

O Valor do Diagnóstico no Cuidado à Saúde

Marcia Makdisse, MD, PhD, MBA

Prof. Dr. Fred van Eenennaam

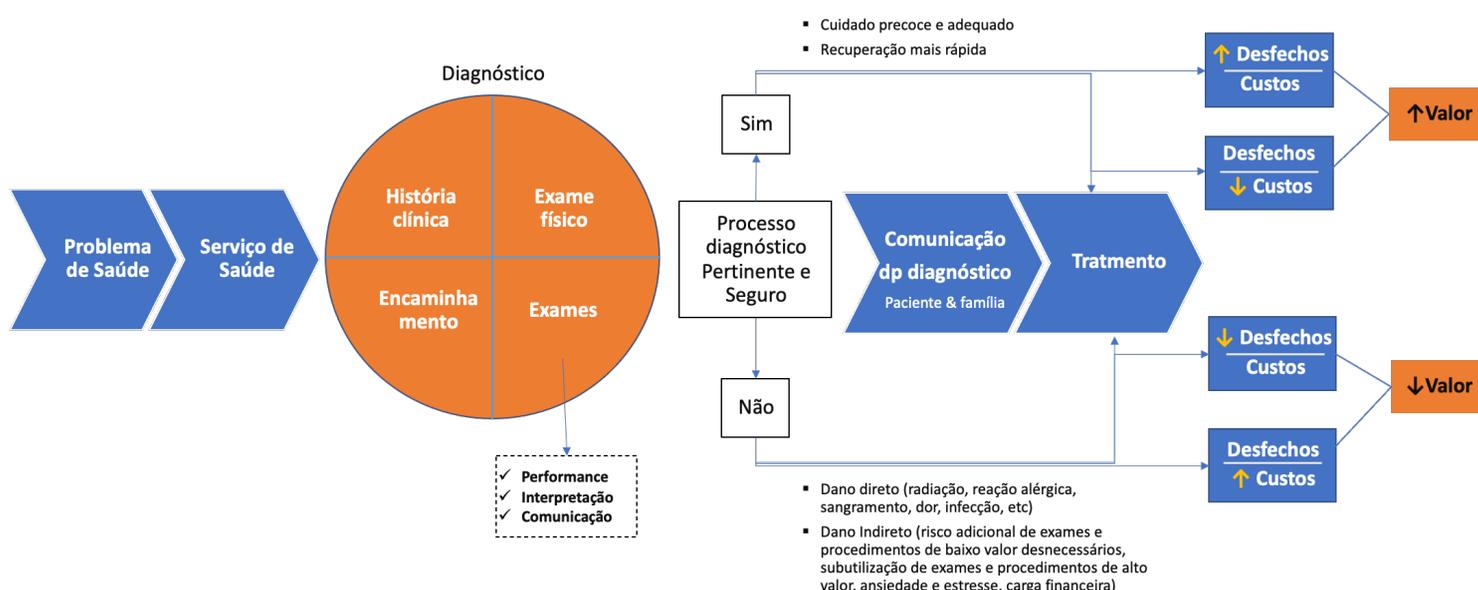
1. O diagnóstico oferece uma grande oportunidade para otimizar o valor para os pacientes em relação aos custos. Poderia explicar por que isso acontece? Qual a importância do diagnóstico na medicina moderna?

O diagnóstico é um componente essencial da cadeia de valor do cuidado e é o elo que faltava para desencadear a próxima onda de criação de um sistema de saúde mais sustentável. Uma vez que o valor é medido com foco nos resultados da assistência, por meio de desfechos e custos ao longo de um ciclo completo de cuidado de uma condição clínica, a importância do diagnóstico tende a ser subestimada em relação ao tratamento cujos efeitos podem ser demonstrados de forma mais direta.

O diagnóstico é um processo complexo desencadeado toda vez que o paciente busca atendimento médico. Essa atividade sofre impacto significativo da experiência clínica, da disponibilidade de tecnologia adequada e da comunicação transparente entre o paciente e o médico e entre os médicos que atuam nas áreas clínica e diagnóstica.

Um processo diagnóstico correto, seguro e em tempo adequado leva a um tratamento precoce e pertinente e melhora o processo de recuperação impactando positivamente os desfechos e os custos ao longo do *continuum* da assistência. Por outro lado, um processo diagnóstico não pertinente ou inseguro, aumenta os custos totais do cuidado e pode provocar dano direto ao paciente, devido às complicações relacionadas aos exames, e danos indiretos, como a sobreutilização de exames e procedimentos de baixo valor, subutilização de exames e procedimentos de alto valor, impacto sobre a saúde mental e sobrecarga financeira (Figura 1).

Figura 1. Processo diagnóstico e sua conexão com *Value-Based Health Care* (VBHC)



Adapted by Marcia Makdisse from the National Academy of Medicine's (NAM) Improving Diagnosis in Health Care.

2. O diagnóstico é visto, em geral, como um item de custo, que resulta em sub ou sobrediagnóstico/tratamento. Quais os passos para se criar um diagnóstico baseado em valor?

Primeiramente, as decisões diagnósticas baseadas em valor deveriam ser guiadas por diretrizes baseadas em evidências contendo critérios de pertinência do cuidado. Elas deveriam ser co-criadas com o time clínico e disponibilizadas durante o atendimento. O *Choosing Wisely* cujo objetivo foi reduzir tratamentos desnecessários pode ajudar na definição dos critérios de pertinência. Sistemas digitais de suporte à decisão clínica, utilizados nas unidades assistenciais, com alertas para os desvios dos protocolos e que permitam ajustes se necessário devido a condições específicas do paciente, e consultas diretas com especialistas em análises clínicas e exames de imagem, podem melhorar a seleção e a interpretação dos exames. Em segundo lugar, a colaboração e a comunicação entre o time clínico e o time diagnóstico deveria ser incentivada, tornando-os parte do time do cuidado. Em terceiro lugar, a comunicação efetiva com o paciente e família para permitir a tomada de decisão compartilhada. E finalmente, monitorização rotineira e *feedback* periódico para o time clínico sobre padrões de solicitação de exames, desfechos e custos, para criar um ambiente de aprendizagem e estimular a responsabilização conjunta pelos desfechos.

3. Diz-se que é difícil medir o valor do diagnóstico. Você acha que VBHC pode contribuir com o diagnóstico para aumentar o valor para os pacientes? Pode dar alguns exemplos?

Certamente. Para otimizar o valor, o diagnóstico deveria estar integrado às linhas de cuidado baseadas em evidências e ser conduzido por um time multidisciplinar focado na pertinência do cuidado e na tomada de decisão compartilhada, que considerem as necessidades do paciente. Isso está alinhado com as unidades de prática integrada (UPIs) da Agenda de Valor. Um bom exemplo é a UPI do Instituto Músculo-esquelético da *Dell Medical School*, Universidade do Texas, Austin, USA. Uma abordagem multidisciplinar, baseada em critérios de pertinência, para pacientes com osteoartrose de quadril e joelho levou, em apenas 18 meses, a melhora funcional nos grupos cirúrgicos e

clínicos e a queda de 25% na taxa de cirurgia eletiva. Por outro lado, há subutilização de intervenções de alto valor, como é o caso da busca ativa de pacientes com fibrilação atrial (FA) que reduz o risco de AVC. Dados de uma metanálise de 25 estudos mostrou que o rastreamento realizado de forma organizada, por médicos da atenção primária, foi mais efetivo do que o rastreamento oportunístico e que a maioria dos pacientes que desconheciam ser portadores de FA estavam sob alto risco tromboembólico e, portanto, eram candidatos ao tratamentos com anticoagulantes. Esse estudo chamou atenção para o fato de que o processo de rastreamento e diagnóstico organizado foi mais relevante para criar valor do que as soluções tecnológicas usadas para avaliar o ritmo cardíaco.

4. O Diagnóstico pode ser visto como a rota que o paciente ‘percorre’ pelo hospital. Você pode definir as métricas necessárias para estabelecer essa rota e um diagnóstico de alta qualidade?

As métricas tradicionais utilizadas para avaliar a qualidade do diagnóstico estão focadas na otimização dos processos e não nos desfechos. Embora entregar um “diagnóstico de alta qualidade” possa ser visto como um desfecho em si mesmo, isoladamente pode não criar valor para os pacientes se estiver desconectado de um modelo de cuidado que permita a continuidade da assistência por meio de intervenções oportunas e efetivas que, por sua vez, produzirão um impacto positivo sobre os desfechos dos pacientes. Um artigo conceitual sobre Radiologia baseada em valor publicado pelo Grupo de Trabalho em Imagem Baseada em Valor da *European Society of Radiology* (ESR), propôs cinco passos processuais para endereçar os seguintes fatores-chave:

1. Pertinência das solicitações,
2. Atenção às medidas de proteção contra radiação,
3. Características dos relatórios (correto, completo, bem compreensível, estruturado e usado corretamente),
4. Relacionamento entre os pacientes e o time da radiologia e
5. Educação profissional continuada, pesquisa e inovação.

A pertinência das solicitações de exames, definida como “disponibilizar o exame correto ao paciente correto, no momento correto e com a indicação clínica correta” é considerada, em termos de definição de valor, uma das contribuições mais importantes do radiologista para o bem-estar do paciente. O documento também sugere algumas métricas que devem ser medidas em cada uma dos cinco passos.

Ligeiramente diferente, mas complementar a essas cinco etapas, o artigo de *von Stackelberg* sobre Radiologia baseada em valor traz as cinco categorias consideradas mais relevantes na prática diária da radiologia:

1) Pertinência do exame de imagem, 2) Agendamento e preparação do paciente e adesão aos protocolos, 3) métricas operacionais e 4) reporte dos resultados e 5) comunicação. O autor também sugere algumas questões importantes relacionadas aos efeitos induzidos pelos exames de imagem sobre os desfechos, como por exemplo se o médico solicitante considerou úteis as informações do laudo do exame, se os resultados do exame de imagem mudaram o diagnóstico ou o tratamento, se o uso do exame de imagem eliminou a necessidade de procedimentos mais invasivos ou mais caros, se o uso de exame de imagem reduziu o tempo de internação e a taxa de complicações, e se impactou na satisfação do paciente e do médico solicitante.

A Hierarquia de Métricas de Desfechos, de Porter, está focada principalmente na fase de tratamento, presumindo-se que um diagnóstico já foi feito, e a fase diagnóstica é medida apenas em relação à desutilidade ou danos causados quando os exames são realizados de forma inadequada ou insegura (Nível 2) e não em relação ao valor agregado do diagnóstico.

A Tabela 1 lista alguns métricas que poderiam ser usadas para medir a qualidade do diagnóstico.

Tipe	Dimensão	Métricas
Processo	Pertinência da solicitação dos exames	Adesão aos critérios de pertinência baseados em evidência para condições clínicas específicas (ex: Critérios de pertinência para <i>screening</i> de deficiência de vitamina D ou Critérios de pertinência para exames de imagem para cefaléia não complicada) Adesão à ferramenta de Suporte à Decisão Clínica Taxa de exames redundantes
	Segurança do paciente	% de uso de protocolos de proteção contra a radiação Reporte de dados de todas as exposições para um Registro de índice de dose de radiação
	Adesão aos Protocolos	Taxa de adesão aos protocolos ou limites de radiação
	Qualidade do Laudo	Adesão aos critérios de achados incidentais do <i>American College of Radiology (ACR)</i> Adesão ao uso de vocabulário padronizado Tempo entre a solicitação e o laudo Tempo entre o término do exame e a análise do laudo Acurácia do laudo diagnóstico final Taxa de discrepâncias/erros Disponibilidade de laudos estruturados para condições específicas Número de reuniões formais entre radiologistas e outros especialistas Número de casos discutidos entre radiologistas e outros especialistas % casos com mudanças significativas no tratamentos após consulta direta % exames laudados por subespecialistas em condições clínicas específicas
	Comunicação	Tempo até a disponibilização do laudo para o paciente Tempo até fechar o ciclo de reporte de resultados críticos Facilidade de acesso do paciente ao laudo Porcentagem de pacientes que receberam e aderiram às instruções de preparo para os diferentes tipos de exames
Experiência	Paciente	Pesquisa de experiência do paciente que inclui aspectos de acesso, comunicação e coordenação do cuidado
	Médico solicitante	Satisfação do médico com o laudo e com a interação com o time diagnóstico
Desfechos	Dano direto	Taxa de complicações
	Dano indireto	Taxa de exames e procedimentos desnecessários desencadeados por um processo diagnóstico não pertinente (condição-específica)
	Impacto do exame sobre o tratamento	Taxa de exames cujos resultados mudaram o diagnóstico ou o tratamento Taxa de exames que eliminaram a necessidade de procedimentos mais invasivos ou mais caros
Custos	Drivers de custo	Custos dos exames redundantes
		Custos das complicações relacionadas ao diagnóstico
		Custos dos exames e procedimentos desnecessários desencadeados por um processo diagnóstico não pertinente (condição-específica)

5. Que conselho você daria aos médicos em relação ao diagnóstico? Você crê que outros stakeholders também deveriam ser envolvidos?

O diagnóstico é um esforço colaborativo. Demanda interação próxima entre os *stakeholders* e um pensamento sistêmico quanto ao papel de cada um no ciclo completo de cuidado, começando pela pertinência da solicitação do exame até seu impacto sobre as decisões e os desfechos. Portanto, a atenção aos critérios baseados em evidências e à comunicação são os principais determinantes da criação de valor.

6. Além da criação de valor para o paciente, poderia dar sua visão sobre a tomada de decisão estratégica e a redução dos custos com relação ao processo diagnóstico e VBHC?

A intensidade e o volume do uso dos serviços são os principais *drivers* do aumento dos gastos com saúde. Em um sistema fragmentado, onde o diagnóstico não está integrado às linhas de cuidado e o pagamento está atrelado ao volume, os desperdícios relacionados à sobre ou subutilização dos exames, continuarão sendo a regra. A redução dos custos associados ao uso inadequado dos exames não ocorrerá por meio de iniciativas focadas apenas em melhorar eficiência operacional e processos. Uma nova abordagem multidisciplinar integrada, proposta por VBHC, é fundamental para reduzir o desperdício gerado pela solicitação e interpretação inadequadas dos exames.

Como liberar o potencial do processo diagnóstico:

1. Compreenda o valor do diagnóstico

Como tomar uma decisão precisa de investimento ou pagamento na área diagnóstica sem saber o que acontece com as informações ao longo do ciclo completo de cuidado? A confusão generalizada sobre o que é o processo diagnóstico e o que ele entrega, em geral, resulta em decisões imprecisas sobre remuneração e investimento. Em sua essência, o diagnóstico fornece informações e, dependendo de como essas informações são aplicadas, o valor é criado. É como comprar um carro e olhar apenas para os custos e não se o carro atende as necessidades e propósitos pretendidos. Obter uma boa compreensão do diagnóstico e onde o valor é entregue, em sua organização, será o primeiro passo para liberar todo o potencial do processo diagnóstico.

2. Não meça o valor do diagnóstico da mesma forma que mede o valor do tratamento

O tratamento cura as pessoas, o diagnóstico não. O diagnóstico melhora o tratamento. Isso significa que o diagnóstico não tem valor? Significa que o valor é diferente e deveria ser medido de maneira diferente. A medição do valor do diagnóstico deveria se basear no impacto causado sobre o tratamento. Ter uma boa visão dos custos do diagnóstico e da mensuração estrutural do valor criado trará à você e à organização as informações para tomar decisões relacionadas ao diagnóstico.

3. Invista em um melhor diagnóstico e avalie produtos “*me too*”

Em muitos casos, o custo do diagnóstico se baseia em ferramentas ou processos de diagnóstico obsoletos. Como a tecnologia mais recente nem sempre é a preferida, é necessária uma análise transparente para determinar a melhor aquisição, evitando comprar produtos desnecessários do tipo “*me too*”, ou seja, adquirir um produto apenas por que outros já adquiriram. A tomada de decisão racional deve prevalecer sobre a vontade de ter a tecnologia mais recente.

4. Quebre as barreiras organizacionais

Os benefícios do diagnóstico, em geral, refletem-se em outros departamentos onde estão alocados os custos. Exames descentralizados estão relacionados a uma tendência de qualidade do cuidado. Exames *point-of-care* (POC) tem emergido como uma ferramenta diagnóstica e de avaliação do paciente mais eficiente. Todos nós sentimos o impacto do envelhecimento da população e a carga crescente da gestão de doenças crônicas. No entanto, o atual sistema de pagamento e orçamentação baseado em unidades organizacionais irá bloquear qualquer melhoria real e não será a resposta, no longo prazo. O caminho será adotar a perspectiva do valor gerado ao longo de ciclos completos de cuidado.

5. Use a Economia da saúde para tomar decisões de pagamento, quando necessário

Tomar decisões de pagamento com base em extensos estudos econômicos é necessário para os dispositivos diagnósticos nos quais há dúvida sobre seu valor agregado. Nestes casos, um modelo de pagamento temporário pode ser oferecido com base em um estudo minucioso. No entanto, o pagamento pelos serviços diagnósticos nem sempre é tão complicados. Os serviços que têm um claro valor agregado podem ser avaliados muito mais rapidamente. Os que não têm valor agregado podem ser rapidamente rejeitados para que a indústria direcione seus esforços para entregar produtos que realmente agreguem valor.

In-house education

HEALTH 

SEMINAR SERIES 

CORPORATE GOVERNANCE 

STRATEGY 

LIFE SCIENCES 

More info
info@thedecisioninstitute.org

Impacto do diagnóstico nas decisões

Drivers de Valor

Explicação

CLÍNICO

NÍVEL I

Impacto sobre o tratamento

> Efetividade do tratamento

> Eficiência do tratamento

> Impacto sobre a efetividade do tratamento (ex: fazer certo na primeira vez, adesão ao tratamento)

> Impacto sobre a eficiência do tratamento (ex: tempo de permanência, redução dos movimentos do paciente/especialistas)

NÍVEL II

Impacto sobre o diagnóstico

> Efetividade do diagnóstico

> Eficiência do diagnóstico

> Impacto sobre a efetividade do diagnóstico (ex: fazer certo na primeira vez, seleção dos exames diagnósticos de seguimento)

> Impacto sobre a eficiência do diagnóstico (ex: tempo até o diagnóstico, tempo gasto no diagnóstico)

NÃO CLÍNICO

NÍVEL III

Impacto não clínico

> Planejando valor

> Valor para o usuário

> Impacto das escolhas no planejamento de vida (ex: trabalho, planejamento financeiro, reprodução, saber que está saudável)

> Impacto na experiência do processo diagnóstico (ex: facilidade de uso, automação, visitas necessárias)

Hierarquia do Valor do Diagnóstico. The Decision Group ©

Referências:

1. *Improving Diagnosis in Health Care*. In: Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press, 2015.
2. Bergl PA, Wijesekera TP, Nassery N, Cosby KS. Controversies in diagnosis: contemporary debates in the diagnostic safety literature. *Diagnosis (Berl)*. 2020 Jan 28;7(1):3-9. doi: 10.1515/dx-2019-0016. PMID: 31129651.
3. European Society of Radiology (ESR). ESR concept paper on value-based radiology. *Insights Imaging*. 2017;8(5):447-454. doi:10.1007/s13244-017-0566-1
4. Pennestrì F, Banfi G. Value-based healthcare: the role of laboratory medicine. *Clin Chem Lab Med*. 2019 May 27;57(6):798-801. doi: 10.1515/cclm-2018-1245. PMID: 30738014.
5. Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editors. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Dec 29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
6. Wurcel V, Cicchetti A, Garrison L, Kip M, M, A, Koffijberg H, Kolbe A, Leeftang M, M, G, Merlin T, Mestre-Ferrandiz J, Oortwijn W, Oosterwijk C, Tunis S, Zamora B: *The Value of Diagnostic Information in Personalised Healthcare: A Comprehensive Concept to Facilitate Bringing This Technology into Healthcare Systems*. *Public Health Genomics* 2019;22:8-15. doi: 10.1159/000501832
7. Baird, Geoffrey S. *The Choosing Wisely initiative and laboratory test stewardship*. *Diagnosis*, vol. 6, no. 1, 2019, pp. 15-23. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0045>.
8. Andrawis JP, McClellan M, Bozic KJ. Bundled payments are moving upstream. *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/bundled-payments-upstream-musculoskeletal-institute>. Published February 26, 2019. Accessed February 16, 2021.
9. Koenig K, Ring D. Specialty Care for the Underserved. *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0221>. Published March 28, 2018. Accessed February 16, 2021.
10. Petryszyn P, Niewinski P, Staniak A, et al. Effectiveness of screening for atrial fibrillation and its determinants. A meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213198. Published 2019 Mar 20. doi:10.1371/journal.pone.0213198
11. von Stackelberg Y. Value-Based Radiology. *Hospital Healthcare Europe*. <https://hospitalhealthcare.com/latest-issue-2018/value-based-radiology/>. Published 2018 Oct 18. Accessed February 17, 2021.
12. The Quality Improvement Working Group, National Radiology Quality Improvement Programme, Faculty of Radiologists, RCSI Guidelines for the Implementation of a National Radiology Quality Improvement Programme - Version 3.0. <https://www.radiology.ie/images/uploads/2012/05/National-Radiology-QI-Guidelines-V31.pdf>. Published in 2015. Accessed February 17, 2021.