

negócios iniciativas

Este suplemento faz parte integrante do Jornal de Negócios nº 3644, de 13 de Dezembro de 2017, e não pode ser vendido separadamente.

Resultados em saúde com base em valor

- Os passos para um modelo mais produtivo e eficiente
- O sistema de saúde deve ser feito para dar qualidade de vida ao doente
- Os exemplos do Centro de Oncologia da Luz e o “big data” do São João (Porto)

David Martins

QUEM É QUEM NO DEBATE SOBRE O VALUE BASED HEALTHCARE



ANDRÉ VERÍSSIMO
Director do Jornal de Negócios



FILIPA MOTA E COSTA
Directora-geral da Janssen



ALEXANDRE LOURENÇO
Pres. da Assoc. Portuguesa de Administradores Hospitalares



ANA SAMPAIO
Pres. da Assoc. Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino



ANTÓNIO FERREIRA
Médico e Prof. na Fac. de Medicina da Univ. do Porto



FILIPE COSTA
Oncology Business Management Director, Hospital da Luz



FRANCISCO ROCHA GONÇALVES
Administrador do IPO do Porto



JOÃO PORFÍRIO OLIVEIRA
Presidente do CHTMAD



JOSÉ PEDRO ALMEIDA
Director de Inteligência de Negócio e Ciência de Dados do Centro Hospitalar de São João



ISABEL VAZ
CEO da Luz Saúde



MARTA TEMIDO
Ex-presidente da Administração Central do Sistema de Saúde



PEDRO BEJA AFONSO
Administrador do Centro Hosp. e Univ. de Coimbra



PEDRO CÂMARA RAMOS
Secretário Regional da Saúde da Região Autónoma da Madeira



RAFAEL BENGOA
Co-Director do Institute for Health & Strategy, Espanha



RICARDO DA LUZ
Director de Oncologia do Centro Hospitalar Lisboa Central



VICTOR HERDEIRO
Presidente da Unidade Local de Saúde de Matosinhos | Hospital Pedro Hispano



negócios



www.investiremsaude.negocios.pt

Apoio institucional:



Publicidade

NEGÓCIOS INICIATIVAS INVESTIR EM SAÚDE – OBTER RESULTADOS

“Temos de passar da produção para os resultados”

É necessário que o Value Based Healthcare, ou saúde baseada em resultados, depois de dez anos de reflexão, comece a ser implementado, referiu Filipa Mota e Costa, directora-geral da Janssen.

FILIPE S. FERNANDES

“Quando surgem novos conceitos em saúde é necessário, numa primeira fase, pensar, debater e reflectir. O Value Based Healthcare, ou saúde baseada em resultados, não é excepção. Há mais de dez anos que se estuda este tema. Muito se tem feito, se tem analisado, mas há ainda bastante para fazer e sobretudo para implementar”, referiu Filipa Mota e Costa, directora-geral da Janssen na abertura da segunda edição da conferência Investir em Saúde – Obter Resultados que se

realizou a 29 de Novembro no Centro Cultural de Belém, organizada pela Janssen e Jornal de Negócios e com o apoio da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares.

Se a primeira edição foi de reflexão, a segunda foi ponto de partida para a acção “ser um lugar de partilha de experiências do que está a ser feito em Portugal”, segundo Filipa Mota e Costa. Como disse André Veríssimo, director do Jornal de Negócios, é fundamental “a partilha de casos de sucesso e das melhores práticas”.

Inovação e medição

Filipa Mota e Costa sublinhou o papel do doente como o mais importante do sistema de saúde e que “tem de se perceber aquilo que o doente entende por valor, é preciso compreender os resultados em saúde que importam para o doente, ao que é que



O valor em saúde é um investimento da sociedade num país mais produtivo, defendeu Filipa Mota e Costa

o doente dá valor, é preciso medir esses resultados e colocá-los em perspectiva face aos custos desses mesmos resultados.”

Neste novo paradigma na saúde,

a palavra-chave é inovação e medição e avaliação dos resultados. “Precisamos de passar de uma lógica de produção para uma lógica de resultados e de incentivo aos prestadores

com melhores desempenhos e isso levará a um aumento da inovação que aporta verdadeiro valor para a saúde de todos”, concluiu Filipa Mota e Costa. ■

JOÃO ALMEIDA LOPES PRESIDENTE DA APIFARMA

“A prioridade passa por orçamentos plurianuais para a saúde”

A indústria farmacêutica está disponível para desenvolver modelos de cuidados de saúde baseados em resultados e aprofundar mecanismos de partilha de risco com o Estado, focados na qualidade de vida e na saúde do doente.

João Almeida Lopes, presidente da Apifarma, defende que “as empresas farmacêuticas estão disponíveis para conversar com o Estado sobre modelos de partilha de risco e financiamento de tecnologias de saúde baseadas em resultados, desde que se observem critérios transparentes e regras consistentes.”

Considera-se que ainda falta alguma transparência na negociação do preço dos medicamentos. Como é que se pode aumentar essa transparência?

O debate deve ser feito sobre os modelos de orçamento da saúde e não sobre o preço dos medicamentos de uma forma isolada, pois isto igno-

ra as poupanças que permitem a médio termo.

Como na maioria dos serviços na área da saúde, existem acordos específicos entre o governos e as empresas que são, muitas vezes, confidenciais, permitindo a concorrência entre os fornecedores e preços diferenciados para atender às necessidades

de cada país. A indústria trabalha com os governos de cada Estado-membro da União Europeia para definir o preço de um medicamento de forma a reflectir o valor que ele fornece aos doentes e ao sistema de saúde.

Cada governo determina o valor de um medicamento com base em diversos factores, nomeadamente os

benefícios para os doentes face a outros tratamentos disponíveis, o potencial para reduzir outros custos associados a cuidados de saúde, tais como hospitalizações e as necessidades de saúde e económicas específicas de cada país.

Por outro lado, como é o Sistema Nacional de Saúde pode suportar os custos da inovação que têm aumentado?

Um relatório da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) defende que não são os preços, mas sim o aumento da procura causado pela crescente longevidade da população, uma maior prevalência de doenças crónicas e mudanças na prática clínica, que têm contribuído para o aumento da despesa farmacêutica.

“Valor sugere um modelo mais produtivo e eficiente”

Com o envelhecimento e a longevidade e os limites das despesas orçamentais, o modelo construído para pacientes agudos perdeu o sentido. O modelo baseado em valor adapta-se à economia e à demografia e dá mais qualidade e saúde.

“Construímos um sistema de saúde muito interessante com centros de saúde, hospitais, infra-estruturas, medicamentos, mas era para um tipo de demografia, para atender pacientes agudos”, referiu Rafael Bengoa, co-director do Institute for Health & Strategy de Espanha. Entre 1971 e 2015, a população idosa passou de 19% para 24% e prevê-se que até 2023 atinja os 30%. À medida que as pessoas envelhecem aumenta a cronicidade e os custos para o sistema.

Outro aspecto que se tornou estrutural foi a contenção das despesas no orçamento para a saúde. Deu o exemplo do orçamento da saúde em Espanha que passou de 38,5 mil milhões de euros em 2002 para 70,5 mil milhões, em 2008, mais 83%, tendo caído, entre 2009 e 2013, 12,5% mas quando veio o crescimento aumentou a uma taxa de 0,06%. “E nunca mais vai crescer a taxas de 7 ou 8%” assinalou Rafael Bengoa, que foi ministro da Saúde do País Basco.

Aliás, em toda a Europa, os gastos com medicamentos, em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB), têm vindo a diminuir na última década e hoje representam um quinto dos gastos totais de saúde.

Em Portugal, este desafio demográfico é agravado pelo problema do subfinanciamento crónico e estrutural do sistema de saúde. O investimento público em saúde em percentagem de PIB foi sistematicamente caindo, sendo actualmente muito inferior à média dos países da OCDE.

Esta realidade não afasta a indústria farmacêutica da sua missão primordial: garantir que os portugueses têm acesso aos medicamentos mais inovadores disponíveis no mercado, disponibilizando soluções adaptadas à realidade económica e de saúde de Portugal.

Os passos para um novo mundo

I. COMBATER O DESPÉRDÍCIO

Na parte clínica há entre 1/5 e 1/4 da actividade que não adiciona valor clínico. Nos sistemas de saúde dos EUA, existem desperdícios da ordem dos 600 mil milhões de dólares com gasto clínico ineficaz, fraude e abuso, complexidade administrativa e preços excessivos. A OCDE indica que há desperdício em termos administrativos, operacionais e clínicos.

II. MUDANÇA ORGANIZATIVA

Passar do modelo em que as diferentes estruturas do sistema funcionam de forma separada para um modelo em que actuam em conjunto. Não precisam de estar todas no mesmo edifício ou debaixo do mesmo tecto. Podem ser redes

de cuidados e é necessário criar condições para que subsistam e criem valor.

III. NOVAS FORMAS DE FINANCIAMENTO

Há melhoria de qualidade quando se está a pagar resultados em vez de pagar volume, actividade e se funciona com base em contratos alternativos. A tendência geral na atribuição de recursos é passar a remunerar valor com base em várias modalidades de financiamento.

IV. CRIAR MECANISMOS DE CO-CRIAÇÃO COM OS PACIENTES

Tem de se saber o que doente entende por qualidade em saúde. O foco deve estar no doente.

“Na Europa, os gastos de medicamentos, em percentagem do PIB, têm diminuído na última década.”

“O financiamento com base nas novas tecnologias da saúde é mais económico a longo prazo.”



Rafael Bengoa diz que, na Europa, a saúde baseada em resultados tem de ter em conta o serviço universal e o orçamento finito.

O modelo actual é muito ineficiente e a sustentabilidade do sistema e os limites de financiamento implicam mais eficiência. Na Europa, 86% dos doentes são crónicos e por isso “o modelo de agudos não lhes serve”. “Este trata e repara e manda para casa, mas não serve para os cuidados continuados, por isso este modelo construído nos últimos 50 anos tem de mudar”, referiu Rafael Bengoa.

O valor na Europa e EUA

A alternativa foi a contenção de gastos e maior racionalidade que começou em 2009-2010. Tinha a sua justificação, “mas não se pode estar duas décadas a congelar as despesas, os salários, da forma como se fez, porque o sistema de saúde fica muito vulnerável e pode-se perder o que já se ganhou”, disse Rafael Bengoa. “A pergunta-chave é se há uma alternativa. E o valor sugere um modelo que é muito mais produtivo e eficiente”.

Michael Porter introduziu este

conceito de valor e que o melhor resultado final que se obtém para o paciente é superior ao custo. Mas Porter fala do paciente, não refere o sistema de saúde público nem a prestação de um serviço universal. O raciocínio é em torno do atendimento individual, o que se coaduna com o modelo competitivo norte-americano. Na Europa, a reflexão em torno do valor tem de ter em conta que os modelos se baseiam no compromisso de proporcionar saúde a toda a população com um orçamento finito.

Mas a transformação é possível porque nos orçamentos da saúde há muito potencial de eficiência e há novos instrumentos. “Hoje podemos ligar, digitalizar e comunicar tudo com tudo e já se sabe gerir quase todas as enfermidades a partir de casa para controlar os doentes crónicos, estratificar o risco, integrar os cuidados hospitalares e de saúde, novos papéis profissionais”, assinalou o especialista Rafael Bengoa. ■

A prioridade passa por avançar para a implementação de orçamentos plurianuais para a saúde, que invistam na acomodação da inovação custo-efectiva, com fundos específicos para garantir o financiamento da inovação.

No imediato, estamos disponíveis para desenvolver modelos de cuidados de saúde baseados em resultados e aprofundar mecanismos de partilha de risco com o Estado, focados na qualidade de vida e na saúde do doente.

A filosofia do Value Based Healthcare (saúde baseada em resultados) pode ser a base para a sustentabilidade da saúde em que os medicamentos inovadores têm cada vez mais um papel importante?

Um modelo de financiamento das novas tecnologias de saúde baseado em resultados é mais económico a longo prazo e, portanto, mais sustentável. É também mais custo-efectivo do que os sistemas centrados na produção de serviços de saúde, com incentivos ligados ao número de cuidados.

Este modelo sustenta-se no pagamento fundamentado no valor e na qualidade – como recuperações mais rápidas, menos readmissões, taxas de infecção mais baixas, entre outros –, acima de tudo centra-se no doente e na qualidade de vida, permitindo alocar recursos para intervenções que proporcionam os melhores resultados em saúde possíveis, o que melhora a qualidade global do sistema de saúde. ■

NEGÓCIOS INICIATIVAS INVESTIR EM SAÚDE - OBTER RESULTADOS

“O doente não pode ser um estafeta de recados médicos”

Colocar as necessidades do doente no centro do sistema, trabalhar em equipa, e melhorar os sistemas de informação revela que os resultados de saúde em valor dependem da organização.

“Esta questão do valor é importante porque são dados serviços e bens aos doentes que estes não querem”, disse Ana Sampaio, presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino no debate Value Based Healthcare – The Key For Sustainability, moderado pela jornalista Andreia Vale. “O doente não quer vários sistemas informáticos nem várias apps de saúde, mas um sítio comum onde possa ver tudo. O doente quer condições dignas num hospital como, por exemplo, casas de banhos condignas, quer um atendimento em que saiba quanto tempo vai ter de esperar, não quer uma senha em que nem sempre é clara a sequência lógica. O doente quer que o médico lhe pergunte qual é a melhor hora para a consulta, e que seja fácil desmar-

car uma consulta num hospital.” Enfatizou que “há uma grande estratificação nos hospitais, o doente sente-se desacompanhado e é um estafeta que vai de um sítio para outro com os recados dos médicos”.

A presença dos doentes

Os serviços estão mais adaptados aos doentes agudos do que aos doentes crónicos porque estes são doentes que normalmente continuam a trabalhar. Ana Sampaio deu o exemplo da prescrição electrónica em Portugal, em que para um doente crónico o médico prescreve a medicação e quando esta acaba tem de pedir nova receita. Em Espanha, a prescrição electrónica tem validade até à consulta seguinte.

“A cultura da presença dos doentes na decisão é uma aprendizagem”, referiu Ricardo da Luz, director de

serviço de oncologia do Centro Hospitalar Lisboa Central. Acrescentou que o modelo do valor em resultados de saúde depende de todas as pessoas que então envolvidas como os profissionais de saúde, doentes, cidadãos e gestão. Não tem dúvidas de que “ver o percurso do doente e não apenas o acto isolado choca com a estrutura de especialidades médicas e a organização”.

“Há uma grande necessidade de trabalhar em equipa: doentes, médicos, gestores hospitalares e autoridades. Continuamos a tomar decisões de saúde de forma isolada e a publicarem-se despachos sem ouvir as partes envolvidas”, refere Ana Sampaio. Por isso, muitas vezes associações de doentes e médicos têm de responder aos doentes e não estão preparados. “Bastava sentar todos a uma mesa para falar



Ver o percurso do doente em vez do acto isolado choca com a estrutura das especialidades médicas e a organização.

RICARDO DA LUZ
Director de serviço de oncologia do Centro Hospitalar Lisboa Central

sobre os assuntos, porque tudo isto é valor”, referiu com saber de experiência Ana Sampaio. Saliu ainda que os médicos deveriam trabalhar mais em equipa e “muitas vezes nem precisavam de estar todos juntos, mas interligados”.

Valor como corte de custos

Por sua vez Ricardo da Luz sublinhou que a palavra valor serve, até agora, para baixar custos, e teme que se queira apenas diminuir o orçamento público para a saúde. “O que nos queremos é aumentar o valor com o mesmo dinheiro ou com mais algum para fazer a mudança. Esta ideia vem dos EUA, onde se gasta 18% do PIB em vez de 4,2% de PIB de despesa pública em Portugal.”

Na óptica de Ricardo da Luz os sistemas de informação no SNS “impedem que o VBH em Portugal avance rapidamente”. “Os sistemas de informação são fundamentais para medir e para avaliar. Se não medirmos bem vamos ter maus resultados de certeza. Os nossos sistemas de informação não são vocacionados para os médicos, mas para a área de organização e da facturação hospitalar e têm servido para os médicos, enfermeiros e técnicos farmacêuticos fazerem trabalho administrativo”, fundamentou.

O problema é organização

Para Rafael Bengoa, co-director do Institute for Health & Strategy, temas como a descentralização, o papel do doente, e o trabalho em equipa mostram que não se está diante de um problema clínico, mas de gestão e de organização. Na sua opinião, as perguntas que devem ser feitas são: “O que é que necessita o paciente? Qual é a trajectória de um doente crónico no sistema? Porque se fizemos como temos feito nos últimos 40 anos que é planificação em função das estruturas, das corporações dos profissionais e das suas necessidades, não se chega a um modelo para o paciente.” ■ FSF

David Martins



Andreia Vale moderou a participação e o debate de ideias entre Rafael Bengoa, Alexandre Lourenço, Marta Temido, Ricardo da Luz e Ana Sampaio.

Não se descentraliza por medo de perder o controlo

Limitar-se a autonomia de gestão para obter resultados como o controlo da despesa não é o melhor caminho para a saúde do futuro.

“Não sou apologista de soluções a régua e esquadro, por decreto que pretendam uniformizar o país ou as organizações de acordo com um suposto modelo ideal. As opções de construir um modelo mais orientado para a criação de valor em saúde tem de captar a diversidade e alimentar-se dela”, defendeu Marta Temido, ex-presidente da Administração Central do Sistema de Saúde.

Para esta gestora, “o que nos impede de descentralizar é o medo. Ainda estamos imbuídos da ideia de que, se centralizarmos, conseguimos dominar o contexto. Mas não, tendemos a perder a eficiência e a desmotivar as pessoas porque estamos a coarctar a sua autonomia”.

Não deixou contudo de aludir à crise financeira entre 2009 e 2015 que implicou uma crescente limitação da “autonomia de gestão com a convicção de que com isso se conseguiria um conjunto de resultados como o controlo da despesa. Mas a conclusão que se impõe é que não é o melhor caminho”.

Projectos de autonomia

Referiu alguns projectos no sentido de melhorar a autonomia das organizações ou de determinados níveis de organizações como é o caso dos centros de responsabilidade integrados. “Visa criar dentro das organizações complexas, que são os hospitais, equipas que se organizem e redistribuam os ganhos de eficiência que consigam alcançar. Não são centros de elevada resolutividade como por vezes se pensa. São formas de inovação organizacional para as organizações premiarem quem está em modelo de dedicação exclusiva.”

Marta Temido acrescentou ainda medidas como “a melhoria da resolutividade dos centros de



O que nos impede de descentralizar é o medo. Ainda estamos imbuídos da ideia de que, se centralizarmos, conseguimos dominar o contexto. Mas não, tendemos a perder eficiência e a desmotivar as pessoas porque estamos a coarctar a autonomia.



MARTA TEMIDO
Ex-presidente da Administração Central do Sistema de Saúde



saúde de cuidados de saúde primários ao nível do apetrechamento com mais recursos do que os médios e os apoios logísticos, o incentivo à hospitalização domiciliária, o livre acesso e circulação dentro do SNS, a melhoria da saúde oral, os cuidados de proximidade”. Ricardo da Luz criticou apenas o facto de “muitas das medidas serem desconhecidas e de funcionarem por si, não há uma integração, isolam-se um pouco em si. ■

FILIPE S. FERNANDES

O modelo centralista limita a capacidade de inovação

Para Alexandre Lourenço, enquanto se continuar com um sistema demasiado centralizado é difícil que os prestadores se reorganizem em função das necessidades dos doentes.

David Martins



Alexandre Lourenço, presidente da APAH, diz que profissionais de saúde e populações têm de encontrar novos modelos.

“Hoje vivemos num modelo hegemónico e centralista que não permite a evolução do sistema de saúde. Estamos a limitar a capacidade de inovação”, começou por sublinhar Alexandre Lourenço, presidente da APAH (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares).

Adiantou que “temos vários constrangimentos que evitam que esta mudança possa ocorrer, pois em muitos casos esta mudança está a ser limitada. Para fazer a transformação precisamos de saltos qualitativos na organização do sistema, mas enquanto continuarmos com um sistema que é demasiado centralizado, que mantém a sua centralidade gestonária no Ministério da Finanças, é difícil que os prestadores se reorganizem em função das necessidades dos doentes.”

Para Alexandre Lourenço, administrador do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, “era necessário tirar todas estas barreiras ao sistema de saúde que impedem as mudanças para permitir que evoluisse”. Esta evolução passa não só por ter bons profissionais na gestão dos hospitais e das organizações,

mas por mais autonomia de gestão com a respectiva responsabilização dos gestores.

O papel da inovação

Um dos vectores fundamentais para um sistema de saúde com futuro é a inovação e esta, em termos organizacionais, costuma iniciar-se por sistemas-piloto que depois crescem e conquistam a aceitação generalizada do sistema. “A primeira coisa em que temos de acreditar é que não temos todas as respostas e temos de deixar que novos agentes entrem no mercado para promover essa mudança. E isso consegue-se com liberdade, dando autonomia às organizações”, salientou Alexandre Lourenço.

Rafael Bengoa, co-director do Institute for Health & Strategy, referiu que em Inglaterra, apesar da centralização, se fazem experiências para inovar. No sistema de saúde, estão a fazer 50 experimentações com um, dois ou três milhões de pessoas no que se chamam Vanguardas, que permitem às áreas locais identificar o seu modelo em termos de resultados para saúde e eficiência. “O controlo central é uma

ilusão, controla-se as finanças, mas não o valor”, conclui Rafael Bengoa.

Não há balas de prata

“Temos um serviço de saúde recente e que foi feito para responder a um determinado tipo de necessidades. Hoje temos outras necessidades, mas não há balas de prata para resolver todos os problemas”, destacou Alexandre Lourenço. Considerou ainda que a “mudança não vai ser igual em todo o sistema, por isso temos de permitir que os prestadores encontrem as alternativas ponto a ponto” e “não tem de ser rápida”.

Os profissionais de saúde têm de se organizar com os gestores e a população para encontrar novas soluções. Não vai ser um processo fácil e linear pois “existem demasiadas forças de resistência, temos um quinto da actividade que não acrescenta valor”. Mas Alexandre Lourenço está convicto de que depois “de encontrar novas soluções desmonta-se o modelo tal como existe hoje, que está demasiado cristalizado em volta dos hospitais e passa-se a desenvolver o sistema mais focado na população”. ■

FILIPE S. FERNANDES

O futuro da saúde está nos dados

Isabel Vaz, CEO da Luz Saúde, António Ferreira, médico e ex-presidente do Centro Hospitalar de S. João, e as mudanças na saúde.

“O esforço que está a ser feito nos hospitais em todo o mundo baseado no valor é uma estratégia tanto no sector privado com um tipo de pagadores, como no público enquanto pagador, mas nenhum de nós é remunerado pelo valor”, começou por referir Isabel Vaz, CEO da Luz Saúde na mesa-redonda sob o tema “O Value Based Healthcare posto em prática”.

A estratégia com base no valor exige o alinhamento de todos os “stakeholders”. Hoje, a grande indústria da saúde, como os grandes equipamentos, os sistemas de informação, os hospitais, está a alinhar pelo valor, mas ainda falta a quem paga dar o último passo.

O medo da mudança

Isabel Vaz confessou que existe medo porque se está em mudança: “Temos medo porque se muda e o sector da saúde dá medo porque é um sistema tão complexo que nunca se sabe, quando se mexe numa variável, o que acontece a todas as outras variáveis, por isso, é natural que os movimentos de mudança não se dêem com a rapidez com que se gostaria.”

Garantiu que o futuro está nos dados, nos grandes sistemas de inteligência artificial (IA) e na capacidade analítica de grandes volumes de informação. Contou que esteve com uns alunos de Medicina que estão na fase de escolha de especialidades. Diziam que as especialidades cirúrgicas iriam ser as mais tecnológicas. Mas Isabel Vaz disse-lhes que, “por acaso, as especialidades mais tecnológicas iriam ser a medicina interna e a medicina geral e família”.

A ficção é real

António Ferreira, médico e professor da Faculdade de Medicina



O investimento nas tecnologias não fez o sector da saúde mais produtivo.

ANTÓNIO FERREIRA

Médico, professor universitário e ex-gestor do Hospital de São João

na do Porto, assinalou que “da mesma forma que a inteligência artificial vai criar uma dicotomia entre a vida biológica e o que podemos chamar de vida tecnológica também na saúde vamos ter um grande desafio graças à IA, as tecnologias de ‘deep-learning’, ‘e-learning’, ‘big data’, informação estruturada e não estruturada”.

Descreveu uma situação que poderá estar mais próxima do que parece. Um doente chega à urgência de um hospital, diz o nome, clica onde lhe dói, responde a perguntas estruturadas e dá informação não estruturada e o sistema informa o médico e o doente qual é o diagnóstico mais provável, qual é agente etimológico mais previsível, e quais serão as razões e qual poderá ser a terapêutica.

“Pergunta-se afinal para que é preciso o médico, o que cria um grande desafio aos profissionais de saúde. Este é também um instrumento para o ‘empowerment’ dos doentes, verdadeiro e não o interneteiro”, sublinhou o antigo director clínico e presidente do Centro Hospitalar de São João.

Tecnologia sem impacto

Frisou ainda que a produtividade da saúde é baixa comparada com outras indústrias apesar dos biliões que se tem investido em tecnologia. Tem tido “impacto modestíssimo tanto na qualidade clínica, como no controlo de custos e na produtividade”.

Explicou que se deve ao facto de se ter olhado para a tecnologia com o objectivo de substituir o papel pelos registos electrónicos. Mas hoje as tecnologias são “meios para transformar as unidades clínicas, melhorando os cuidados, a maneira como se recolhem os dados e transformando os dados em conhecimento, forjando novos modelos operacionais e de negócio”. ■

O Value Based Healthcare em acção

A oncologia da Luz mudou com base nos “outcomes”, o São João do Porto com o “big data”.

“O Centro de Oncologia do Hospital da Luz é um ‘hub’ estratégico na área da oncologia na região sul por isso é fundamental que tenhamos uma estratégia centralizada nos doentes, uma avaliação muito centrada na experiência do cliente, e uma abordagem multidisciplinar que faz com que possamos ter uma estratégia da saúde baseada em resultados em implementação no terreno e para isso fizemos o alinhamento dos ‘stakeholders’”, afirmou Filipe Costa, Oncology Business Management Director – Hospital da Luz na apresentação “Implementação do VBH no Centro de Oncologia do Hospital da Luz”.

Para esta nova abordagem foi necessário passar do modelo tradicional académico da especialidade e do serviço para uma equipa multidisciplinar orientada no sentido da linha de patologia. “Com os médicos ao leme deste barco e com uma grande equipa multidisciplinar que envolve médicos, enfermeiros, engenheiros, desenhamos um ciclo de valor que diminuiu o impacto de erro”, diz Filipe Costa.

Guidelines e evidências

Fizeram-se protocolos com base em guidelines internacionais e nas evidências clínicas, a definição de indicadores de processo e de outcomes, o Patient Reported Experience Measures, os Patient Reported Outcome Measures e depois o desenho do itinerário clínico do doente.

Deve-se continuar a olhar para os resultados dos doentes e a pergunta que se deve fazer é “Quanto custa um mau tratamento?”, disse Filipe Costa. Acrescentou que “quando usamos a equação de Porter deve-se olhar para o denominador custos, mas sobretudo para ma-

ximização do valor”.

O “big data” do São João

O Centro Hospitalar de São João passou de uma instituição que não sabia quantos trabalhadores tinha para uma situação em que um médico no hospital recebe sms sobre a situação dos seus doentes. “Isto não é uma caixa de Pandora de soluções”, referiu José Pedro Almeida, director de serviço de Inteligência de Negócio e Ciência de Dados, que lidera uma equipa de três pessoas.

A estratégia começou em 2011 com a aposta nos dados, na medição, nas “decisões com base em números e não em feelings”. A informação tinha de ser ligada e tornada visível para toda a gente. O problema estava em articular 50 sistemas tecnológicos. Fizeram-no através de uma folha de Excel, em que se responde às perguntas em tempo real.

Previsão do risco clínico

Faz 300 milhões de registos por dia, todos os dias calcula 560 biliões de respostas a uma pergunta que alguém faz, responde a 100 mil estudos feitos no hospital por ano, quando antes se faziam mil, salientou José Pedro Almeida na sua apresentação sobre “The most advanced Hospital solution in Europe, transfroming Big Data”.

Procuram fazer a previsão do risco clínico. Por exemplo, quais são os doentes que, com base na informação existente, têm mais probabilidades de entrar numa unidade de cuidados intensivos e morrer nas próximas horas. Com esta analítica pode-se antecipar até 30% as admissões em cuidados intensivos nos sete dias antes de o evento ocorrer. ■



Isabel Vaz, CEO da Luz Saúde, sublinhou a dificuldade da mudança na saúde.

David Martins

“Medir custos e ‘outcomes’ tem de ser a nossa obsessão”

As mudanças com base nos resultados em saúde para o doente e as mudanças organizacionais dependem da medição e das lideranças.

David Martins



Victor Herdeiro, Pedro Câmara Ramos, João Oliveira, Francisco Rocha Gonçalves e Pedro Beja Afonso.

“O denominador comum que põe os ‘stakeholders’ todos a falar a mesma linguagem, e que mais à frente nos permite estar de acordo nas medidas, é falar dos ‘outcomes’ que interessam aos doentes”, disse Francisco Rocha Gonçalves, membro do conselho executivo do IPO Porto ao falar dos “Factores críticos de sucesso à implementação”.

“Olhar para o percurso dos cuidados de um doente e perguntar aos doentes que estão a fazer esse percurso qual é o ‘outcome’ que lhes interessa e que é sobretudo a possibilidade de regressar ao trabalho e à vida normal ou de ter um tempo de vida com alguma qualidade. O doente não nos vem pedir dez TAC, uma cirurgia, 22 sessões de radioterapia”, acrescentou.

Por isso, as unidades de práticas integradas, onde o doente vai estar 80% do seu tempo, são um corredor de 50 metros que tem gabinetes de consulta médica, cirúrgica,

psicólogo, voluntários, enfermagem, meios complementares de diagnóstico mais leves, porque os mais pesados estão numa localização central, e o espaço da consulta multidisciplinar e onde as principais decisões vão ser tomadas. “Isto com o mesmo modo de financiamento porque temos é de pensar nos ‘outcomes’ dos doentes”, disse Francisco Rocha Gonçalves.

Produtividade e liderança

Tudo isto fez aumentar a produtividade dos profissionais em 25 a 40%, diminuir até 60% os custos da consulta com os meios complementares de diagnóstico e os medicamentos, e em até 40% a prescrição, com acesso a medicamentos inovadores. “Com a organização e os custos escondidos da ineficiência vamos buscar 20 a 30% do orçamento”, salientou o administrador do IPO, para quem “medir custos e ‘outcomes’ tem de ser a nossa obsessão porque é preciso medir para depois saber gerir”.

Pedro Beja Afonso, administrador do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, na sua apresentação sobre Reorganização interna e optimização de recursos, falou sobretudo do Hospital da Figueira da Foz onde foi até 2016 gestor. Realizou várias reorganizações internas e de optimização de recursos, feitas com as pessoas e os nossos parceiros, hospitais do SNS.

O Hospital da Figueira não tinha a via verde do AVC na urgência porque “não tinha neurologistas para dar apoio e os internistas não se sentiam seguros. Procurou-se apoio no Centro Hospitalar de Coimbra e usou-se a telemedicina e tele-radiologia para partilhar as imagens e a videoconferência para partilhar a decisão clínica. E foi implementada sem mais recursos”. Salientou que “há um factor fundamental que é existência de lideranças clínicas fortes pois não há mudanças organizacionais sem o envolvimento dos profissionais do hospital”. ■

Sinais de mudança em três casos exemplares

A integração de cuidados, os mapeamentos dos doentes e a contratualização interna em debate.

A integração de cuidados primários, hospitalares e continuados na ULSM e Hospital Pedro Hispano está a fazer quase 20 anos e, portanto, “está desenvolvida mas não tanto como nós gostaríamos”, referiu Victor Herdeiro, presidente do conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e Hospital Pedro Hispano na sua apresentação “Integração de cuidados primários, hospitalares e continuados”.

Colocar o doente no centro tem sido uma das grandes preocupações por isso há mais de dez anos que fazem espirometrias no centro de saúde, que é uma das doenças que afecta a população, têm a clinica da mama em que sempre que um centro de saúde detecta um caso se acciona uma consulta multidisciplinar no hospital.

Desenvolveu nos últimos anos o “walk-clinic” em que o médico de família consegue fazer a referência para o hospital e a cirurgia de ambulatório, e num único dia faz a consulta de cirurgia, anestesia e enfermagem e da segunda vez que volta ao hospital é já para ser operado.

Investimentos são ganhos

“Quando falamos em investir em saúde para obter resultados temos de saber se estamos a ser eficientes, porque os investimentos em saúde normalmente não são custos, mas ganhos em saúde que se traduzem em menos mobilidade e mortalidade”, referiu Pedro Câmara Ramos, director regional da saúde da região da Madeira na comunicação sobre o “Mapeamento do percurso do doente como standard”.

Disse que “o percurso dos doentes no SNS deve estar perfeitamente bem estabelecido”.

Sublinhou que as vias verdes no SNS para situações como trauma, sépsis, eventos coronários agudos, acidentes vasculares cerebrais, são um bom exemplo do mapeamento do percurso “que teve sucesso com o tratamento e recuperação dos pacientes com menos sequelas e uma mais rápida integração na vida normal”. Além disso, “acompanhamos cada vez melhor os doentes crónicos através dos cuidados primários. Tudo isto são ganhos que resultaram de investimentos”, concluiu.

Proteger a organização

“A contratualização interna não é mais do que pegar num contrato externo e contratualizar internamente com essas estruturas de forma que se consigam atingir objectivos de organização, nomeadamente objectivos de produção a vários níveis como as consultas, os internamentos, as actividades cirúrgicas”, explicou João Porfírio Oliveira, presidente do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro ao falar sobre “O Impacto da evidência na contratação interna”.

A contratualização interna implica a criação de estruturas intermédias porque “num hospital que facilmente tem 30 serviços clínicos é complicado acompanhá-la mensalmente e é completamente diferente do que acompanhar sete ou oito estruturas intermédias”, explicou João Porfírio Oliveira.

Este modelo organizativo e de contratualização protege a organização “das mudanças sucessivas das administração, que têm mandatos de três anos a seis anos, das variações de pessoas e de políticas e consigam durar no tempo e a criar mecanismos para a sua evolução”. ■

NEGÓCIOS INICIATIVAS Investir em Saúde - Obter Resultados

A saúde do futuro passa pelo debate de novos modelos

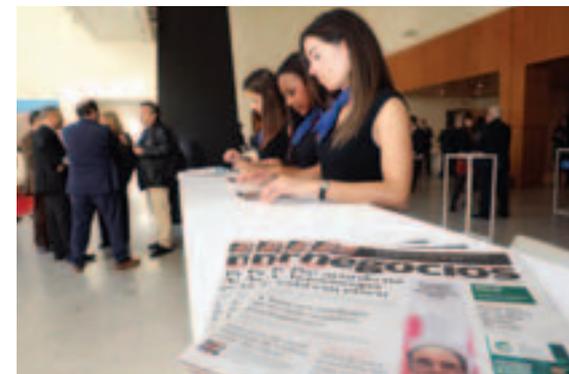
A 29 de Novembro, no Centro Cultural de Belém, em Lisboa, debateu-se a aplicação dos princípios da saúde baseada em resultados. Ficou a conhecer-se a diferença entre o modelo americano e europeu, e expuseram-se casos de sucessos e boas práticas.

Fotografia: David Martins



A conferência foi organizada pela Janssen e Jornal de Negócios e contou com o apoio da APAH.

O ambiente permitiu a reflexão e a troca de ideias sobre as várias experiências já ensaiadas em Portugal em diversas instituições de saúde.



Andreia Vale, jornalista da CMTV, foi a moderadora dos vários debates da conferência.

