

Optimizar os Circuitos dos Doentes em Cooperação Internacional Apostando em Gestão Baseada em Valor (VBHC)

Optimizing Patients' Pathways in International Cooperation, by Doing Value Based Healthcare (VBHC)

Palavras-chave: Análise Custo-Benefício; Cooperação Internacional; Prestação de Cuidados de Saúde/economia; Redução de Custos/economia

Keywords: Cost-Benefit Analysis; Cost Savings/economics; Delivery of Health Care/economics; International Cooperation

Caro Editor,

O artigo¹ “Enabling Cape Verde to Perform Total Hip Replacement: Cost-Benefit Study” faz uma análise custo-benefício bem descrita e com um conjunto de preocupações, como o bem-estar dos doentes, a qualidade dos cuidados e as implicações orçamentais. No fim, discute razões pelas quais poderia ser vantajoso os doentes serem assistidos localmente.

O racional de fundo deste artigo pode ser ampliado para outras situações e, para esse fim, encontrará ressonância nos princípios do que se sistematizou, e designou, desde 2006 como *value based healthcare*.² Contudo, desde sempre, os profissionais de saúde, a academia e os gestores sempre perseguiram objetivos de melhores resultados clínicos, melhor satisfação dos doentes e a melhor eficiência possível.³

O desafio atual para os sistemas – para o sistema de saúde Português, para o de Cabo Verde, ou para qualquer outro – é serem sustentados, efetivos e justos, num contexto de forte pressão, onde não bastam as soluções transacionais, que conduzem a resultados incrementais e de impacto marginalmente menor ao longo do tempo.⁴ Defende-se portanto, uma transformação da forma de relacionamento e dos incentivos ao longo de toda a cadeia de valor, potenciada pela necessidade de dar respostas inovadoras às necessidades dos doentes, pela tecnologia, pela globalização, pela regulamentação, pela maior participação social e pelas restrições financeiras. A forma de enfrentar estes desafios é “colocar o doente no centro” de forma consequente e re-organizar a cadeia de prestação de cuidados, as dependências industriais e o financiamento a partir deste primado. Por conseguinte, designa-se a esta abordagem de “baseada em valor” (VBHC), trazendo um novo foco na entrega dos melhores resultados – definidos na perspetiva do doente – ao menor custo possível.

A discussão sobre a cirurgia da anca que os doentes diagnosticados em Cabo Verde vêm procurar a Portugal, tem implicações muito para além do incómodo e custo da deslocação – já de si atendíveis – mostrando as vantagens para as decisões políticas de uma visão integrada de todo o ciclo de cuidados. A seguir reflete-se sobre a mesma em quatro pontos generalizáveis a outras doenças e procedimentos.

Primeiro, a afirmação da centralidade do doente obri-

gará a que se concebiam as atividades de entrega de cuidados destes doentes através de uma sequência fluída e enxuta de prestações integrais de cuidados ao longo dos *pathways* (vias ou percursos clínicos). Este é o movimento oposto aos silos, que podem ter origem numa visão corporativa ou burocrática do sistema, ou de uma conformação com uma lógica de externalização de recursos que não é gerida no tempo. A única condicionante ao local e aos termos da prestação prevista no acordo seria então o interesse dos doentes e os Países contratantes avaliariam a revisão desses termos, nomeadamente criando condições internas para prestar a prazo um serviço ainda melhor do que aquele que o acordo prevê – tal como prescrito nas conclusões do artigo.

Segundo, o conceito de VBHC que aquele ciclo completo de cuidados (do diagnóstico à alta do doente, passando pela cirurgia e demais cuidados) seja monitorizado, descrito e avaliado para se poder perceber de que forma acrescenta valor aos doentes e de que forma esse ciclo de cuidados pode ser melhorado, na sua conceção (seja com ou sem evacuação dos doentes) ou gestão. As limitações de dados encontradas pelos autores do artigo, por exemplo quanto aos dados de custos que estão subvalorizados, ou componentes omissas da análise mostra que o sistema não está preparado para fornecer esta informação de apoio a decisões. Também não há informação sobre a satisfação dos doentes, ou os resultados clínicos e as externalidades sociais ou económicas dos procedimentos efetuados.

Terceiro, a transformação digital não é mais do que integração das melhores soluções científicas e de gestão com um conjunto de ferramentas e processos de trabalho que vão tornar a cadeia de valor em saúde mais eficiente. O artigo não refere que avaliação faz dos sistemas e das tecnologias que afinal serão fundamentais para a medição dos custos e dos resultados para os doentes. Esta análise e decisão carece de informação, pelo que outro pilar do VBHC é o acesso a informações válidas, confiáveis e relevantes. Para se obterem estas informações, é necessário que o processo de integração dos cuidados seja antecedido de uma info-estrutura de registo e medida dos dados relevantes dos doentes e dos tratamentos, desde determinantes sociais, às respetivas *baselines* (condições clínico-patológicas prévias ao diagnóstico ou início dos tratamentos), até aos tratamentos proporcionados, as condições em que foram e os resultados, positivos e negativos, bem como os custos de todas estas atividades. Num contexto onde a integração para mais é entre duas geografias distantes e dois sistemas de saúde em patamares diferentes, poderá haver oportunidades de construção de uma melhor integração de estas ferramentas fossem potenciadas.⁵ Numa lógica VBHC será uma área de avaliação futura destes acordos que os subscritores podem querer utilizar.

Quarto, um componente crítico da VBHC, e inclusive um motor de incentivo na sua prática e das mudanças que implica, são os contratos feitos com base nesta filosofia de valor acrescentado. Atrás referiu-se a importância de avaliar (e re-avaliar ao longo do tempo) ciclos completos

de cuidados. De facto, podem ver-se na situação descrita vários contratos cruzados, e.g.:

- a) aquele que o cidadão evacuado tem com o seu sistema de saúde quanto a uma resposta para a sua doença. Pois reavaliar este contrato é perguntar se esta é a melhor forma de corresponder àquela expectativa – aspeto tratado clara e corretamente no artigo em apreço;
- b) poderia falar-se, até porque a discussão chama o tema do financiamento e capacidade para pagar do sistema cabo-verdiano, de contratos de partilha de riscos e de resultados. Não é habitual na Saúde um fornecedor partilhar contratualmente riscos, mas se o fizer vai melhorar a sua situação, a do sistema e a dos doentes.⁶

O artigo propõe que o sistema cabo-verdiano adquira as próteses e sistemas complementares. Este comentário desafia Cabo Verde a fazê-lo através de contratos baseados em resultados e também – se optar por isso – de remuneração dos seus recursos humanos, para melhor otimi-

zar a relação entre o investimento e os resultados. Quanto ao sistema de Cabo Verde enquanto pagador – se aquela prestação fosse paga pelo sistema cabo-verdiano ao sistema português – também ganharia em ferramentas para exigir qualidade e blindar-se quanto a riscos financeiros se optasse por estes contratos.

Em suma, o artigo oportunamente publicado mostra a partir do caso da cirurgia da anca, em doentes evacuados sob um protocolo governamental, que através de contratos e metodologias de organização dos cuidados podemos medir, discutir e partilhar riscos e resultados, resultando a prazo no redesenho dos atuais *pathways* para os doentes. Implementar-se-ão mecanismos para os prestadores, os pagadores e os fornecedores acompanharem, através de plataformas de dados consensualizadas, os ganhos em valor e incentivar-se-ão operações mais eficientes. O aumento de transparência, participação e conhecimento também podem levar a mais competição na negociação, contribuindo para uma melhor sustentabilidade a prazo dos dois sistemas.

REFERÊNCIAS

1. Nunes AM, Canhão H, Rodrigues TL. Enabling Cape Verde to perform total hip replacement: cost-benefit study. *Acta Med Port.* 2018;31:738-41.
2. Porter M, Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs.* 2008;27:759-69.
4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD). "PaRIS, Patient – Reported Indicators Survey. The next generation of OECD health statistics" 2018. [acedido 2019 jan 25] Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-Booklet.pdf>.
5. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: a global assessment. 2016. [acedido 2019 jan 25]. Disponível em: <http://vbhglobalassessment.eiu.com/executive-summary/>.
6. Obremsky W, Dail T, Jahangir A. Value-based purchasing of medical devices. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470:1054–64.

Francisco GONÇALVES✉^{1,2}

1. Centro de Investigação. Instituto Português de Oncologia do Porto. Porto, Portugal.
2. Luz Saúde. Porto, Portugal.

Autor correspondente: Francisco Gonçalves. frngoncalves@gmail.com

Recebido: 26 de janeiro de 2019 - Aceite: 28 de janeiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019
<https://doi.org/10.20344/amp.11858>



Formação Médica e o Consentimento Informado

Post-Graduate Medical Training and Informed Consent

Palavras-chave: Consentimento Informado/Ética; Formação Médica Pós-Graduada

Keywords: Education, Medical, Graduate; Informed Consent/Ethics

Foi com grande agrado que lemos o trabalho de Casimiro *et al* acerca das práticas de obtenção de Consentimento Informado (CI).¹ A realização deste tipo de investigação é fundamental para se obter informação clara acerca das práticas relacionadas com o CI em Portugal e se poder implementar ações de melhoria nas áreas em que se detetarem lacunas. Tal como referido pelos autores, é fundamental que este tipo de trabalho tenha um alcance multicêntrico e maior abrangência para verdadeiramente se caracterizar

a realidade nacional. O conceito de *ghost surgery* consiste na realização de procedimentos invasivos, cirúrgicos ou outros, por elementos que não obtiveram explicitamente consentimento para a realização do mesmo independentemente da presença do "médico supervisor"². Isto é, todos os elementos da equipa médica, desde os médicos internos aos especialistas, deveriam ser apresentados ao paciente e explicado qual o papel de cada um na intervenção em questão. O 'dilema' pode surgir perante a necessidade de se divulgar o estatuto de formação do interno e de não se saber qual será a decisão, quanto ao CI, do doente nessa situação. Estudos feitos em diferentes tipos de intervenções e, mais importante, com diferentes graus de explicação e explicitação do papel do interno apresentam 'taxas de rejeição' muito diferentes.^{3,4} A formação médica depende da possibilidade de realizar os procedimentos e não se sabe qual poderá ser o impacto de uma abordagem mais intransigente ao CI.⁵ Apesar desta ainda não ser