

Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/a-inovacao-de-que-a-assistencia-medica-realmente-precisa-ajudar-as-pessoas-a-gerenciar-a-propria-saude/>

## A INOVAÇÃO DE QUE A ASSISTÊNCIA MÉDICA REALMENTE PRECISA: AJUDAR AS PESSOAS A GERENCIAR A PRÓPRIA SAÚDE



SAÚDE EM GERAL / 03 Setembro 2018

Finalmente, a assistência de saúde que, de forma geral, tem se mantido imune às forças da inovação disruptiva, está começando a mudar. Ao perceberem o potencial para melhorar a saúde com estratégias simples de atendimento primário, alguns dos maiores atores incumbentes estão convidando os novos ingressantes a focar no empoderamento dos consumidores em seus ecossistemas, altamente regulamentados, reduzindo os custos.

Essa mudança já devia ter sido feita há muito tempo. Embora as novas tecnologias, concorrentes e modelos de negócio tenham tornado os produtos e serviços mais acessíveis em mídia, finanças, varejo e outros setores, a assistência médica nos EUA continua cada vez mais cara. Ela é agora, de longe, o sistema per capita mais caro do mundo, cerca de duas vezes o custo no Reino Unido, Canadá e Austrália, em especial quando se considera que doenças crônicas como diabetes e problemas cardíacos atualmente são responsáveis por mais de 80% do gasto total.

Esses custos astronômicos se devem sobretudo à forma como a concorrência opera no sistema de saúde americano. Os empregadores e as operadoras de saúde — não o consumidor final — decidem o tipo de assistência médica que eles pagarão. Grandes hospitais e clínicas médicas, por sua vez, competem como se estivessem numa corrida armada para atrair os consumidores, acrescentando avançados equipamentos de diagnóstico, ou novas alas cirúrgicas como diferencial, elevando os custos.

Na maioria dos setores empresariais, a inovação é desenvolvida por startups. No entanto, quase toda a inovação disruptiva na assistência médica custeada desde 2000 tem sido para sustentar o modelo de negócio da indústria, e não inová-la. Nossa análise, baseada na Pitchbook Data, mostra que foram despejados mais de US\$ 200 bilhões em capital de risco na área de assistência médica. Principalmente em biotecnologia, fármacos e dispositivos em que os avanços normalmente tomam o atendimento mais sofisticado — e caro. Menos de 1% desses investimentos foi alocado para ajudar os consumidores a desempenhar um papel mais ativo no manejo da própria saúde — área propícia para abordagens disruptivas.

## **ABORDAGEM DO SER INTEGRAL**

Um dos grandes incumbentes que se tornaram mais receptivos à inovação disruptiva é a gigante de seguros Humana. Ela formou uma parceria com a startup lora Health, com sede em Boston. Criada pelo médico empreendedor Rushika Fernandopulle, a lora antecipou um modelo disruptivo de atendimento primário da saúde, que utiliza coaches de saúde não médicos, relativamente baratos, para identificar hábitos e estilos de vida não saudáveis dos pacientes e orientá-los a fazer melhores escolhas antes que os problemas de saúde surjam ou se agravem. Desde sua fundação em 2010, a lora captou mais de US\$ 123 milhões em financiamentos e atualmente trabalha com 37 modalidades atendendo 40 mil pacientes em u estados. A lora treina cada um dos coaches de saúde para se tornar o advogado do consumidor, atuando como um zagueiro em atendimento médico continuado, que inclui um médico. Ao visitar uma clínica da lora, o paciente se encontra com o coach para definir uma agenda de saúde antes de consultar o médico. Depois da consulta médica, o coach e o paciente discutem o tratamento para garantir que este cumpra de forma segura as metas de saúde combinadas — por exemplo, adotar novos hábitos saudáveis. O coach funciona então como um elo entre o paciente e a equipe da lora, e cria confiança.

Outro aspecto do modelo da lora é a reunião da manhã, quando toda a equipe de atendimento passa uma hora discutindo o status da saúde dos pacientes da clínica. Como a lora assume o risco financeiro total de seus pacientes — é cobrada uma taxa fixa por paciente por determinado período —, na reunião discutem-se os pacientes prioritários, isto é, os que requerem mais atenção, e o atendimento é direcionado de acordo com suas necessidades.

Com esse objetivo, a lora desenvolveu uma metodologia de “nível de preocupação” que classifica cada paciente numa escala de 1 a 4, de acordo com seu estado de saúde e necessidade de tratamento. Os pacientes com pontuação 4 requerem ações específicas, como atenção imediata de um coach. Se a expectativa para o paciente melhorar, seu nível de preocupação é rebaixado e o fato é comemorado pela equipe.

O modelo da lora produziu resultados espetaculares no gerenciamento de doenças crônicas. Um estudo não publicado realizado pela lora mostrou, por exemplo, que num período de 18 meses a internação hospitalar de pacientes, de um grupo de 1.176 inscritos na lora Medicare, diminuiu cerca de 50%; os atendimentos de emergência foram reduzidos em cerca de 20%; e a despesa média total diminuiu em 12% — isso apesar de o grupo estar mais doente que a média de pacientes do Medicare.

A lora não está sozinha nessa abordagem que foca mais na prevenção da saúde que no tratamento de doenças. Empresas como a Oak Street, Ornada, Docent, ChenMed, WellMed, Mosaic, Aledade e outras tiveram sucesso com modelos disruptivos de equipes de tratamento médico. O que toma os modelos disruptivos — e capazes de conquistar um nicho entre as gigantescas organizações de operadores incumbentes — é a combinação do serviço prestado com o modelo de remuneração (Capitation é o modelo predominante). Qualquer um deles, sozinho, provavelmente não teria êxito.

## **APOIO À DISRUPÇÃO**

As operadoras que pagam pelos serviços e outras organizações inovadoras que prestam serviços de assistência médica utilizaram estratégias similares durante anos. Uma série de programas — da Aetna, CareMore, Dignity Health, Humana, Kaiser Permanente e o programa Advantage, do Medicare — está utilizando coaches em consultas domiciliares para melhorar significativamente a saúde e reduzir custos. Um estudo mostrou que os

provedores que participam do programa Independência em Casa, do Medicare, economizaram, em média, US\$ 1.010 por beneficiário no segundo ano do programa basicamente reduzindo a utilização do hospital.

Outro piloto baseado em equipe de atendimento, o Programa de Prevenção de Diabetes, reduziu o risco dos pacientes desenvolverem a doença, e a economia resultante foi de aproximadamente US\$ 2.650 por beneficiário para o Medicare, num período de 15 meses. O programa ajudou os pacientes a perder, em média, 5% do peso por meio de mudanças na alimentação e de exercícios físicos. O programa é oferecido por grupos de atendimento médico primário, hospitais, centros das ACMs e redes de telemedicina, e os pacientes são atendidos semanalmente, em “sessões de manutenção” de uma hora de duração com os coaches. Embora esse modelo de assistência médica tenha se mostrado eficiente em pequena escala, para ter impacto significativo nos custos e nos resultados em nível nacional, ele precisa atender mais alguns milhões de consumidores. Para atingir essa escala, recomendamos as seguintes estratégias:

Para os prestadores de assistência médica: adotar o modelo de negócio de equipes de atendimento médico continuado. Recomendamos começar com programas-piloto, nos quais hospitais e clínicas assumem o risco financeiro pela saúde dos pacientes. Dessa forma, as equipes de atendimento são incentivadas a ajudá-los a se manter saudáveis.

Para as operadoras e seguradoras: parcerias público-privadas como o Medicare Advantage (na qual as operadoras que visam lucros administram planos pagos pelo governo) se tornaram um mercado bem-sucedido, propício para modelos disruptivos. Recomendamos programas continuados baseados em pilotos como Independência em Casa e o Programa de Prevenção à Diabetes em mercados de seguradoras com financiamento privado.

Para os legisladores: trabalhar para possibilitar novos modelos de atendimento médico que diminuam os custos, incentivando as pessoas, operadoras e prestadores a melhorar o bem-estar, em vez de tratar a doença depois que ela se manifesta. Isso exige promover um mercado robusto de seguro de saúde individual no qual os pagadores recompensam os prestadores por ajudar os pacientes a se manter saudáveis.

Por Clayton M. Christensen, Andrew Waldeck e Rebecca Fogg

**Fonte: Revista Harvard Business Review Brasil – 29/08/2018**