subsidiada estava no "não segurado", bem como as populações indigentes e MediCal do condado, tradicionalmente atendidas pelo AHS.<sup>7</sup> No entanto, em novembro de 2013, durante o primeiro período de inscrição aberta sob o ACA, a AAHP foi removida da lista de seguradoras elegíveis que oferecem planos de saúde através da Califórnia coberta, a bolsa de seguro estadual estabelecida no âmbito da ACA. O Departamento de Saúde da Health Care disse que a AAHP não cumpriu um requisito mínimo de solvência financeira para vender cobertura de seguro comercial.

Isso deixou o AHS com apenas uma seguradora contratante (Anthem) oferecendo seguro privado subsidiado a um grande subconjunto de sua população de serviços tradicionais, e foi o preço mais alto dos três planos oferecidos. Os outros dois planos, oferecidos por Kaiser e pelo Blue Shield da Califórnia, foram melhores do que o Anthem na atração de membros do Condado de Alameda: Kaiser obteve 41,6% dos 55.000 Alameda

<sup>6</sup> MediCal é o programa de assistência médica da Califórnia para populações de baixa renda.

<sup>7</sup> As pessoas de baixa renda provavelmente "misturadas" dentro e fora do MediCal como sua elegibilidade de renda flutua; Sob o Ato de Assistência Econômica de 2010, quando essas pessoas se tornaram inelegíveis para a MediCal, os novos planos de seguro privado subsidiados deveriam buscá-los (e vice-versa, quando a renda caiu).

Os residentes do condado se inscreveram no seguro de saúde privado subsidiado; e o Blue Shield veio em segundo lugar, com 29,4%. Enquanto Anthem Cruz Azul entrou muito atrás, com 29% dos inscritos, a perda de tantos residentes anteriormente não segurados - muitos dos quais anteriormente eram "indigentes do condado" - para Kaiser colocou um dano notável no volume de alta no AHS em 2014 (veja **Anexos 4 e 5**). Também custou ao AHS cerca de US\$ 30 milhões em receitas em 2014.

O AHS também não tinha contrato com nenhum plano Medicare Advantage até 2014. AAHP tinha oferecido um plano de dupla eleição (pacientes idosos de baixa renda elegíveis para Medicare e Assistência médica), mas perdeu muito dinheiro no plano dual e teve que retirá-lo do mercado.

**Anexo 6** Mostra a mistura do pagador de 2013 e **Anexo 7** mostra os índices de pagamento para custo pelo pagador dos três hospitais no Centro Médico do Condado de Alameda original. Ele também descreve o mix pagador de 2013 dos dois hospitais comunitários recentemente adquiridos, Hospital Alameda e San Leandro.

### ***Acesso à assistência do paciente***

"Nós fornecemos um grande cuidado, mas as pessoas precisam ser capazes de entrar na porta."

Joe Walker, MD, Chefe de pessoal médico

Um problema importante para o AHS foi o acesso do paciente a médicos e especialistas, bem como a cuidados hospitalares através da sala de emergência, de onde mais de três quartos das admissões do sistema se originaram. Na sala de emergência do Hospital Highland, até muito recentemente, os pacientes esperavam 18 a 20 horas para uma cama, porque o processo de alta hospitalar era ineficiente e o sistema não possuía camas subagudas adequadas.<sup>8</sup> Recentemente, o Gerenciamento de Cuidados, que havia sido amplamente realizado por médicos residentes, foi reorganizado com gerentes de casos de enfermagem e serviços sociais informando ao Diretor Médico, que movia os pacientes pelo sistema de forma muito mais eficiente. O planejamento de alta foi iniciado quando o paciente foi internado e uma enfermeira da comunidade foi contratada para trabalhar com usuários frequentes, muitas vezes sem-teto, da sala de emergência para mantê-los na comunidade e fora da sala de emergência e hospital. Essas mudanças reduziram o tempo de espera na sala de emergência para um leito de internação a 9-10 horas, ainda bem acima de um padrão de cuidados desejável. **Anexo 8** mostra o progresso nas métricas de acesso para o Campus ED Highland em 2013-2014 como resultado dessas intervenções.

Os tempos de espera para um novo paciente que buscava cuidados primários não urgentes nos centros de bem-estar também foram muito altos - 133 dias versus um alvo de 45 dias e uma métrica de melhores práticas de 14 dias. Especialistas também tiveram longos tempos de espera, muitas vezes bem mais de 100 dias.

Parte do desafio nos centros de bem-estar foi uma taxa de 25-30% sem exibição para visitas agendadas. Muitas consultas foram feitas rotineiramente com três meses de antecedência e as pessoas simplesmente esqueceram ou precisavam reescalonar. Mas os pacientes também tiveram problemas para ligar para os centros de bem-estar para fazer ou cancelar compromissos. O call center foi centralizado no nível do sistema. Como disse um médico de cuidados primários,

---

<sup>8</sup> Um documentário chamado "A Sala de Espera" foi feito sobre os pacientes e funcionários do Serviço de Emergência Highland; está disponível na Netflix.

"O call center não está funcionando. Os pacientes ficam em espera por 20 minutos. Não há linha direta, mesmo para equipe. O inconveniente supera uma boa relação médico-paciente."

Outro problema que afeta a taxa de "não comparência" incluiu a falta de estacionamento, o que foi particularmente grave no Campus Highland.

Enquanto os médicos frequentemente citavam inadequações do sistema como a raiz do problema de acesso, os administradores frequentemente expressavam preocupação com a produtividade do médico. Os médicos agendaram seu próprio tempo e sua produtividade, medida como visitas de pacientes por unidade de tempo, foi citada por vários administradores como sendo "o 10º percentual." Os médicos de atenção primária foram sindicalizados e remunerados sem ajustes de desempenho ou bônus.

## **Relação entre Médicos e Administração**

"Os médicos aqui são muito orientados pela missão; mas porque os pacientes muitas vezes não tinham muita escolha e os recursos eram geralmente bastante limitados, a responsabilidade também era muitas vezes difícil de alcançar. É difícil alcançar nossa qualidade e metas de acesso quando há pouca estrutura para a responsabilidade."

Bill Peruzzi, MD, Diretor Médico

Um tema subjacente para muitos médicos e administradores era a falta de confiança mútua. Enquanto os "documentos acreditavam nos médicos", eles tinham uma lealdade ou confiança muito baixas na administração. Parte da falta de confiança veio do alto volume de negócios de altos cargos ao longo de muitos anos. Mesmo sob o comando do Sr. Lassiter, que liderou a organização por nove anos, houve alta rotatividade de sua equipe de gerência sênior.

O Dr. Mini Swift, que se envolveu na liderança de médicos em 2004, comentou,

"Eu relatei para seis diferentes Diretores Médicos e trabalhei com vários líderes de equipe executiva nos últimos 10 anos: três diferentes Diretores Financeiros, quatro diferentes Diretores de enfermagem. Isso dificulta a entrada de processos básicos."

O Chefe de Gastroenterologia e Hepatologia, Taft Bhuket, MD, comentou sobre o que aprendeu durante seu mandato recentemente concluído como Chefe de Estado Maior:

"Apesar das boas intenções de ambos os lados, a relação médico-administração ainda não está fundada em confiança. Muitos médicos aqui não se sentem considerados ou capacitados como líderes em nossa organização. E acredito que muitos em nossa administração questionam a capacidade dos médicos para liderar. Esta desconexão resultou em uma estranha sensação de desamparo aprendido com os médicos que se perguntam se podem afetar a mudança aqui. Um dos colegas de meus médicos atenua outros dizendo: "Não se preocupe. Os administradores irão e virão e ainda estaremos aqui servindo a missão." Obviamente, esta situação é menos do que ideal. Existe uma necessidade real de diálogo e de encontrar o consenso com nossos colegas administrativos."

Mark Fratze resumiu,

"Nós temos um punhado de líderes médicos aqui, mas não muita força de banco. Há uma grande desconfiança entre os médicos e os administradores, que cresceu em parte devido a uma grande rotação na administração superior abaixo do CEO. Os médicos têm grandes ideias, mas precisam de suporte para implementá-las. Minhas experiências na Clínica Mayo me convencem de que o engajamento do médico é possível e crucial para o sucesso."

O Sr. Gravender, Diretor de Informações, que chegou em 2013, notou que apenas três pessoas das 38 em seu departamento de suporte de aplicativos de TI estavam no AHS por mais de cinco anos. Metade desses cargos eram consultores em tempo integral. Ele observou que:

"As pessoas saem porque se frustram em conseguir as coisas cumpridas. As coisas não acontecem rápido. "

O Dr. Joe Walker descreveu o que ele acreditava ser o maior desafio para o AHS:

"Há uma necessidade convincente de colaboração entre a equipe médica e a administração."

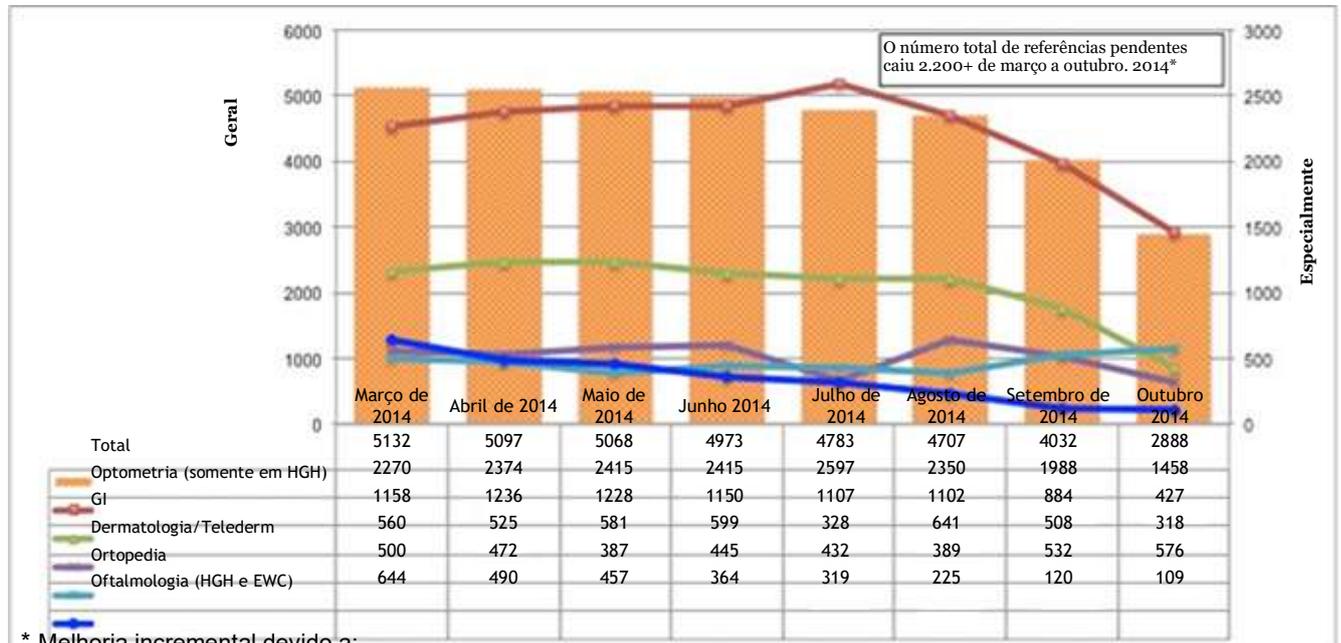
## **Olhando para o futuro**

O conselho (ver **Anexo 9** para o histórico atual de administrador) estava trabalhando com uma empresa de pesquisa executiva para encontrar um novo diretor executivo do AHS. Uma grande questão para o conselho a este respeito era se recrutar um CEO com foco externo, ou um com foco maior nas operações internas da organização.

Ao mesmo tempo, a pressão competitiva estava aumentando. Em junho de 2014, Kaiser abriu um hospital em San Leandro que aumentava a participação de mercado da Kaiser (ver **Anexo 10**). Além disso, a Fitch Ratings, que recentemente alterou a perspectiva das obrigações com rating AA do Condado de Alameda (que financiou os novos edifícios do AHS) de "Estável" para "Positivo", observou que a classificação poderia ser atualizada se o Sistema de Saúde de Alameda demonstrasse uma transição ordenada para o novo ambiente de financiamento federal de uma forma que não aumentou o risco financeiro do condado.

A equipe de liderança sênior precisava criar um conjunto de prioridades para enfrentar nos próximos meses, mesmo antes do novo líder poder chegar. Muito tinha sido realizado, mas muito mais precisava ser feito para poder realizar o objetivo de se tornar "Provedor de Escolha", mantendo a missão da rede de segurança.

**Anexo 1: Amostra de Projetos de Melhoria Operacional:  
Reduzindo o número em espera de nomeações especiais**



\* Melhoria incremental devido a:

- Trabalho redistribuído para o pessoal para aumentar a carga de trabalho
- Procedimentos de trabalho revisados com base em estudos de tempo
- Trabalhou em estreita colaboração com os prestadores para aumentar a produtividade

**Anexo 2: Demonstrações Financeiras Auditadas do Sistema de Saúde de Alameda**

	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
<b>Folha de balanço</b>			
<i>Ativos:</i>			
Dinheiro	49816	44846	52218
Contas a receber de pacientes	63580	38143	30272
Devido a terceiros pagadores	42613	41126	45118
Contribuições, subvenções a receber	792	674	810
Devido ao Condado de Alameda	7144	11419	6587
Devido da Califórnia	145514	93133	66460
Suprimentos	4107	4033	4093
Outros	2316	2839	2308
Total dos ativos circulantes	315882	236213	207866
Conselho designado para Capital	23250	23284	24399
Propriedade bruta, planta, equipamento	169275	144338	123958
Depreciação Acumulada	102063	95181	86780
Líquido de bens imobilizados, planta e equipamentos	67212	49157	37178
Total de Ativos	406344	308654	269443
<i>Passivo e Patrimônio Líquido:</i>			
Contas a pagar e despesas acumuladas	94331	66700	51998
Devido a terceiros pagadores	76421	22218	25026
Devido ao Condado de Alameda	1780	2145	3284
Parte corrente da dívida a longo prazo	923	885	848
Outros passivos circulantes	5840	14525	13913
Total de passivos circulantes	179295	106473	95069
Empréstimo do condado de Alameda <sup>9</sup>	145042	151005	144383
Pensão e outro passivo pós-emprego	49655	39927	33901
Seguro de Responsabilidade Civil	20352	17751	16371
Hipoteca a pagar	3011	3934	4819
Outros passivos a longo prazo	8339	7764	7201
Ativo líquido não restrito	650	-18200	-32312
Passivo e Patrimônio Líquido totais	406344	308654	269432

<sup>9</sup> Em 2011, o Condado alterou o contrato de dívida em seu empréstimo de capital de giro a longo prazo e colocou um limite no empréstimo de capital de giro líquido máximo disponível no final do ano fiscal de 2018 que não excederia US\$ 30 milhões, os fundos designados pelo Conselho para capital.

## Anexo 2, continuação

<b>Demonstrativo de renda</b>			
	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Receita Bruta do Serviço de Pacientes	1229767	1063050	1066687
Reajustes contratuais	-931292	-822320	-793704
Fundos de ações desproporcionais	137876	118730	109530
Provisão para inadimplência	-66428	-44085	-63795
Receita Líquida do Serviço de Pacientes	369923	315375	318718
Outras Receitas Operacionais:			
Medida A Cobrança de impostos sobre vendas	90100	85100	77700
Outras Receitas Operacionais:			
DSRIP	28100	27000	27300
Idosos e deficientes	18400		
Taxa de Garantia da Qualidade		3300	31500
Outros	110274	123315	101123
Outras Receitas operacionais total	246874	238715	237623
Receita operacional total	616797	554090	556341
Despesas Operacionais:			
Salários, remunerações e benefícios	401190	358005	327262
Serviços contratuais de médicos	52783	49380	48205
Suprimentos	48060	44706	41886
Serviços Comprados	47216	36292	31511
Depreciação	6882	8401	9348
Juros	661	1146	1206
Outras despesas	41605	42570	32069
Total de despesas operacionais	598397	540500	491487
Receita Operacional	18400	13590	64854
Rendimento líquido do investimento	449	417	578
Excedente/déficit	18849	14007	65432
Contribuição Capital	2	105	2573
Patrimônio Líquido no início do exercício	-18200	-32312	-100317
Ativo líquido no final do ano	651	-18200	-32312

Anexo 2, continuação



Anexo 3: Pôster para melhorar a imagem da comunidade AHS



**Anexo 4:** Califórnia coberta, Região 6- Condado de Alameda

Indivíduos matriculados de 2 de outubro de 2013 até 31 de março de 2014, por status e plano de subsídio

	Subvenção elegível		Não subsidiado		Total Geral	
	Total de indivíduos	% Total	Total de indivíduos	% Total	Total de indivíduos	% Total
Anthem Cruz Azul da Califórnia	15.991	29%	3.303	33,5%	19.294	29,7%
Blue Shield Califórnia	16.217	29,4%	2.679	27,2%	19.896	29%
Kaiser Permanente	22.982	41,6%	3.875	39,3%	26.857	41,3%
<b>Total</b>	<b>55.190</b>	<b>100%</b>	<b>9.857</b>	<b>100%</b>	<b>65.047</b>	<b>100%</b>

Fonte: Departamento de Serviços de Saúde da Califórnia, [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

**Anexo 5: Estatísticas de Utilização**

Centro Médico do Condado de Alameda quitações ao longo  
do tempo  
(Excluindo os Hospitais Alameda e San Leandro)

	Medicare Tradicional	Medicare Managed Care	Medi-Cal Tradicional <sup>10</sup>	Medi-Cal Managed Care <sup>11</sup>	Indigentes do Condado	Comercial	Outros Indigentes	Outros	Total
2010	2.241	98	5.752	1.276	2.113	418	881	1.037	13.816
2011	2.078	118	6.207	1.257	2.203	431	857	794	13.945
2012	2.100	136	4.806	2.768	2.727	408	804	1.090	14.839
2013	2.141	140	3.898	3.376	3.209	525	172	1.144	14.605
2014	2.396	151	4.543	3.900	2.028	873		424	14.315

As categorias de pagador "Indigente do Condado", "Outros" e "Outros Indigentes" incluem alguns residentes que conseguiram obter cobertura subsidiada em 2014 por meio de planos oferecidos na bolsa coberta pela Califórnia.

Fonte: Escritório de Planejamento e Desenvolvimento Estadual da Califórnia, Relatórios Anuais de Divulgação Financeira do Hospital

## Visitas ambulatoriais

	2013	2012	2011
Clínicas/Centros de bem-estar:			
Highland	169.608	160.937	152.478
Eastmont	75.219	70.742	71.563
Winton *	26.842	29.011	28.980
Newark	26.902	25.699	23.053
Fairmont	12.759	11.500	11.589
Visitas de Clínica Total	311.330	297.889	287.663
Visitas de emergência:			
Highland Emergência e Trauma	84.355	82.060	78.506
John George Médico de Emergência	10.400	11.420	10.553
Total de visitas de emergência	94.755	93.480	89.059

\* Winton recentemente mudou-se para um novo site completamente renovado

Fonte: Centro Médico do Condado de Alabama demonstrações financeiras auditadas 2013

<sup>10</sup> Quase 60% dos dias do paciente dos pacientes "tradicionais" da MediCal foram em camas de cuidados prolongados. Mais de 70% dos dias dos pacientes do MediCal Managed Care estavam em camas psiquiátricas.

<sup>11</sup> Ver nota de rodapé 9

**Anexo 6:** Combinação do pagador com a porcentagem da receita bruta e líquida do serviço ao paciente (PSR), Centro Médico do Condado de Alameda (ACMC) 2013 \*, Hospitais Alameda e San Leandro 2013

Hospital:	ACMC	ACMC	Alameda	Alameda	San Leandro	San Leandro
Pagador:	PSR bruto	% Líquido PSR	% Bruto PSR	% Líquido PSR	% Bruto PSR	% Líquido PSR
Medicare tradicional	14%	12%	42%	39%	46%	49%
Managed Medicare	1%	Lt 1%	5%	5%	7%	7%
MediCal tradicional	24%	40%	17%	30%	7%	6%
Managed MediCal	19%	19%	9%	11%	18%	12%
Indigentes do Condado	29%	20%				
Comercial Tradicional	5%	6%	5%	3%	4%	6%
Gerência Comercial			16%	8%	10%	21%
Outros pagadores	8%	12%	5%	4%	4%	Lt 1%
Outros Indigentes	1%	-8%	LT1%	LT1%	3%	Lt 1%

\* Centro Médico do Condado de Alameda inclui Highland, Fairmont e John George Psychiatric

Fonte: Escritório de Planejamento e Desenvolvimento Estadual da Califórnia, Relatórios Anuais de Divulgação Financeira do Hospital

Payer Mix, 2013-2014, System Wide % Receita bruta do Serviço de Pacientes

Pagador	2013	2014
MediCal	43%	48%
Medicare	14%	19%
Indigentes do Condado	29%	19%
Comercial	5%	10%
Outros	12%	4%

Fonte: documentos internos do AHS

**Anexo 7:** Pagamento para proporção de custos diretos \*\*, Centro Médico do Condado de Alameda apenas

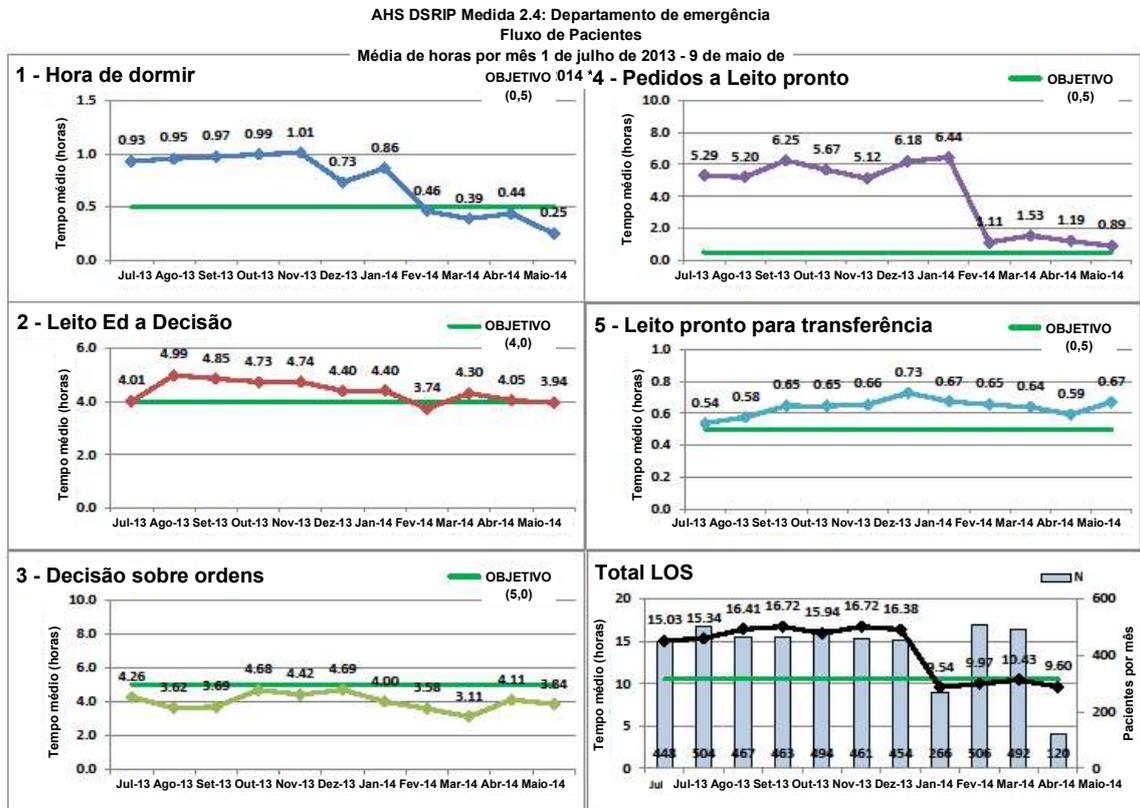
<b>Pagador</b>	<b>Pagamento de Internamento para custear</b>	<b>Pagamento ambulatorial para custear</b>
Medicare tradicional	.54	.96
Managed Medicare	1.10	1.38
MediCal tradicional	2.73	3.17
Managed MediCal	.83	1.05
Indigentes do Condado	1.23	1.46
Comercial Tradicional	1.95	2.25
Outros pagadores ***	.09	.51

\*\* O pagamento para as proporções de custo são a relação entre a receita líquida do serviço ao paciente a custo **direto**; A proporção média do custo total para o custo direto é de 1,88, de modo que o pagamento à relação de custo direto necessário para cobrir a média de custo **total** é 1,88 ou superior.

\*\*\* Muitos dos "Outros Pagadores" não possuem seguro e são inelegíveis para assistência pública devido a renda ou status de cidadania não documentada.

Fonte: Escritório de Planejamento e Desenvolvimento Estadual da Califórnia, Relatórios Anuais de Divulgação Financeira do Hospital

**Anexo 8: AHS DSRIP Medida 2.4: fluxo de pacientes do Departamento de Emergência**



\* Dados estão faltando para 3 a 14 de fevereiro devido à pausa de Soarian ED. Campo de serviço clínico admitido adicionado 17/04/14 para a bandeira admite medicamentos.  
 \Acmc-rwc-na01\arsq\Clinical Analytics\Medicine Admits Reports\Reports\ED-Flow-2010-present\DSRIP-2.5.redone-summary-graphs\_FY2011\_present.xlsx

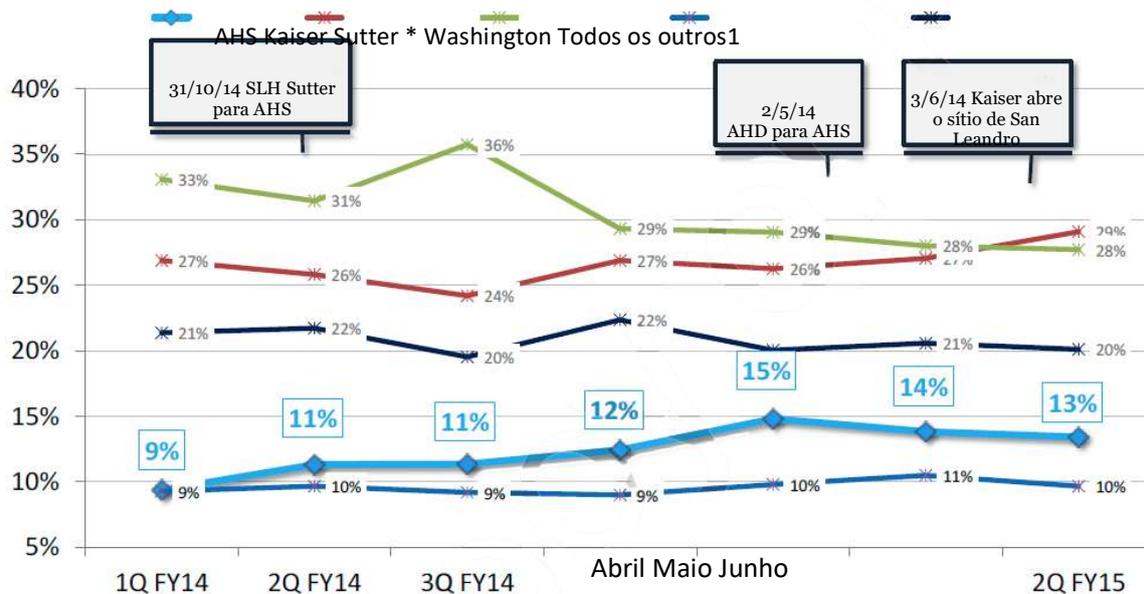
**Anexo 9: Conselho de Administradores, Sistema de Saúde de Alameda, 2014**

Kirk E. Miller, presidente	O Sr. Miller é advogado, foi conselheiro-chefe da Comissão de Redistribuição de Disciplinas da Califórnia e trabalhou para o Plano de Saúde da Fundação Kaiser e para os Hospitais da Fundação Kaiser. O Sr. Miller foi nomeado para o Conselho em 2006, foi eleito vice-presidente em 2012 e presidente em 2013.
Valerie D. Lewis, Esq., Vice-Presidente	A Sra. Lewis é vice-presidente assistente e secretária-adjunta da Safeway, Inc., e anteriormente atuou como administradora do Centro Médico Alta Bates e ex-presidente da Liga Urbana Bay Area. Ela foi nomeada para o Conselho de Administração em 2006 e eleita vice-presidente em 2013.
Michele Lawrence	A Sra. Lawrence serviu como Superintendente do Distrito Escolar Unificado de Berkeley após uma longa carreira em educação pública. Ela foi nomeada para o Conselho em 2012.
Anthony B. Varni	O Sr. Varni é um advogado com experiência em imóveis e representou várias cidades, agências públicas, autoridades e distritos especiais.
Kinkini Banerjee	A Sra. Banerjee é Diretora da Sage Transformations, uma empresa de consultoria em saúde pública. Ela foi nomeada para o Conselho em 2014.
Joe DeVries	O Sr. DeVries atua no Gabinete do Administrador da Cidade de Oakland, coordenando equipes de resposta multi-agências em Segurança Pública e Obras Públicas. Ele foi nomeada para o Conselho em 2014.
James Lugannani	O Sr. Lugannani é vice-presidente da UBS Serviços Financeiros e anteriormente era vice-presidente e diretor de planejamento dos planos permanentes de saúde e hospitais da Kaiser.
Dr. Barry Zorthian	O Dr. Zorthian é o representante de pessoal médico da Diretoria. Ela é internista no Departamento de Medicina do AHS e na faculdade clínica da UC San Francisco.
Maria G. Hernández, PhD	A Sra. Hernández é presidente da Impact4Health e também é líder na prática dos serviços de consultoria global da InclusionINC.
Patricia Scates	A Sra Scates, anteriormente vice-presidente sênior da Wells Fargo, atualmente é membro da Câmara de Comércio Metropolitana de Oakland.
James Potter	O Sr. Potter foi recentemente vice-presidente sênior, conselheiro geral e secretário da Corporação Del Monte, assessorando o conselho em auditoria, desenvolvimento e política do governo.
Tracy Jensen, distrito de saúde da cidade de Alameda	A Sra. Jensen é Diretora do Conselho do Distrito de Saúde da Cidade de Alameda e é vice-presidente do Comitê de Relações Comunitárias e de Extensão do Conselho Distrital.

**Anexo 10: Tendências de Compartilhamento em Mercado para Pacientes Internos, Condado de Alameda**

6 de março de 2015 **Rede: Sistema de Saúde de Alameda Participação no Mercado**

**Participação do provedor em quitações hospitalares<sup>1</sup> no Condado de Alameda, porcentagem**



Fonte: Conselho Hospitalar da Califórnia Norte e Central, Relatório do Censo, 2013 Quarto trimestre, 2014 Primeiro/Segundo trimestre; Contato: Brenda Taylor

\* San Leandro está no total de Sutter até o final de outubro de 2013 e no total do AHS depois disso; AHD é outro até abril de 2014 e no AHS posteriormente.

1. Com base na localização da quitação NÃO origem do paciente; inclui todos os provedores no Condado de Alameda

2. Todos os outros incluem: Stanford Benioff Children's, Kindred, St. Rose, ValleyCare