

Gestão de Saúde Health Management

O difícil equilíbrio entre o aumento da expectativa de vida e dos custos com a saúde
Striking a difficult balance between rising life expectancy and increasing health costs



Texto / Text:
Rildo Silva

MDS BRASIL

DIRETOR DE BENEFÍCIOS

BENEFITS
MANAGING DIRECTOR

A Saúde é um tema complexo e apaixonante. O que conhecemos como saúde tem a capacidade de nos mobilizar pessoalmente. Contudo existe atrás desse tema uma miríade de informações e interrelações.

Observamos que o simples tema aumento da expectativa de vida tem, entre outras, explicação no desenvolvimento científico que permeia as novas tecnologias médicas. Esse desenvolvimento é retroalimentado pelo seu próprio benefício – o aumento da expectativa de vida – e também por nossa vontade de ter saúde.

A consequência – custos elevados para manter a vida saudável ou a qualidade de vida, e dificuldade de financiamento.

Como resolver o impasse sem perder o que já se ganhou?

“Há acúmulo de água, o paciente tem febre e tosse, a respiração está acelerada, os pés estão edematosos, as unhas tem aspecto encurvado e o paciente sofre como se tivesse pus em seu interior. Tudo isso é sinal de cronicidade com menor gravidade. Podemos saber se trata de pus ou água, aplicando o ouvido ao peito e, caso se trate de água, serão ouvidos estertores.”

Hippocrates - A História da Medicina -
- Lyons e Petrucelli (1997)

Health is a complex, passion-driven subject. What we now call health moves us on a personal level. The theme comes with myriad information and interrelationships.

We've noted in the past how the increase in life expectancy can be explained by (among other root causes) the scientific development that permeates new medical technology. Such development is fueled in turn by the benefits it generates – which reflect on increased life expectancy – and also by a personal wish for good health.

As a consequence, we face the high cost of maintaining a healthy life or healthful living standards, and financing difficulties.

How can we solve this problem without giving up on past gains?

“There is a buildup of water, the patient coughs and runs a fever, breathing is quick and shallow, and his feet present edemas; toenails appear curved and the patient suffers as if he had pus in his body. All of this signals a chronic condition of minor seriousness. One may ascertain whether it is pus or water by putting one's ear to the patient's chest and, should water be present, rumblings will be heard.”

Hippocrates - The History of Medicine -
- Lyons and Petrucelli (1997)

Expectativa de Vida *Life Expectancy*

A expectativa de vida da população mundial saltou de 48 anos em 1955 para 68 anos em 2009 (WORLD HEALTH STATISTICS 2011 - WHO) e espera-se que atinja, em 2025, 73 anos de vida.

Dados de 2009 mostram que 19 países têm expectativa de vida média acima de 80 anos.

Life expectancy for the world's population soared from 48 years in 1955 to 68 in 2009 (WORLD HEALTH STATISTICS 2011 - WHO) and is expected to reach 73 years by 2025.

2009 data show that 19 countries already boast a mean life expectancy above 80 years.

Expectativa de vida ao nascer/ Life expectancy at birth

1955	1990	2000	2009	2025
48 anos/years	64 anos/years	66 anos/years	68 anos/years	73 anos/years *

* Projeção/Estimate

A explicação para esse aumento na expectativa de vida reside em alguns fatores:

1. Desenvolvimento sócio econômico;
2. Desenvolvimento de melhores condições sanitárias, tratamento de esgoto e melhora da qualidade da água;
3. Criação e expansão de serviços de saúde, novas terapias, novos meios diagnósticos, expansão de procedimentos existentes para tratamento de novas doenças, novos processos de atendimento entre outros itens. Esses itens são frequentemente englobados no termo mais amplo “tecnologia médica”. Muito embora esse termo possa designar mais frequentemente novos materiais médicos, o termo geral serve melhor ao propósito deste trabalho.

Os itens desenvolvimento econômico e condições sanitárias são afeitos a redução da mortalidade por doenças infecciosas. De modo geral estão relacionados a políticas públicas de saúde com forte conotação preventiva.

Por outro lado o desenvolvimento tecnológico está presente em:

- quase todos os campos da medicina – especialidades médicas, prestadores de serviços, planos e seguros de saúde, empresas de pesquisa médica, formuladores de políticas públicas de saúde, entre outros.
- as fases do “adoecer” – desde o *screening* em saudáveis e pesquisas diagnósticas até os cuidados paliativos em doentes terminais
- e todas as idades – desde antes do nascimento – ultra-som obstétrico a cirurgias intra uterinas – até os idosos – tratamento de doenças crônicas.

Assim um único indicador – expectativa de vida – analisado sob uma única ótica – saúde – e dentro desta ótica uma única lente – a inovação tecnológica – demonstra a dimensão da complexidade do tema Gestão de Saúde.

A Tecnologia em Saúde *Technology in Healthcare*

É inegável que o avanço tecnológico é um fator importante dentro da inovação no diagnóstico e tratamento de doenças. Vejamos um exemplo:

As doenças coronárias são responsáveis por 7,2 milhões de mortes no mundo por ano (**The Atlas of Heart Disease and Stroke – WHO**). Em curto espaço de tempo passou de uma doença fatal para uma doença perfeitamente tratável variando de tratamentos cirúrgicos até os menos invasivos. A taxa de mortalidade por ataque cardíaco, nos Estados Unidos, caiu de 345.2 para 186.0 por 1.000 pessoas, entre 1980 e 2000 (The value of investment in health care – American Hospital Association – jan/2004).

A redução da mortalidade por doenças cardíacas passou pelo desenvolvimento de novos medicamentos, leitos de alta complexidade – especializados para doentes cardíacos – novos procedimentos médicos – cirurgia de implante de pontes (safenas e/ou mamas), angioplastia – e uso de novos materiais – *stents* metálicos recobertos com medicamentos.

Um dos tipos de tratamento, que seria finalmente a angioplastia coronária envolveu o desenvolvimento de fios guias mais flexíveis, balões mais resistentes, novas funcionalidades tais como possibilidade de injeção de contraste e monitoramento da pressão de enchimento do balão. Por fim a própria técnica de angioplastia foi complementada pelo uso de *stents* que passaram de simples mantenedores da permeabilidade da artéria coronária para *stents* recobertos por medicamentos que minimizam o impacto da reestenose desses vasos. Atualmente existem diversos tipos de medicamentos

This increase in life expectancy can be found in the following factors:

1. Socioeconomic development;
2. Better sewage and sanitation; general improvement of water for human consumption;
3. Creation and expansion of healthcare services, new therapies, new diagnostic tools and processes, development of existing procedures for treatment of new conditions, new customer service procedures and other innovations. These items are often included in the more general term, “medical technology.” Although the term is more often employed to name new medical materials or equipment, it’ll best serve the purpose of this article as a general term.

The items, economic development and sanitary conditions, lead to reduced mortality from infectious disease. These most often stem from public health policies with a strong emphasis on prevention.

Technological development is present in:

- Almost every field of medicine – medical specialty care, service providers, health plans & health insurance, medical research & clinical trial companies, public health policymakers, among others.
- The stages of “getting sick” – from screening healthy patients and medical diagnosis up to palliative care for terminal patients.
- Every age group, beginning with pre-birth stages – ultrasound scanning to intrauterine surgery and ending with the elderly – care for chronic conditions.

Therefore, a single indicator, life expectancy, analyzed under the lens of one primary concern, health, and under an even narrower scope, that of technological innovation, demonstrates just how complex the topic of Health Management can be.

No-one will deny that technological development is an important factor in diagnostic and treatment innovations. Let us consider an example:

Coronary diseases are responsible for 7.2 million deaths in the world every year (**The Atlas of Heart Disease and Stroke – WHO**). In a short period of time, heart disease went from untreatable to treatable, with a range of surgical treatments available to patients, which became less and less invasive. The death rate from heart attack in the United States dropped from 345.2 to 186.0 for each 1,000 individuals between 1980 and 2000 (The value of investment in health care – American Hospital Association – Jan/2004).

The drop in death rates from heart disease owes much to the development of new medicines, highly complex beds for specialty care of patients with heart conditions, new medical procedures such as bypass implant surgery (saphenous and/or mammary), angioplasty, and the use of new materials, such as drug-coated metal stents.

One kind of treatment, coronary angioplasty, required the development of more flexible guiding catheters, more resistant balloons and new functional possibilities such as contrast injections and monitoring of balloon pressure. Finally, angioplasty was supplemented by the use of stents, which became more than simple maintainers for coronary artery permeability – stents are now drug-coated, and this minimizes the impact of restenosis on such blood vessels. Currently, there are several kinds of drug coating available for stents (The unblocking of the coronary arteries: origins of angioplasty, *European Heart Journal* (2009) 30, 1421-1428; The Evolution of stents: past, present and future, *Expert Rev Cardiology Ther* (2009) 7 (5), 443-446;

recobrando esses stents (The unlocking of the coronary arteries: origins of angioplasty, *European Heart Journal* (2009) 30, 1421-1428; The Evolution of stents: past, present and future, *Expert Rev Cardiology Ther* (2009) 7 (5), 443-446; Interventional Treatment of Coronary Heart Disease and Peripheral Vascular Disease, *Circulation* 2000, 102:IV-81-IV-86;

Interventional Treatment of Coronary Heart Disease and Peripheral Vascular Disease, Circulation 2000, 102:IV-81-IV-86;

Again we see how the growing complexity of knowledge is applied to medicine. Such development does increase health costs.

Novamente podemos observar a complexidade do desenvolvimento do conhecimento e sua aplicação na medicina. Um impacto desse desenvolvimento é o aumento do custo em saúde.

História parcial do desenvolvimento da angioplastia

A brief look at the history of angioplasty

1953			Início das Angiografias <i>Early angiography</i>
1963	Charles Theodore Dotter (1920 - 1985)	Cateter Percutaneo para exame contrastado <i>Percutaneous catheter for contrast exam</i>	Paciente apresentava estenose da artéria renal <i>Patient presented stenosis of renal artery</i>
1964	Melvin Judkins e Dotter	Fio Guia e Cateter rígido coaxial de polietileno <i>Guiding thread and hard coaxial polyethylene catheter</i>	Primeira dilatação transluminal da artéria poplítea com reversão da estenose evitando amputação de perna de uma senhora de 82 anos <i>First transluminal dilatation of the popliteal artery with reversion of stenosis, avoiding amputation of the leg of an 82-year-old lady</i>
1973	Andreas Gruetzig	Cateter com balão periférico <i>Catheter with peripheral balloon</i>	Angioplastia de artéria femoral <i>Angioplasty of femoral artery</i>
1975/76	Schneider and Cook Company	Cateter possibilitou a monitoração da pressão e injeção de contraste, além da diminuição do tamanho <i>Catheter made it possible to monitor pressure and contrast injection, in addition to reduced size</i>	
1977	Andreas Gruetzig e R. Myler	Cateter Rígido de Teflon e Balão de Polivinil <i>Hard Teflon catheter and polyvinyl balloon</i>	Primeira angioplastia coronária intra operatória e primeira angioplastia coronária em uma pessoa consciente <i>First intraoperative coronary angioplasty and first coronary angioplasty on conscious patient</i>
1986	Jacques Puel		Primeiro implante de Stent Coronário <i>First implant of coronary stent</i>
2002			Aprovação do uso de Stents Coronários recobertos com medicamentos <i>Use of drug-coated coronary stents approved</i>

Custo em Saúde

Health Costs

O *gasto per capita* em saúde no mundo era US\$ 854,00 em 2008 contra US\$ 458,00 em 2000. Desse total os governos eram responsáveis por 60% das despesas ante 40% das entidades privadas. Interessante notar que em 2000 os governos eram responsáveis por 56% do gasto com saúde. (WORLD HEALTH STATISTICS - 2011 - WHO)

In 2008, per capita health costs in the world were US\$ 854,00 against US\$ 458,00 in the year 2000. Of that total, governments bore 60% of expenses, private organizations bore 40%. It is interesting to note that, in the year 2000, governments were responsible for 56% of health expenditures. (WORLD HEALTH STATISTICS - 2011 - WHO)

Os prêmios médios individuais cresceram 147% em 13 anos, saindo de US\$ 2.196,00 em 1999 para US\$ 5.429,99 nos Estados Unidos. (Employer Health Benefits - 2011 - The Kaiser Family Foundation - AND -Health Research & Educational Trust)

Individual medical premiums grew by 147% in 13 years, from US\$ 2,196,00 in 1999 to US\$ 5,429,00 in the United States. (Employer Health Benefits - 2011 - The Kaiser Family Foundation - AND -Health Research & Educational Trust)

O custo estimado de gasto direto (médicos, hospitais, medicamentos e materiais) com doença cardíaca nos Estados Unidos em 2007 foi de 82.2 bilhões de dólares (Heart Disease and Stroke

Estimated direct cost (on doctors, hospitals, medicine and supplies) for heart disease in the United States in 2007 rose to 82.2 billion dollars

Statistics--2011 Update : A Report From the American Heart Association Circulation 2011, 123:e18-e209).

Essa variação de custo em saúde tem sido sistematicamente maior que em outras áreas da economia. Desde 1970 o crescimento nos Estados Unidos se deu a uma taxa de 9,8% (média anual) ou 2,5 pontos percentuais maior que o crescimento do produto interno bruto americano.

Além dos Estados Unidos, observamos em diversos países um percentual maior do produto interno bruto empregado no custeio da saúde.

(Heart Disease and Stroke Statistics-2011 Update: A Report From the American Heart Association Circulation 2011, 123:e18-e209).

The variation in health costs has systematically achieved larger volumes than other economic sectors. Average annual growth for such costs has been 9,8% in the US since 1970, which is 2,5 points above the growth of GDP in the US.

Outside the United States, other countries have also devoted a larger percentage of their GDP to health expenditures.

**Percentagem do PIB gasto em saúde (por países e ano)
Percentage of GDP spent on health (per country, per year)**

	Canada	Chile	France	Germany	Italy	Japan	Mexico	Portugal	Spain	United Kingdom	United States
1990	8,868	0	8,365	8,288	7,706	5,897	4,403	5,696	6,531	5,884	12,361
1991	9,561	0	8,617	..	7,942	5,939	4,743	6,241	6,732	6,318	13,081
1992	9,833	0	8,867	9,588	7,985	6,204	5,091	6,426	7,071	6,793	13,393
1993	9,714	0	9,331	9,584	7,877	6,483	5,279	6,714	7,389	6,815	13,68
1994	9,371	0	9,285	9,788	7,606	6,76	5,285	6,744	7,271	6,831	13,58
1995	9,034	5,33	10,37	10,08	7,257	6,897	5,15	7,529	7,445	6,831	13,705
1996	8,823	5,8	10,37	10,378	7,378	7,049	4,678	7,805	7,463	6,844	13,666
1997	8,786	5,917	10,229	10,217	7,655	6,992	4,804	7,793	7,334	6,605	13,561
1998	9,038	6,396	10,126	10,231	7,727	7,284	4,89	7,714	7,319	6,655	13,581
1999	8,903	6,58	10,147	10,267	7,789	7,549	5,102	7,955	7,316	6,891	13,584
2000	8,844	6,618	10,072	10,286	8,063	7,707	5,071	9,319	7,211	7,01	13,664
2001	9,317	6,752	10,2	10,415	8,213	7,929	5,452	9,285	7,239	7,236	14,333
2002	9,599	6,733	10,522	10,638	8,338	7,983	5,624	9,323	7,251	7,56	15,155
2003	9,781	7,458	10,887	10,843	8,346	8,128	5,782	9,765	8,174	7,764	15,667
2004	9,775	7,064	11,006	10,602	8,654	8,081	5,976	10,082	8,209	7,99	15,714
2005	9,825	6,91	11,101	10,725	8,94	8,217	5,871	10,39	8,286	8,241	15,745
2006	9,825	6,622	11,043	10,577	9,017	8,188	5,684	10,069	8,357	8,476	15,827
2007	10,037	6,898	11,023	10,454	8,683	8,189	5,778	9,994	8,48	8,42	16,017
2008	10,277	7,499	11,104	10,66	9,045	8,5	5,838	10,052	8,957	8,783	16,424
2009	11,412	8,394	11,782	11,612	9,475	...	6,413	0	9,51	9,781	17,381
Variação (1990/2009)	29%	57%	41%	40%	23%	44%	46%	76%	46%	66%	41%

<http://stats.oecd.org/index.aspx>

Outra dimensão desta análise mostra que nem sempre o elevado gasto em saúde está totalmente relacionado a boa qualidade da prestação de serviço. Apesar de controvérsias quanto aos parâmetros utilizados alguns dados mostram variação grande entre a expectativa de vida ao nascer e o gasto em saúde como % do produto interno bruto (**The \$640 Billion Question – Why Does Cost-Effective Care Diffuse So Slowly?** – n engl j med 364;21 nejm.org may 26, 2011).

Acrescente-se a essa análise que existem diferenças de custos para procedimentos iguais em diferentes regiões em um mesmo país com resultados semelhantes ou ainda melhores aqueles de menor custo.

Antes de analisarmos as causas e soluções em discussão atualmente, importante indicar que os principais resultados desse aumento de custo são: falta de tratamento ou medicamento para pessoas doentes, dificuldade de acesso as melhores práticas médicas, tratamento

*Another dimension of this analysis shows that significant health expenditures do not necessarily mean good service provision. Although there is disagreement on the parameters employed, the data show significant variation between life expectancy at birth and expenditure on health as a % of GDP (**The \$640 Billion Question – Why Does Cost-Effective Care Diffuse So Slowly?** - n engl j med 364;21 nejm.org may 26, 2011).*

Let us add that the same procedures will represent different costs from one country to another, maybe even from one intra-national region to another, although less expensive procedures may deliver similar or even better results.

Before we analyze causes and solutions currently under discussion, it is important to note that the main results from cost increases are: lack of treatment or medicine for patients, difficult access to clinical best practices, inadequate treatment or treatment channelled toward conditions with less significant impact on the patients' lives, sharing

inadequado ou desvio de tratamento para condições de menor impacto sobre a qualidade de vida do paciente, compartilhamento do custo com funcionários nos planos empresariais ou aumento de custo maior que aquele possível de ser assumido pelos consumidores, busca de novas fontes de financiamento público para saúde através de aumento de impostos ou transferência de recursos de outras áreas públicas, tentativa de redução de custos pela dificuldade de acesso as melhores práticas médicas.

costs with employees on company health plans or cost increases that consumers cannot afford, the search for new sources of public financing by means of tax increases or transfer of resources from other divisions of the public sector, attempt to cut down costs by making it more difficult to access the best clinical practices.

Percentagem do PIB gasto em saúde e expectativa de vida ao nascer *Percentage of GDP expended on health and life expectancy at birth*

	Japan	Italy	Spain	France	Germany	Portugal	United States
% Produto Interno Bruto gasto com saúde % Gross Domestic Product spent on health	8,5	9,47	8,96	11,1	10,66	10,05	16,42
Expectativa de vida Life Expectancy	82,70	81,80	81,30	81,00	80,20	79,30	78,00

<http://stats.oecd.org/index.aspx>

Causas e possíveis soluções *Causes and possible solutions*

Em função das consequências acima, existe intensa discussão em busca das causas e soluções para o aumento dos custos em saúde. Ela tem-se tornado urgente, especialmente porque há aumento do contingente da população sem acesso a tratamentos de saúde.

Alguns fatores se sobressaem nessas discussões:

- 1 - Serviços médicos voltados para o tratamento e não para a prevenção.
- 2 - Prestação de serviços médicos desnecessários, insuficientes ou ainda ineficientes.
- 3 - Custos elevados na prestação de serviços.
- 4 - Custos administrativos altos.

Os serviços preventivos ficaram muito tempo relegados a melhoria de condições sanitárias. Com o aumento de expectativa de vida da população o foco de atenção passou a estar nas doenças crônicas com modelo centrado no tratamento dessas doenças – sendo as mais frequentes as doenças cardíacas crônicas com origem especialmente na hipertensão arterial, diabetes e obesidade. Estabeleceu-se então a necessidade do diagnóstico precoce dessas doenças ao fim do qual surgiram screenings populacionais.

Contudo mesmo esses screenings estão centrados na busca de doentes para seu tratamento precoce e não em uma ação preventiva. Mesmo esse processo tem sofrido influência da inovação tecnológica e passa por discussão intensa sobre sua eficácia (Over-Diagnosed – Making People Sick in The Pursuit of Health – DR. H. Gilbert Welch – 2011).

Os esforços de melhoria de prevenção (alterar dietas em creches e escolas, propaganda antitabagismo, estímulo à prática de exercício físico, entre outros) concorrem diretamente com o senso comum que é preciso tratar ao invés de prevenir.

A questão da demanda autogerada – a vontade de diagnóstico e tratamento – cria um incentivo positivo que pode propiciar o uso inadequado da tecnologia disponível ou ainda sua superutilização.

Dois mecanismos concorrem para facilitar o uso inadequado ou superutilização: a falta de informação adequada sobre prevenção e

Given the consequences above, there is a heated debate to determine causes and solutions to rising health costs. Such a debate is urgent, as the number of people without access to healthcare is on the increase.

A few factors have come to the fore thanks to such debates:

- 1 – medical services focus on treatment, rather than prevention.
- 2 – rendering of medical services which are unnecessary, insufficient or inefficient.
- 3 – medical services are expensive.
- 4 – high administrative cost.

Preventative services were, for a long time, limited to the improvement of sanitary conditions. With increased life expectancy, the focus shifted to chronic conditions and the prevalent model was centered on treating such conditions – the most frequent among them being chronic heart conditions stemming mostly from high blood pressure, diabetes and obesity. The need to establish early diagnostic methods for such conditions became apparent, and thus arose population screening.

However, such screening focuses on finding patients for early treatment, not on preventative measures. Even that process has been influenced by technological innovation and its efficacy is hotly debated (Over-Diagnosed – Making People Sick in The Pursuit of Health – DR. H. Gilbert Welch – 2011).

Efforts to improve prevention (changing diets in schools and daycare centers, anti-smoking campaigns, advocacy of physical exercise, among others) match the common sense belief that it is better to prevent.

Self-generated demand – demand for diagnosis and treatment – creates a positive incentive that may bolster inadequate use or overuse of available technologies.

Two mechanisms concur to enable inadequate use or overuse: The lack of adequate information on prevention and treatment of conditions available to users and the need for service companies to make money. This means that great investments are made not on specialty or general hospitals, but multi-specialty hospitals, which often compete for new patients by offering diverse options in specialty healthcare and

tratamento de doenças pelos usuários e a necessidade de remuneração das empresas envolvidas na prestação de serviços.

Esse cenário se traduz em grandes investimentos em hospitais não generalistas nem especializados, mas em hospitais coletivos de especialidades, muitas vezes concorrendo entre si na conquista e busca de novos pacientes através da oferta de diferentes especialidades e mais nova tecnologia. Outras vezes para simplesmente atenderem a uma demanda do próprio mercado e continuarem competitivos sem foco na visão integral da saúde de seus usuários. Finalmente especialidades menos demandadas naquela unidade hospitalar devem estar no início da curva de aprendizado com maior necessidade de recursos para a obtenção de um diagnóstico e respectivo tratamento.

Para minimizar os problemas desse ciclo criam-se controles externos: certificados de garantia de qualidade de serviço, auditorias internas e externas, serviços de prestação de contas para governo e para planos de saúde, formulários detalhados para que haja garantia para todos os prestadores de serviços, dupla checagem na contra parte pagadora, entre outros.

Esse custo administrativo é agregado ao custo da prestação de serviço.

the latest technology. Also, hospitals focus only on servicing market demand and staying competitive while they disregard a fully integrated vision of their users' health. Finally, specialties for which demand is lower at a given hospital facility must be at the beginning of a learning curve and elicit more resources for adequate diagnosis and treatment.

To minimize the problems posed by that cycle, external controls are put in place: Service quality certificates, internal and external audits, accountability to government and health plans, detailed forms ensuring warranties from all service providers, double-checks of the payer, and others.

This administrative cost is encapsulated in the cost of services rendered.

A solução para o problema de custos em saúde

The solution to the cost problem in health care

Acreditamos que alguns pontos são importantes na condução desse universo que é comumente chamado de Gestão de Saúde:

1 – O serviço deve ser prestado dentro dos mais rigorosos princípios éticos.

A ética deve nortear desde a escolha do melhor tratamento disponível até os programas de promoção a saúde que efetivamente vão trazer resultados palpáveis a determinado grupo populacional. Somente através de seus princípios os incentivos existentes serão devidamente analisados.

2 – Atenção especial deve ser dada aos extremos das curvas de risco – os casos graves e o programa de promoção a saúde.

Os pacientes com problemas graves de saúde têm grande possibilidade de melhora na qualidade de vida através da indicação das melhores práticas disponíveis em centros especializados no tratamento das doenças que os acometem. Também existem grandes benefícios nos casos fora de possibilidade terapêutica onde o conforto do paciente e do familiar tornar-se o fator importante. Aqui a visão simples da medicina generalista cria um centro aglutinador das informações necessárias a rápida e eficaz tomada de decisão.

Por outro lado os programas de promoção a saúde são importantes para diminuir o risco e o número de pessoas que possam chegar ao extremo grave da curva. Nesse grupo é importante o acompanhamento e conscientização adequados da responsabilidade da pessoa para o acompanhamento de sua própria saúde.

3 – Emprego das técnicas de análise de risco em seguros no âmbito da saúde.

As técnicas de análise de risco ampliam o foco de atenção ao grupo populacional. Ao fazermos isso colocamos no campo da análise o interesse coletivo de determinado grupo como um fator a mais no balançamento da melhor prestação de serviço ao indivíduo.

Apesar da complexidade do problema, esforços pontuais têm a capacidade de alterar esse cenário, apesar de não ser tarefa fácil é perfeitamente possível.

We believe a few items are important in this universe we call Health Management:

1 – Service must be guided by the strictest ethical principles.

Ethics must guide every step, from choosing the best treatment available to health advocacy programs which will in fact bring tangible benefits to a given swath of the population. Only through the lens of principle can existing incentives be properly analyzed.

2 – Special attention must be given to the ends of the risk curve – serious cases and health advocacy programs.

Patients with serious conditions can greatly improve their quality of life if they are treated according to the best available practices in specialty units for the treatment of said patients' conditions. There are also major benefits to cases beyond clinical help, where the patients' and their relatives' comfort becomes the key factor. On this matter, the uncomplicated lens of general medicine creates a hub for all the information necessary to quick, effective decision-making.

Health advocacy programs are important to diminish risk and the number of people who might reach the 'serious' end of the curve. Within that group, people must be adequately monitored and made aware of their own responsibility with regards to their health.

3 – Employment of insurance risk analysis techniques within healthcare.

Risk analysis techniques widen the focus on population segments. By doing that our analysis factors in the collective best interest of a given group in order to determine the best service provision for a given individual.

Although the problem is complex, timely efforts can change things for the best. It is not easy, but perfectly achievable.