



# Sobre o curso Value-Based Health Care Delivery

Ana Maria Malik

11/02/09

Apresentação EAESP

# Um pouquinho de teoria

- Cobertura e acesso universais são essenciais mas não suficientes
- Valor: *patient health outcomes/dollar spent*
- Pode ser público, privado ou sem finalidade lucrativa...
- Tecnologia do século XXI utilizada com métodos de gestão do século XIX
- Competição atual baseada em \$\$ e não no valor

# O modelo de concorrência

- Repassar custos e aumentar retorno
- Aumentar poder de negociação
- Reduzir escolhas dos pacientes
- Racionamento de serviços

*Não melhora nada para os pacientes*

# De que se necessita?

- Unidades de prática integradas
- Medidas de outcomes e de custos
- Novos modelos de remuneração
- Integração e especialização de sistemas de saúde
- Crescimento em novas regiões
- Prontuários eletrônicos (não os atuais)

# Alguém já faz isso?

- Há alguns centros identificados, nos EUA e na Europa, que já começaram este tipo de atividade
- Pode-se falar em algumas unidades de prática, em algumas condições tratadas como tal
- Estamos falando de coisas já tratadas como linhas de cuidado, como disease management

# Premissas

- Consumidores não vão consertar sistema
- Redução do desperdício é importante, mas insuficiente
- Especificação do processo e supervisão administrativa não adicionam valor

# Pode ser assim?

- De voltado ao consumidor para voltado para resultados
- De centrado em pagamento para centrado no paciente
- De gerenciado pelo governo para liderado por médicos

## Uma nova definição: condição médica?

- Conjunto de circunstâncias médicas do paciente melhor abordadas de forma integrada
  - Definida sob a perspectiva do paciente
  - Inclui condições mais comuns e críticas
  - Integra especialidades e serviços
- unidade de criação de valor na prestação de assistência*



# Por exemplo

- Diabete
  - Cancer de mama
  - Enxaqueca
  - Hipertensão
- 
- Limites podem ser diferentes em cada organização e podem mudar

# O cuidado clinicamente integrado não é só

- Realizado no mesmo local físico
- Prestado na mesma organização
- Prática coletiva de muitas especialidades
- Unidades focadas independentes
- Um instituto ou um centro
- Um centro de excelência
- Um sistema plano de saúde/prestador financeiramente integrado

## Unidades integradas criam valor?

- Melhoram os *outcomes* medidos
- Aumentam a velocidade da inovação
- Melhoram diagnóstico e reduzem complicações
- Reduzem erros e desperdício
- Gastam para economizar
- Melhoram prevenção secundária e retardam progressão das doenças

# O valor nas unidades integradas

- Desenvolvem competências
- Melhoram a coordenação e a eficiência (internamente e além da equipe)
- Enfatizam as comunicações
- Redirecionam e apressam a pesquisa

# Mudanças para atender condições médicas

- De consultas e procedimentos para soluções para os pacientes
- De médico solo para equipes clínicas
- De aumentar esforços para melhorar resultados
- De processo sequencial para um processo paralelo e coordenado
- De controle de processos para objetivos compartilhados e resultados mensurados

## Um novo credo?

- Qualidade em saúde é melhores *outcomes* (melhora saúde e resultados da assistência)
- O objetivo é mais saúde, não mais tratamento (viver com saúde é mais barato)
- Organização em função de necessidades do paciente aprimora coordenação e acelera melhoria (novas estruturas aumentam potencial para melhorar resultados e eficiência)

# A assistência só mudará se

- O crescimento dos custos se tornar insuportável
- A indignação for demasiada (de médicos, enfermeiros, demais profissionais, pacientes, familiares, empregadores...)
- Os demais começarem a mudar

# Papel dos planos de saúde

- Medir e divulgar resultados gerais para seus afiliados por condições médicas X a concorrência
- Agregar, analisar e reunir o total de prontuários dos afiliados
- Providenciar serviços abrangentes de prevenção, *screening* e gestão de casos crônicos para todos os afiliados
- Monitorar e comparar resultados por prestadores/ condição médica
- Oferecer aconselhamento para ajudar os pacientes e os médicos que encaminham a selecionar os melhores prestadores
- Assistir na coordenação do cuidado ao paciente por todo o ciclo do cuidado e da condição médica
- Encorajar e recompensar utilização de modelos integrados pelos prestadores
- Desenhar novas estruturas agregadas para os ciclos de cuidado, em vez de serviços “discretos”
- Serão necessárias novas competências e novos tipos de funcionário



# E dos empregadores?

- **Estabelecer objetivos para a saúde dos empregados**
- **Assistir os empregados a viver vidas saudáveis e participar de seu cuidado**
- **Providenciar serviços de alto valor de prevenção, *screening* e gestão de saúde:**
  - clínicas ou ambulatórios nas empresas
- **Estabelecer novas expectativas para planos de saúde:**
  - Deveriam contratar cuidado integrado e não serviços discretos
  - Deveriam assistir seus afiliados a acessar prestadores excelentes para suas necessidades
  - Deveriam contratar ciclos de cuidado
  - Deveriam medir e melhorar os resultados de saúde dos seus afiliados e estimular o mesmo comportamento por parte dos prestadores
- **Providenciar continuidade nos planos para os empregados e não mudanças constantes**
- **Encontrar formas de expandir cobertura dos seguros e defender a reforma do sistema de seguros**
- **Medir e responsabilizar os gestores de benefícios pelo valor em saúde obtido pela organização**

# E dos consumidores?

- Participar ativamente na gestão de sua saúde
  - Seguir os tratamentos e práticas preventivas
  - Esperar informação relevante e buscar conselho
  - Fazer escolhas do tratamentos e de prestadores baseado em resultados e valor, não em conveniência ou amenidades
  - Trabalhar com um plano de saúde numa relação de longo prazo
- A mudança freqüente de planos pode não ser o melhor para o consumidor

**MAS – a assistência médica dirigida pelo consumidor é a metáfora errada para reformar o sistema**

# E para o governo?

- Estabelecer medidas e relatórios universais em relação a resultados de prestadores
- Requerer relatórios universais de planos de saúde sobre resultados de seus afiliados
- Criar padrões obrigatórios de TI, incluindo arquitetura e definição de dados, padrões de interoperabilidade e prazos para implementação dos sistemas
- Remover obstáculos à reestruturação da prestação de serviços de saúde em torno do cuidado integrado a condições médicas
- Estimular competição entre prestadores e entre regiões
- Mudar sistemas de reembolso para preços por ciclo de cuidado em vez de pagamentos por tratamentos ou serviços discretos
- Limitar a discriminação de preço baseadas em participação em um grupo de pacientes
- Encorajar mais responsabilidade dos indivíduos pela sua saúde e pelo cuidado a sua saúde

# Há algo realmente novo?

- O fato de que mais gente está falando nisso
- O fato de que alguns atores do setor estão fazendo e procurando resultados
- A possibilidade de mudança do sistema norte americano (alguém se baseia nele de fato?)