

Exemplos de cenários

Exemplo 3:

Scenario analysis of the future of medicines

H Leufkens, F Haaijer-Ruskamp, A Bakker, G Duker

BMJ 1994;309:1137-1140

(disponível em www.bmj.com)

Exercício descritivo de cenários plausíveis e alternativos “in order to be prepared adequately for the future”

“Planning future policy for medicines poses difficult problems. The main players in the drug business have their own views as to how the world around them functions and how the future of medicines should be shaped. In this paper we show how a scenario analysis can provide a powerful teaching device to readjust peoples’ preconceptions”

Método para a elaboração dos cenários:

1. “identification of the “domain of analysis”, which included an extensive portrayal of the topic of interest (the world of medicines in the broadest sense), the external environment in which it functions, and the critical uncertainties relating to it”.
2. “The next step was the identification of current uncertainties and of driving forces – major trends and forces affecting medicines: demographic changes, ongoing internationalisation, scientific and technological development, socioeconomic change, informatics, and consumerism. It was clear, however, that even if these six key forces were to be the only specific determinants of the future, the outcome of their interaction might take quite different and sometimes contradictory forms. For example, there is a growing trust in free market forces, driven by international developments and increasing technological possibilities. In contrast to this, equal access to health care services, containment of costs, and the fear of health hazards often call for more coordination.”

The relative influences of the determinants of the future were captured into two major dimensions (called scenario drivers): one dimension ran from a strong emphasis on free market forces to a strong attachment to coordination and regulation; the second prevailing dimension ran from, at one extreme, great aversion to and fear of medical technology to, at the other extreme, technology being seen as a blessing and the most important, if not the only, tool of value in solving future problems. On the basis of these two dimensions the study team set out four alternative scenarios: “sobriety in sufficiency”, “risk avoidance”, “technology on demand”, and “free market unfettered”.

Features of four different scenarios on future of medicines

Features	Sobriety in sufficiency	Risk avoidance	Technology on demand	Free market unfettered
Coordination	Strong, emphasis on sustained development	Strong, control of risks	Moderate, technology driven	Little, free market driven development
Technology	Moral transition, culture of restraint	Mistrust, strong perception of risks	Technological optimism	Strong consumerist attitude
Health system	Essentials, managed care, solidarity	Chaos, irrational weighing	High tech cure, telemedicine	Competitive, pluralism, inequality
Professional	Protocols, in balance with self care	Defensive medicine, risk avoidance	Centralised clinics, professional dominance	Medical tourism, focus on care self care
Use of medicines	When necessary, focus on natural remedies as well	Drugs are poison	Great trust medicines are cost effective	Consumption orientated, health products
Drug research	Improvement of existing drugs, generic drugs	Crisis, risk avoidance	Beyond frontiers, successful orientation	Line extension, short term

Alguns exemplos de cenários

Cláudia Conceição

Observatório Português de Sistemas de Saúde 2005, www.observaport.org

Exemplo 4:

“Hospital of the Future – hospital care in 2010”

Estudo realizado em 2001 por “Boer & Croon/Public SPACE” para a Associação holandesa de hospitais “Dutch Hospital Association (NVZ)”.

(Disponível em Março de 2005 em www.public-space.com o sumário do estudo e o estudo “Public Space. An exploration of future hospital care in 10 countries. Amsterdam, 2001”)

O estudo procura responder às seguintes perguntas “Como será o hospital do futuro? Como é que as alterações demográficas, a inovação tecnológica e a abertura dos sistemas nacionais de saúde à influência das leis europeias afectarão a organização do hospital e as forças a que está sujeito?”

“Baseado na análise de tendências consideradas relevantes (ver abaixo) e à realização de um estudo em 10 países definiram-se quatro percursos estratégicos, que não se excluem mutuamente, para a mudança da organização hospitalar:

- **Alianças:** O que necessita de ser reforçado é que é o processo de tratamento e recuperação do doente que é o princípio orientador e não a data de entrada e saída do hospital: o hospital é, frequentemente, apenas uma parte de todo o processo de tratamento e recuperação, não havendo recursos para ser mais que uma ilha. Quando se perceber este conceito, torna-se claro que as alianças estratégicas são uma componente importante na organização dos cuidados, de modo a alargar o processo de tratamento do paciente. Estabelecendo ligações entre as várias organizações ao nível dos cuidados, diminuem-se os problemas relativos às transferências de doentes, e representa uma oportunidade de otimizar o tratamento e a recuperação do doente.
- **Especialização:** Na maioria dos sistemas de cuidados de saúde nacionais, os hospitais generalistas (com todas as especialidades) são uma visão comum. Acreditamos que devido à força de tendências emergentes no sector dos cuidados de saúde, este tipo de organização hospitalar será raro no futuro. O aumento da competição, exigências maiores e mais específicas dos pacientes, em conjunto com o aumento dos custos e a falta de recursos, são factores que levarão à especialização.
- **O hospital como organização profissional:** Uma característica deste tipo de organizações é a dependência estratégica e operacional da mão de obra altamente competente e formada, que são especialistas na sua área e que requerem autonomia no exercício das suas funções. Esta autonomia é fortalecida pela especificidade das tarefas em que o especialista é frequentemente o único com capacidade para determinar as necessidades do cliente/paciente e do próprio tratamento. Esta característica é causa de pressão na organização, quanto à definição e criação de valor acrescentado para estes profissionais. Assume nestas organizações particular importância a gestão de recursos humanos, onde o talento é procurado, a nível interno e internacional. O valor acrescentado mais importante está sobretudo na gestão da reputação, comunicação externa e tomada de decisão estratégica. Esta combinação entre mão-de-obra profissional internacionalmente orientada e a organização de alto risco, será o desafio da gestão hospitalar no futuro.
- **O hospital como empresa pública:** O empreendimento público é mais do que a simples responsabilidade pela qualidade do negócio e utilização responsável e eficiente dos fundos públicos. O empreendimento público também diz respeito a: colocar o paciente em primeiro lugar; dar importância à comunicação; encarar os cuidados de saúde como constantes negociações entre a escassez de recursos e o constante aumento das necessidades dos cuidados, mas aceitar que o paciente e o que é melhor para ele vem sempre em primeiro lugar. Partindo deste princípio, o hospital tem dupla responsabilidade: apoiar o pessoal nas dificuldades de negociação, e racionalizar os processos de responsabilidade para dar poder aos pacientes e informa-los quanto à prevenção dos riscos de saúde. Os hospitais devem adoptar políticas de comunicação activa, salvaguardando o seu próprio comportamento, qualidade, boa ou má; estar em ligados aos cuidados regionais; ter responsabilidade para a saúde pública regional; ter responsabilidade para o funcionamento do hospital enquanto comunidade.

Do estudo sobre os 10 países emergiram algumas tendências internacionais:

“TENDÊNCIAS:

Consumerismo e empoderamento dos doentes: os doentes estão a organizar-se tornando-se uma contra-força para os prestadores de cuidados de saúde e seguradoras. Isto resulta em doentes mais bem informados sobre a sua doença, possíveis tratamentos e direitos. Os tratamentos hospitalares terão de se centrar nos doentes em vez de em si mesmos.

Alterações demográficas: o mundo ocidental está envelhecendo rapidamente à medida que a geração “babyboom” atinge a idade da reforma. A procura de cuidados de saúde subirá dramaticamente, causando a utilização até aos limites de uma capacidade de prestação de cuidados limitada. Muitos países europeus estão a repensar a eficiência e efectividade dos cuidados que prestam. Algumas das doenças típicas das idades mais idosas necessitarão tratamentos especializados.

Cuidados hospitalares e no domicílio: as inovações tecnológicas e farmacêuticas permitem repensar quando e onde prestamos tratamentos e cuidados. Com a aparelhagem médica a tornar-se mais pequena, nalguns casos, e a permitir tratamentos em casa, estes movem-se para além dos muros hospitalares. Os cuidados médicos chegam mais perto do doente, em centros de saúde e pequenas clínicas locais, ou mesmo em casa dele.

O impacto da expansão da utilização de tecnologias de informação e conhecimento: como instrumento de, organização e logística de processos, as tecnologias de informação não têm paralelo. Os hospitais que adoptam tecnologias de informação e conhecimento estarão aptos a maximizar os seus recursos e oferecer um vasto leque de serviços de telemedicina, (telemonitorização, telecirurgia, telediagnóstico). Uma estratégia bem sucedida de tecnologia de informação e conhecimento desenvolve muitas das estratégias discutidas anteriormente.

Farmacogenética: o conhecimento, em expansão, do genoma humano, tem um imenso impacto na farmacoterapia. Na próxima década veremos a utilização crescente de “medicamentos-por-medida” que terão um enorme efeito na prevenção e tratamento de doenças. A farmacoterapia oferecerá um substituto para tratamentos invasivos, tornados inadequados, libertando a capacidade hospitalar e diminuindo o impacto dos tratamentos na vida diária dos doentes.

Exemplo 5:

The world health report 2001: mental health, new understanding, new hope (www.who.int)

Foram criados “três cenários para a acção», de acordo com os diferentes níveis de recursos nacionais para a saúde mental no mundo. O Cenário A, aplica-se aos países economicamente mais pobres, onde tais recursos estão completamente ausentes ou são muito limitados. Mesmo nesses casos, podem aplicar-se acções específicas, tais como preparar todo o pessoal, disponibilizar medicamentos essenciais em todos os serviços de saúde e tirar da prisão os doentes mentais. Para os países com níveis moderados de recursos, o Cenário B sugere, entre outras acções, o encerramento dos hospitais custodiais para doentes mentais e outras medidas, no sentido de integrar os cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde geral. O Cenário C, para os países que têm mais recursos, propõe aperfeiçoamentos do tratamento em cuidados primários de saúde, acesso mais fácil a novos medicamentos e serviços de cuidados comunitários que proporcionem 100% de cobertura.

Alguns exemplos de cenários
Cláudia Conceição

Observatório Português de Sistemas de Saúde 2005, www.observaport.org

3 de 6

10 recomendações	Cenário A (baixo nível de recursos)	Cenário B (nível médio de recursos)	Cenário C (alto nível de recursos)
1. Disponibilizar tratamento nos cuidados primários	Reconhecer a saúde mental como componente dos cuidados de saúde primários; Incluir o reconhecimento e tratamento de perturbações mentais na formação dos profissionais de saúde Actualizar a formação dos profissionais de cuidados de saúde primários (pelo menos 50% nos próximos 5 anos)	Desenvolver materiais de formação local; Actualizar a formação dos profissionais de cuidados de saúde primários (100% nos próximos 5 anos);	Melhorar a capacidade de manutenção das perturbações mentais nos cuidados primários; Melhorar os padrões de referência;
2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos	Garantir a disponibilidade de 5 medicamentos essenciais	Garantir a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos nos cuidados de saúde;	Facilitar o acesso a novos psicotrópicos em planos de tratamento públicos ou privados;
3. Disponibilizar cuidados à comunidade	Retirar da prisão as pessoas com perturbações mentais; Diminuir o número de hospitais psiquiátricos; Desenvolver unidades psiquiátricas nos hospitais; Facilitar os cuidados na comunidade (atingir pelo menos uma cobertura de 20%);	Encerrar hospitais psiquiátricos (de custódia); Iniciar projectos-piloto para a integração da saúde mental nos cuidados de saúde; Facilitar os cuidados na comunidade (atingir pelo menos uma cobertura de 50%);	Encerrar hospitais psiquiátricos; Desenvolver alternativas de residência; Facilitar cuidados na comunidade (100%); Prestar cuidados personalizados na comunidade, às pessoas com perturbações mentais graves;
4. Educar a população	Promover campanhas contra o estigma e a discriminação; Apoiar as Organizações Não Governamentais na formação da população;	Utilizar a comunicação social para a promoção da saúde mental	Desenvolver campanhas para o reconhecimento e tratamento de perturbações mentais;
5. Envolver as comunidades, famílias e utentes	Apoiar a formação de grupos de auto-ajuda; Financiar iniciativas de saúde mental	Garantir a participação das comunidades, famílias utentes na criação de políticas;	Promover iniciativas de saúde mental junto da comunidade;
6. Criar política nacionais, programas e legislação	Revisão da legislação com base no respeito pelos direitos humanos; Formular políticas e programas de saúde mental; Aumentar o orçamento para os cuidados de saúde mental;	Criar políticas contra dependências, a nível nacional e regional; Aumentar o orçamento para os cuidados de saúde mental;	Assegurar a equidade nos cuidados e financiamento;
7. Formar recursos humanos	Formar enfermeiros na área psiquiátrica e psicológica;	Promover formação de enfermeiros e trabalhadores sociais na área da psiquiatria e da psicologia;	Formar especialistas desenvolver melhores tratamentos;
8. Interação com outros sectores	Iniciar programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho; Estimular actividades de Organizações Governamentais;	Desenvolver programas de saúde mental nas escolas e locais de trabalho;	Providenciar facilidades nas escolas e locais de trabalho para pessoas com perturbações mentais; Promover programas de promoção da saúde mental, em interacção com outros sectores;
9. Monitorizar a saúde mental da comunidade	Incluir as perturbações mentais no sistema de informação da saúde; Estudar os grupos de risco;	Instituir supervisão para perturbações nas comunidades (por exemplo, depressões)	Desenvolver sistemas de monitorização da saúde mental; Monitorizar a eficiência dos programas de prevenção;
10. Apoiar a investigação	Realizar estudos nos cuidados primários de saúde;	Estudos para a manutenção das perturbações mentais nos cuidados primários	Alargar a investigação para as causas dos problemas mentais; Desenvolver pesquisa na prestação de serviços; Estudar a eficiência da prevenção dos problemas mentais.

Alguns exemplos de cenários
Cláudia Conceição

Observatório Português de Sistemas de Saúde 2005, www.observaport.org

Exemplo 6:

Lewis R, Dixon J, Gillam S. Future Directions for Primary Care Trusts. King's Fund 2003 (Disponível em Jan de 2005 em www.kingsfund.org.uk)

Some future options for primary care trusts and the NHS

'The consumer is sovereign': maximum use of competition within a new social ownership structure

- Foundation status is freely bestowed on PCTs, hospital providers and primary care.
- Maximum patient choice of hospital provider from public or private sector, including niche providers (for example, diagnostic and treatment centres, 'chambers' of specialists, third party disease management companies, and so on).
- Deregulation of primary care to provide consumers with more choice. Rules inhibiting the entry of private companies into primary care market are abandoned.
- Patients choose from among competing PCTs, based on freely available performance indicators.
- PCTs determine their own balance between commissioning others ('virtual integration') and providing services themselves, and develop sophisticated ways of measuring patient satisfaction.
- Patient 'navigators' are used to support patient choice.
- PCTs licensed to remain in market place according to their ability to deliver central targets. Inspection and assessment by central regulatory bodies and minimal performance management by strategic health authorities.

'Equity first': an emphasis on integration, with little use of competition except for elective care

- 'Foundation systems' ensure that service integration is based on collaboration.
- PCTs increase the proportion of primary care currently provided, incorporating existing independent GPs where possible.
- PCTs directly employ a range of specialists, particularly for chronic diseases.
- Non-elective care commissioned via long-term collaborative arrangements with hospitals under the umbrella of the foundation system.
- No choice of PCT for patients and limited choice over primary and non-elective care.
- Patient 'navigators' used to empower patients.

'An ethical market': more market incentives are used, where these are consistent with the wider social mission of the PCT

- 'Foundation systems' link local health resources at strategic level, with agreed autonomy for component organisations. There is support for patient choice and competition within this overall framework, mainly for elective care.
- 'Ethical commissioning' by PCT, where strong set of social priorities are identified and protected from competition (for example, additional support for primary care businesses in economically deprived communities).
- PCTs choose between in-house and commissioned services, leading to a rise in the number of independent integrated care organisations within the foundation system.
- Emphasis on long-term relationships between provider and commissioner for non-elective care, rather than the shifting relationships determined by commercial criteria. Shorter-term relationships for elective care.
- Patient 'navigators' used to empower patients in clinical care.

Outras sugestões para consulta:

- www.cabinet-office.gov.uk/regulation/
- <http://www.betterregulation.ie/>
- Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. Bulletin WHO 2002, 80 (7).
- Lock K. Health impact assessment. BMJ 2000; 1395-1398.
- Barros PP, Garoupa N. Avaliação de impacto de normas – efeitos económicos da alteração do artigo 81º do código da estrada. Legislação - Cadernos de Ciência de Legislação 2002; 30/31(I): 135 – 182.
- WHO, The Institute for alternative Futures. A long – term care futures tool-kit – pilot edition. WHO, 2002 (disponível em Jan de 2005 em http://www.who.int/chronic_conditions/ltctoolkit/en/)