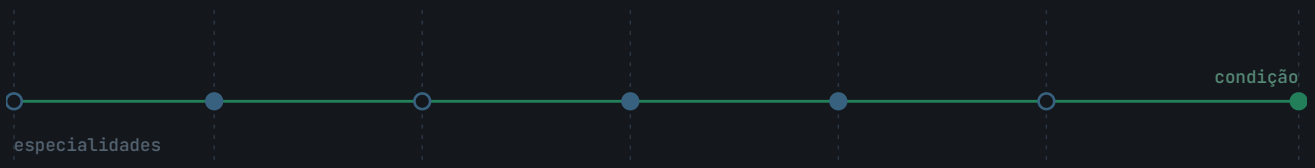
GRUPO CSV

Compass™

Compass™ — elaboração do Grupo CSV
Responsabilidade editorial: MedValor®



Rumo à organização por condição

Lições dos 10 hospitais do Value Catalyst sobre estrutura, papéis e estratégia de mudança na transição para a Saúde Baseada em Valor.

Adaptação do artigo de Westerink, van Staalduinen e colaboradores publicado na NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, vol. 7, n. 10, outubro de 2026.

EDIÇÃO
009/2026

DATA DE PUBLICAÇÃO
Outubro 2026

Sumário

1 **Do departamento à condição** 4
A agenda de valor, a fragmentação por especialidade e os 4 arquétipos de unidade por condição

2 **A comunidade Value Catalyst** 6
Os 10 hospitais, a construção do modelo e o retrato do questionário

3 **Desenho da estrutura** 9
Escopo, colocalização física, governança e responsabilidades das unidades por condição

4 **Papéis e processos** 12
Liderança, participação do paciente e avaliação das unidades por condição

5 **Estratégia de mudança** 14
Equipe de apoio, cultura de valor e formação

6 **Leitura dos achados** 16
Escala, liderança compartilhada, escritório de valor e limites do estudo

7 **Referências** 19
Fonte primária e referências do artigo original

Fonte

Adaptado de Westerink HJ, van Staalduinen DJ, et al. *Moving toward a Condition-Based Organization — Lessons from the Value Catalyst Hospitals*. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2026;7(10). DOI: 10.1056/CAT.26.0046.

O estudo descreve como hospitais avançados em Saúde Baseada em Valor conduzem a transição para a organização por condição. O efeito dessa transição sobre desfechos e custos fica fora do seu alcance, limite registrado pelos próprios autores (cap. 6).

© Grupo CSV

Os 3 domínios da transição

Entre os 10 hospitais da comunidade Value Catalyst, referências internacionais em Saúde Baseada em Valor, nenhum cobre com unidades por condição todas as condições que atende, e a maioria limita o número dessas unidades a cerca de 10. A maior parte das instituições tem unidades por condição para tipos específicos de câncer e para condições com grandes grupos de pacientes, como diabetes, doença cardíaca e prótese de quadril e joelho. Em geral, a transição começou por poucos grupos de pacientes e avançou de forma gradual.

Desde junho de 2024, esses hospitais se reúnem on-line a cada 6 semanas para trocar dados e conhecimento. Das apresentações e discussões sobre como cada um conduz a transição saiu um modelo com 3 domínios: desenhar a estrutura da organização por condição, definir papéis e processos dentro das unidades e desenvolver uma estratégia de mudança para a transição à Saúde Baseada em Valor. Cada domínio reúne características concretas, ilustradas por práticas dos próprios hospitais, e um questionário respondido pelos 10 hospitais mostra quantos já implantaram cada uma.

COMUNIDADE	UNIDADES POR HOSPITAL	PACIENTES NA MELHORIA
10 hospitais	**4 a 119**	**6 de 10**
Da América do Norte, da Europa, do Oriente Médio e da Ásia.	Faixa observada entre os 10 hospitais da comunidade.	Hospitais que envolvem pacientes nas iniciativas de melhoria de valor das unidades.

Os 10 hospitais nomearam líderes para as unidades por condição e têm unidades responsáveis pela qualidade do cuidado; em 3 deles, as unidades não respondem pelos custos. Equipes de apoio dedicadas à transição existem em 8 hospitais, e a união entre o escritório de valor e a gestão da qualidade aparece como forma de evitar serviços duplicados (cap. 5 e 6).

O estudo se limita a descrever a implantação: a relação entre o modelo e os desfechos e custos do cuidado ainda precisa ser medida. Os autores o apresentam como conceituação inicial, a ser examinada em outros hospitais, sistemas de saúde e contextos de recursos.

Fonte: Westerink et al., 2026, com dados do questionário respondido pelos 10 hospitais da comunidade.

© Grupo CSV

CAPÍTULO 1

1 Do departamento à condição

Medir e melhorar o valor ao longo de todo o percurso do paciente exige organizar o cuidado em torno das condições de saúde, e há mais de uma forma de fazer isso.

Valor em saúde e a agenda em 10 elementos

A Saúde Baseada em Valor (VBHC, na sigla em inglês) organiza a prestação do cuidado em torno dos desfechos que importam ao paciente, relativos ao custo de alcançá-los[1]. Desde a formulação do conceito, em 2006, a abordagem ganhou adesão em vários países, em graus diferentes de implantação[2,3].

Para orientar a implantação, Porter e Lee publicaram em 2013 a Agenda de Valor, com 6 elementos que se reforçam mutuamente[4]. Van der Nat complementou e refinou a agenda com 4 elementos e chegou aos 10 que formam hoje o referencial de transição para o valor[5] (figura 1.1). Muitos hospitais implantam a Saúde Baseada em Valor sobretudo por meio de unidades de prática integrada ou de outras formas de redesenho por condição, tema do estudo do Value Catalyst.

01	Medir desfechos e custos de cada paciente	Porter e Lee
02	Estruturar a melhoria da qualidade baseada em valor	van der Nat
03	Integrar o valor à comunicação com o paciente	van der Nat
04	Organizar o cuidado em unidades de prática integrada (IPU)	Porter e Lee
05	Adotar pagamento por pacote para o ciclo de cuidado	Porter e Lee
06	Integrar os sistemas de prestação de cuidado	Porter e Lee
07	Expandir a abrangência geográfica	Porter e Lee
08	Investir em cultura de entrega de valor (educação)	van der Nat
09	Criar plataformas de aprendizagem para profissionais de saúde	van der Nat
10	Construir plataforma habilitadora de tecnologia da informação	Porter e Lee

Figura 1.1 — *Os 10 elementos da agenda de valor: 6 vêm da agenda original de Porter e Lee, de 2013[4], e 4 foram acrescentados por van der Nat[5].*

Fonte: adaptado de van der Nat, 2022, conforme Westerink et al., 2026.

Fragmentação por especialidade

Na estrutura tradicional, cada departamento de especialidade responde por uma parte pequena do percurso do paciente. Medir e melhorar o valor ao longo do percurso inteiro pede o cuidado organizado pelos mapas de cuidado da condição, com o paciente no centro.

Os hospitais buscam esse arranjo por meio da transição para a organização baseada em condições (*condition-based organization*, CBO). Nela, especialistas de várias disciplinas trabalham como uma equipe coesa no tratamento de pacientes com determinada condição clínica e respondem também por iniciativas de melhoria do valor[1,4]. Na maior parte das instituições do Value Catalyst, há unidades por condição para tipos específicos de câncer e para condições de grandes grupos de pacientes, como diabetes, doença cardíaca e prótese de quadril e joelho (figura 1.2).

© Grupo CSV

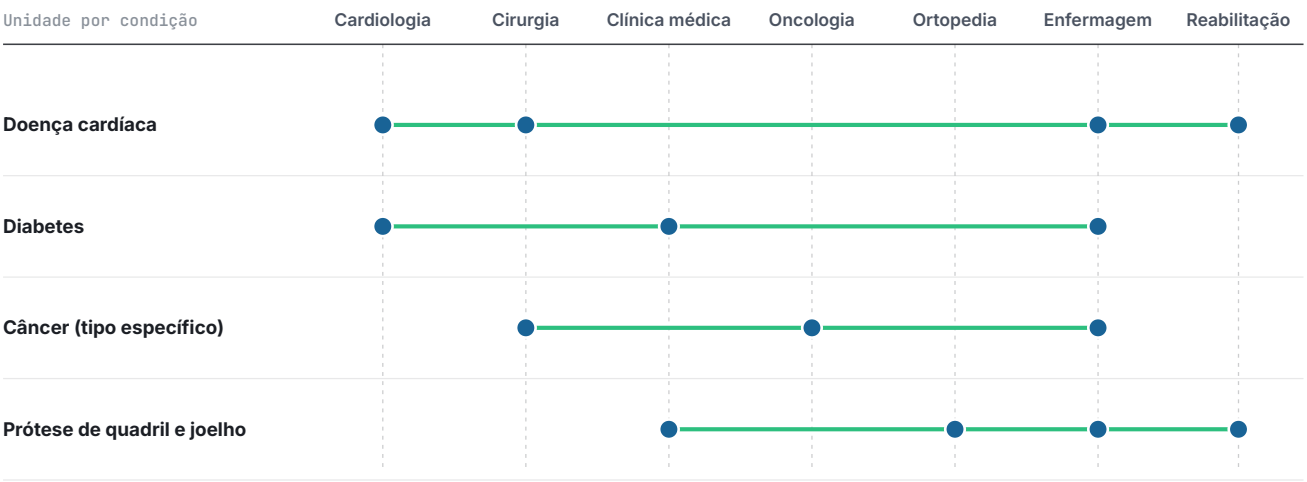
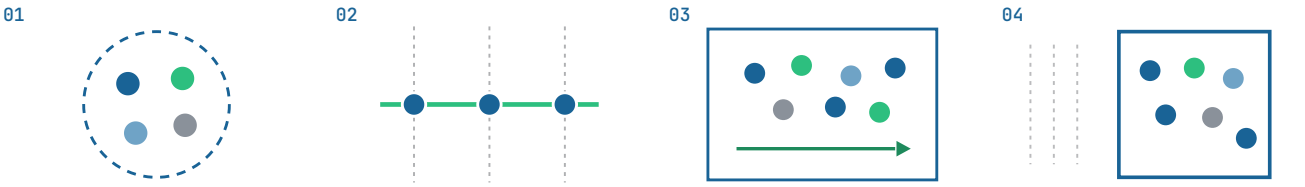


Figura 1.2 — *Esquema ilustrativo da forma matricial: cada unidade por condição atravessa os departamentos de especialidade, que continuam existindo, e reúne os profissionais que participam do cuidado daquele grupo de pacientes.*

Fonte: Westerink et al., 2026.

Os 4 arquétipos de unidade por condição

Pesquisas recentes indicam que a unidade de prática integrada (IPU), descrita por Porter e Lee em 2013[4], é apenas um dos arquétipos pelos quais os hospitais podem fazer a transição para a organização por condição. Wiersema e colegas identificaram 4 arquétipos, chamados de unidades baseadas em condição (*condition-based units*, CBU)[6] (figura 1.3).



Equipe multidisciplinar de projeto

Inicia a mudança por projetos de melhoria focados.

Organização matricial

Responsabilidades pela condição distribuídas pelos departamentos existentes.

Unidade de prática integrada (IPU)

Equipe dedicada, que responde pelo ciclo completo de cuidado da condição.

Centro de tratamento independente

Entidade própria, especializada no cuidado de condições específicas.

Figura 1.3 — *Os 4 arquétipos de unidade baseada em condição[6]. No mesmo hospital, arquétipos diferentes podem coexistir, e uma unidade pode começar já como matricial ou IPU, sem passar pela equipe de projeto.*

Fonte: Westerink et al., 2026.

Da unidade por condição ao hospital

A literatura oferece orientação sobre como desenhar e implantar uma única unidade por condição[6,7]. Para o hospital inteiro, as perguntas seguem abertas: como a governança se ajusta às unidades, até que ponto convém organizar a instituição por grupos de pacientes e o que fazer com o paciente que não se encaixa em nenhuma unidade. Pesquisas anteriores mostram que a organização por condição exige passos além da unidade, tratados no contexto da organização como um todo, e que a transição costuma ser incremental, por adaptações graduais[8,9].

O estudo do Value Catalyst busca identificar as dimensões e as características necessárias para o redesenho por condição, com base em práticas dos próprios hospitais, em um tipo de aprendizagem sistemática entre instituições ainda escasso na implantação de VBHC.

© Grupo CSV

CAPÍTULO 2

A comunidade Value Catalyst

2

Os hospitais da comunidade estão entre os mais avançados na implantação de Saúde Baseada em Valor e se reúnem on-line a cada 6 semanas para trocar dados e conhecimento; os primeiros encontros trataram da organização por condição.

Composição da comunidade

O Value Catalyst é uma comunidade global de aprendizagem formada por 10 hospitais da América do Norte, da Europa, do Oriente Médio e da Ásia (quadro 2.1). A seleção considerou a posição de vanguarda na implantação de Saúde Baseada em Valor, com ênfase na experiência demonstrada em organização por condição. Cada hospital passou por entrevista de admissão para avaliar a maturidade da sua adoção, e a entrada exigia progresso substancial e compromisso com o referencial.

Todos os membros são públicos e sem fins lucrativos, e 8 deles são acadêmicos ou afiliados à academia. A combinação de perfis amplia as perspectivas em discussão[10], e parte dos membros participa como rede ou conglomerado de organizações. Cada hospital é representado por pelo menos 3 profissionais em posições de liderança, entre membros da diretoria, lideranças clínicas e de gestão e assessores, o que leva a discussão aos níveis operacional, tático e estratégico. Um núcleo de 7 pessoas organiza os encontros, apoia os participantes e desenvolve a comunidade.

Quadro 2.1 — *Hospitais membros do Value Catalyst; todos são públicos e sem fins lucrativos*

Hospital	País	Perfil	Colaboradores
IPO Porto	Portugal	Especializado	2.000
Santeon*	Países Baixos	Geral	34.000
University Hospital Basel	Suíça	Acadêmico	8.000
Radboud University Medical Center	Países Baixos	Acadêmico	13.000
University Hospital Vall d'Hebron	Espanha	Acadêmico	11.000
Jewish General Hospital	Canadá	Acadêmico	5.000
Sheba Medical Center	Israel	Geral, afiliado à academia; estatal	11.000
12 de Octubre University Hospital	Espanha	Acadêmico	6.000
SingHealth*	Singapura	Acadêmico	10.000[a]
National University Health System (NUHS)*	Singapura	Acadêmico	11.000[b]

* Conglomerados com várias organizações de saúde; os dados do questionário combinam hospitais do conglomerado ou vêm de um deles. [a] Singapore General Hospital. [b] National University Hospital. Fonte: Westerink et al., 2026, com dados dos autores e informações públicas.

© Grupo CSV

Construção do modelo

Desde junho de 2024, os encontros on-line acontecem a cada 6 semanas e são o principal espaço de troca de dados e de conhecimento da comunidade. As 6 primeiras reuniões trataram do redesenho por condição, com um desenho de métodos mistos, multicêntrico, em fases sequenciais e de caráter exploratório.

O ponto de partida foi um modelo inicial de características, extraído da literatura sobre VBHC e redesenho por condição[6]. A cada encontro, 2 hospitais apresentavam sua abordagem seguindo esse modelo. A equipe de pesquisa revisava as apresentações, identificava temas e características relevantes para a transição e os incorporava ao modelo e ao roteiro dos hospitais que ainda iam se apresentar, de modo que cada rodada partia do que as anteriores haviam produzido. Versões atualizadas do modelo e resumos dos encontros circulavam entre os participantes para comentários (figura 2.1).

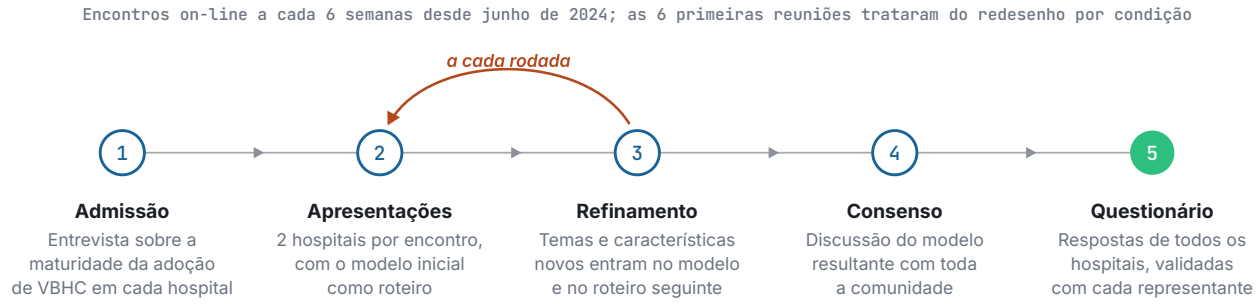


Figura 2.1 — *Percurso de construção do modelo: rodadas de apresentação e refinamento, consenso, questionário e validação.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

Concluídas as apresentações, a comunidade discutiu o modelo e chegou a consenso sobre seu conteúdo. Todos os hospitais responderam então a um questionário detalhado sobre cada elemento do modelo final, e as respostas foram validadas em conversas curtas entre um representante de cada hospital e o núcleo da comunidade.

O estudo não compara entre os hospitais a maturidade das características identificadas. Pelo caráter exploratório e pelas grandes diferenças de contexto entre as instituições, os autores consideram que essa comparação não teria significado nem seria metodologicamente adequada. O modelo complementa os trabalhos dedicados ao desenho de uma única unidade por condição[6,7] ao tratar dos requisitos organizacionais mais amplos da transição.

O modelo em 3 domínios

O modelo final reúne 10 características em 3 domínios (quadro 2.2 e figura 2.2). As características não seguem ordem de importância, e o conjunto serve como guia para a transição, sem a pretensão de esgotar o tema.

Quadro 2.2 — *Domínios, características e ação proposta pelo modelo*

Domínio	Característica	Ação proposta
Desenho da estrutura	**Escopo**	Desenhar o alcance da abordagem no hospital inteiro: quantas unidades por condição e o tamanho dos grupos de pacientes.
	Colocalização física	Desenhar o papel da concentração física de serviços e equipes no cuidado por condição, considerando que a necessidade pode variar entre arquétipos.
	Estrutura e governança	Desenhar o grau de inserção das unidades na estrutura organizacional e de governança existente, com linhas claras de responsabilização e de decisão.
	Responsabilidades	Desenhar as responsabilidades das unidades e o seu grau de independência.
Papéis e processos	**Liderança**	Definir papéis claros de liderança nas unidades.
	Participação do paciente	Definir como os pacientes participam ativamente da melhoria de valor nas unidades.
	Avaliação	Definir estruturas ou sistemas que permitam avaliar o progresso e o desempenho das unidades.
Estratégia de mudança	**Equipe de apoio**	Desenvolver os perfis de função necessários para conduzir a transição para VBHC.
	Mudança cultural	Desenvolver estratégias que promovam a mudança cultural para VBHC no hospital inteiro.
	Formação	Desenvolver programas de formação em VBHC adaptados aos profissionais do hospital.

Fonte: Westerink et al., 2026.



Figura 2.2 — *Implantação das características nos 10 hospitais, segundo o questionário. Cada círculo representa 1 hospital; a posição não identifica a instituição.*

Fonte: dados de Westerink et al., 2026.

© Grupo CSV

CAPÍTULO 3 · DOMÍNIO 1

Desenho da estrutura

3

Escopo, colocalização física, governança e responsabilidades: os 4 temas que se repetiram nas discussões sobre a estrutura da organização por condição.

Escopo da reorganização

Escopo é o grau em que o hospital se reorganiza em torno de condições específicas e se afasta da estrutura tradicional por especialidade, como cardiologia, cirurgia e clínica médica. Para os membros da comunidade, o escopo deve fixar objetivos claros e a abordagem que melhor se ajusta ao contexto de cada hospital. A decisão pode considerar fatores como a disponibilidade de recursos, inclusive tempo e pessoal, o perfil e o volume de pacientes, a prioridade estratégica e a existência de lideranças clínicas engajadas (figura 3.1).

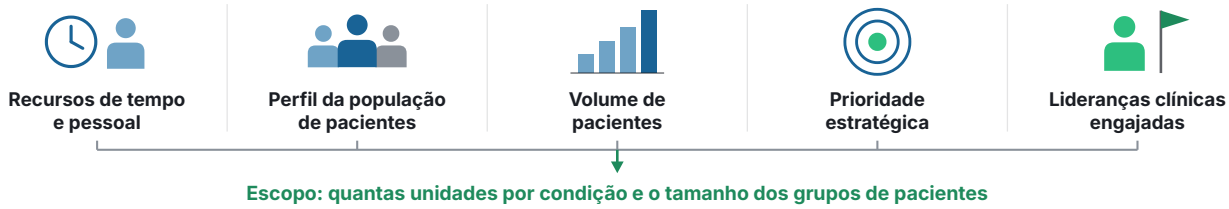


Figura 3.1 — *Fatores que podem orientar a definição do escopo, segundo os hospitais da comunidade.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

Os hospitais diferem bastante no tipo e no número de unidades por condição. A maior parte das instituições tem unidades para tipos específicos de câncer e para condições com grandes grupos de pacientes, como diabetes, doença cardíaca e prótese de quadril e joelho.

UNIDADES POR HOSPITAL	LIMITE MAIS COMUM	COBERTURA COMPLETA
4 a 119	**cerca de 10**	**0 de 10**
Faixa observada entre os 10 hospitais da comunidade.	Número de unidades adotado como teto pela maioria dos hospitais.	Hospitais com unidades para todas as condições que atendem.

Para a comunidade, a transição acontece de forma gradual e adaptativa: arquétipos diferentes podem conviver, e alguns podem evoluir ao longo do tempo. Uma unidade pode permanecer no arquétipo em que começou, e a forma matricial ou a IPU podem ser o ponto de partida, sem passagem prévia pela equipe de projeto.

Escopo **University Hospital Vall d'Hebron · Espanha**

ARRANJO	Organização majoritariamente matricial, dividida em 34 áreas de conhecimento. Cada área cobre de 1 a 4 condições, cerca de 70 no total, todas com unidades em diferentes estágios de desenvolvimento.
MEDIÇÃO	Desfechos clínicos medidos em todas as unidades; medidas de desfecho relatadas pelo paciente (PROMs) implantadas e usadas no atendimento em parte delas.
RESPONSABILIZAÇÃO	Em algumas unidades, a responsabilidade por custos e desfechos está em discussão, apoiada em painéis de acompanhamento e na definição de metas.

© Grupo CSV

Colocalização física

Em 9 dos 10 hospitais, há condições com o cuidado organizado em um só lugar, onde profissionais e pacientes encontram todo o diagnóstico e o tratamento da condição, como em um centro de oncologia ou de diabetes. Em alguns casos, concentrar serviços e profissionais pode melhorar a colaboração e a conveniência para o paciente. Em outros, sobretudo nas equipes de projeto e nas estruturas matriciais, a colocalização parcial ou virtual pode bastar para garantir a integração. Os hospitais relatam experiências com equipes que trabalham juntas no mesmo espaço 1 dia por semana e com tecnologias digitais que permitem a colocalização virtual (figura 3.2). Vários deles passaram a priorizar a colocalização no projeto de novos edifícios, conforme a necessidade de cada arquétipo.

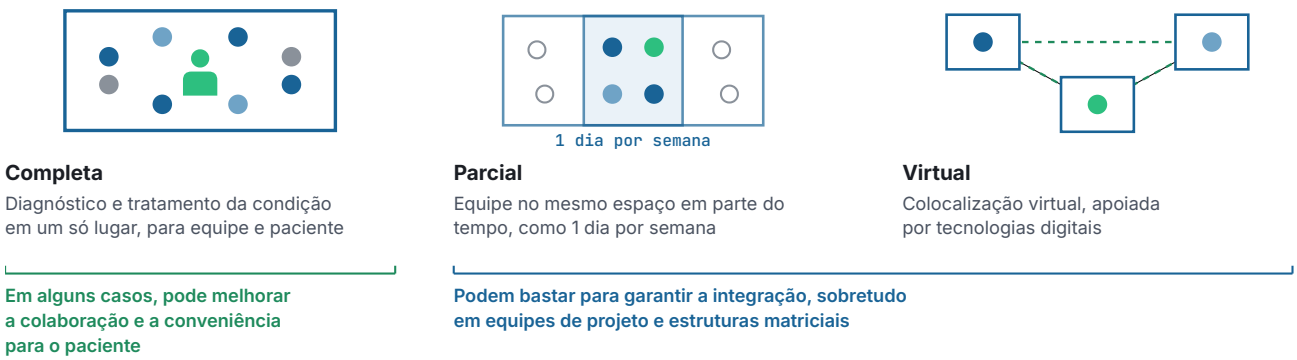


Figura 3.2 — *Graus de colocalização citados pelos hospitais.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

`Colocalização` **National University Health System · Singapura**

EQUIPES DE PROJETO	No National University Hospital e no Ng Teng Fong General Hospital, as unidades funcionam como equipes multidisciplinares de projeto, com corpo clínico, enfermagem, equipe multiprofissional, farmácia, serviço social e coordenadores de cuidado, em colocalização física parcial que favorece a comunicação em tempo real, a decisão compartilhada e a colaboração no cuidado.
HOSPITAL INTEGRADO	O Alexandra Hospital adota um modelo de hospital geral integrado, guiado pelo princípio de um médico principal, um leito, uma equipe de cuidado e integração com a comunidade. O leito único busca reunir as fases do cuidado em um só hospital e evitar transferências entre estabelecimentos, para que o paciente permaneça em um só lugar. Isso melhora a experiência do paciente e torna mais eficiente a colaboração entre os profissionais[11].

Estrutura organizacional e governança

Transformar parte do hospital em organização por condição exige definir a posição das unidades por condição na estrutura e na governança. Os hospitais apontam a necessidade de uma estrutura de direção e de reporte compatível com o tipo e o escopo de cada unidade, o que costuma pedir a revisão dos referenciais de governança para estabelecer a quem a unidade se reporta e como seu desempenho é avaliado. Os arranjos variam (figura 3.3).

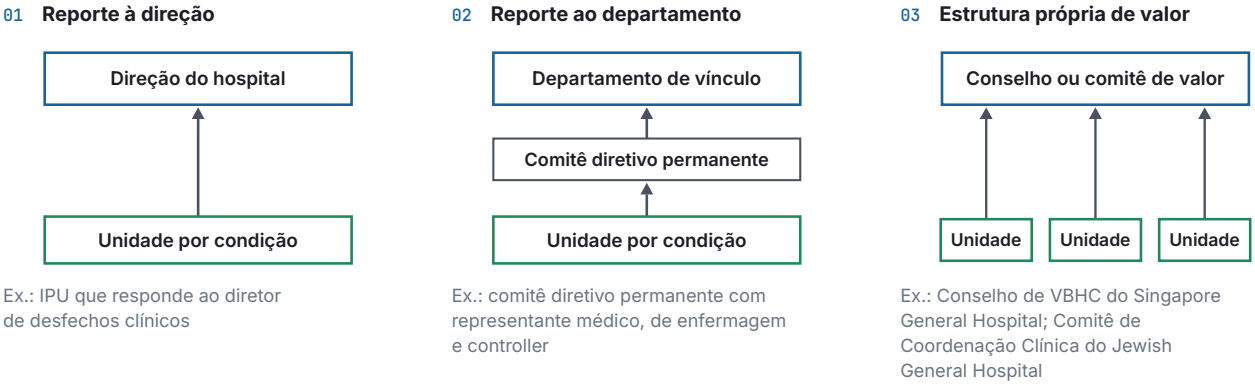


Figura 3.3 — *Arranjos de reporte das unidades por condição citados pelos hospitais.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

Sem governança clara, as expectativas de gestores e equipes podem ficar difusas, e o avanço das unidades pode travar ou ficar escondido nos silos tradicionais de especialidade.

Governança **Sheba Medical Center · Israel**

REVISÃO ANUAL	Uma revisão anual de desempenho reúne as 7 unidades com o diretor médico, o diretor de qualidade e segurança, o diretor de desfechos clínicos, as equipes das unidades e seus líderes e coordenadores clínicos.
FUNÇÃO	Avaliar os desfechos do ano anterior e definir as metas estratégicas do ano seguinte.

Responsabilidades das unidades

Nos 10 hospitais há unidades por condição que respondem pela qualidade do cuidado, responsabilidade que alcança a maioria dos arquétipos. A responsabilidade pelos custos é menos comum: em 3 hospitais, as unidades não respondem por eles. Para a comunidade, as responsabilidades podem crescer com o tempo, sem precisar ser atribuídas por inteiro desde o início, o que permite a um arquétipo evoluir para outro. Os hospitais concordam também que a transição exige expectativas bem definidas e compromisso ativo da diretoria com o modelo.

CAPÍTULO 4 · DOMÍNIO 2

4 Papéis e processos

Quem lidera cada unidade, como o paciente participa da melhoria e como se avalia o progresso.

Liderança das unidades

Todos os hospitais nomearam líderes para as unidades por condição, com número e tipo de liderança variados. Em vários deles, a unidade opera sob liderança compartilhada, com um líder médico, um de enfermagem e um de gestão (figura 4.1). Outros nomeiam um único líder por unidade, em geral um médico especialista. Para evitar a percepção de hierarquia, alguns adotaram termos como patrocinador ou referência clínica e de enfermagem (*sponsors* e *champions*). Poucos hospitais reservam horas dedicadas para essas funções.

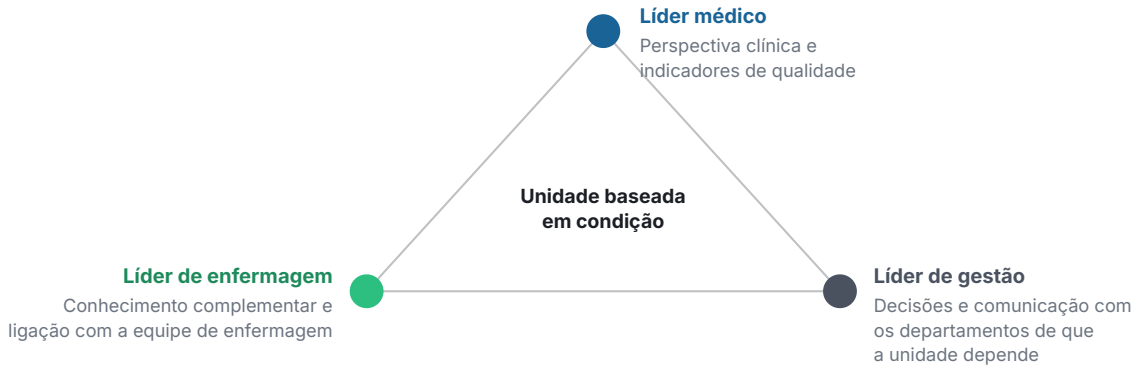


Figura 4.1 — *Liderança compartilhada da unidade: o que cada papel acrescenta, segundo a discussão do artigo*[16,17].
Fonte: Westerink et al., 2026.

Liderança **St. Antonius Hospital (Santeon) · Países Baixos**

UNIDADES	25 unidades: 15 equipes multidisciplinares de projeto e 10 unidades matriciais.
TRÍADE	As unidades matriciais têm liderança formalmente nomeada, formada por enfermeiro, líder médico e líder de gestão, cada um com 4 horas semanais dedicadas à liderança por condição.
PERFIS DE FUNÇÃO	Cada papel tem um perfil detalhado de expectativas e responsabilidades, para que os líderes saibam o que lhes cabe e contribuam para o resultado da unidade.

Participação do paciente

A participação do paciente é valorizada em qualquer modelo e pesa ainda mais na organização por condição, em que a melhoria contínua depende de iniciativas centradas no paciente. Dos 10 hospitais, 6 envolvem pacientes nas iniciativas de melhoria de valor. Alguns o fazem de forma indireta, por questionários de PROMs ou pela participação no desenvolvimento desses instrumentos. Outros criaram plataformas de escuta que envolvem os pacientes de forma estruturada no redesenho das linhas de cuidado, ou os incluem como membros das equipes de projeto.

© Grupo CSV

Participação	University Hospital Vall d'Hebron · Espanha
ÁREAS DE CONHECIMENTO	Nome local das unidades. Uma delas trata de doenças imunomediadas; outra apoia a colaboração entre hematologia, oncorradioterapia e oncologia.
COMISSÕES PERMANENTES	Pacientes e profissionais trabalham juntos em comissões estáveis de trabalho e cocriam espaços do hospital, linhas de cuidado e materiais informativos das áreas de conhecimento.
MODELO ICE[12]	Informação clara e compreensível sobre saúde e tratamento; comunicação aberta, respeitosa e empática, base da confiança e da decisão compartilhada; e empoderamento, com apoio, recursos e espaço para o paciente participar das decisões.

Avaliação das unidades

Em 9 dos 10 hospitais existem estruturas para avaliar as unidades por condição, e as avaliações se dividem em 2 tipos (quadro 4.1). A avaliação da transição acompanha o progresso de cada unidade rumo ao funcionamento por condição, com critérios como modelos de maturidade, e ajuda a localizar desafios e lacunas. A avaliação da entrega de valor mede até que ponto a unidade entrega Saúde Baseada em Valor, com desfechos e custos, e apoia a definição conjunta das metas de cada ano.

Quadro 4.1 — *Dois tipos de avaliação das unidades*

Avaliação	O que verifica	Instrumentos citados
Transição	O progresso da unidade na transição para a organização por condição	Modelos de maturidade que pontuam o progresso de cada unidade, com critérios como grau de participação do paciente, caráter multidisciplinar, envolvimento de todas as partes interessadas e aprimoramento do registro financeiro da unidade
Entrega de valor	Quanto a unidade entrega de Saúde Baseada em Valor	Painéis de inteligência de negócios com desfechos e custos; reuniões trimestrais ou anuais com a gestão do programa, com metas estratégicas anuais definidas em conjunto

Fonte: Westerink et al., 2026.

No Radboud University Medical Center, nos Países Baixos, um modelo bronze, prata e ouro avalia desde 2022 o progresso das unidades, com base em desfechos para pacientes, organização, colaboradores e sociedade (figura 4.2). A escala em níveis cria um caminho estruturado de melhoria contínua e de impacto regional.

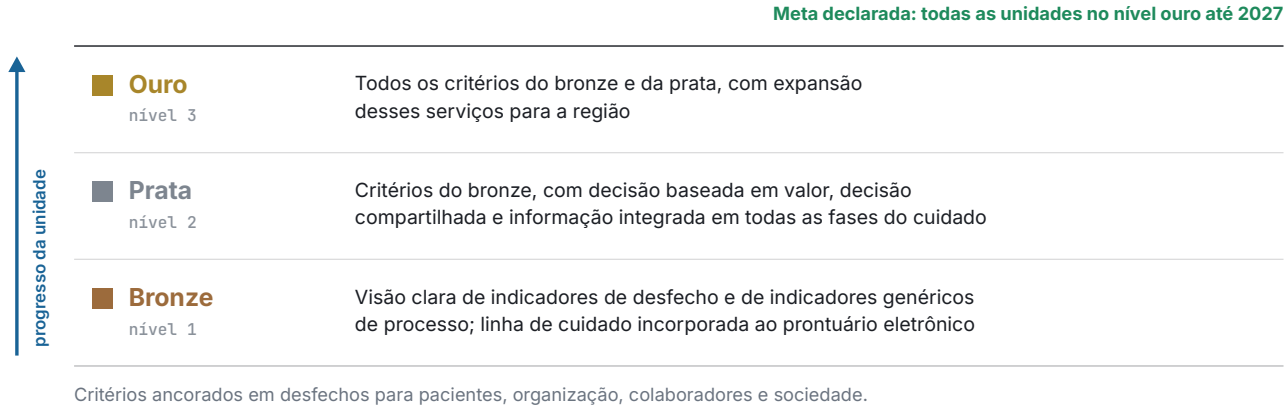


Figura 4.2 — *Níveis do modelo de avaliação das unidades do Radboud University Medical Center.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

CAPÍTULO 5 · DOMÍNIO 3

5 Estratégia de mudança

Pessoas dedicadas a conduzir a transição, uma cultura que a sustente e formação em todos os níveis da organização.

Além de desenhar estruturas e definir papéis, os hospitais destacam a importância de uma estratégia de mudança cultural bem definida. Ela serve à implantação de todos os elementos da agenda de valor, inclusive a transição por condição, e se apoia em 3 características.

EQUIPE DE APOIO	MUDANÇA CULTURAL	FORMAÇÃO
8 de 10	**10 de 10**	**7 de 10**
Hospitais com equipe de apoio dedicada à implantação de VBHC.	Hospitais com estratégias para a mudança cultural no hospital inteiro.	Hospitais com programas de formação para todos os níveis.

Equipe de apoio à transição

Os hospitais reconhecem a importância de perfis de função claros para a equipe de apoio, cujo tamanho e cujos papéis variam bastante entre as instituições, conforme as prioridades e os recursos locais. Em vários hospitais, equipes temporárias de projeto reúnem líderes de projeto, assessores de VBHC e especialistas em gestão da mudança. Alguns tiveram dificuldade para definir a relação entre a equipe de VBHC, como um escritório de transformação de valor, e os escritórios de gestão da qualidade já existentes; a solução bem-sucedida de parte deles foi unir os dois.

No University Hospital Basel, na Suíça, um departamento próprio conduz a adoção da Saúde Baseada em Valor e sua sustentação no longo prazo. Para ganhar eficiência e alinhamento, o hospital uniu o escritório de gestão da qualidade à equipe de implantação de VBHC em uma só equipe multidisciplinar (figura 5.1).

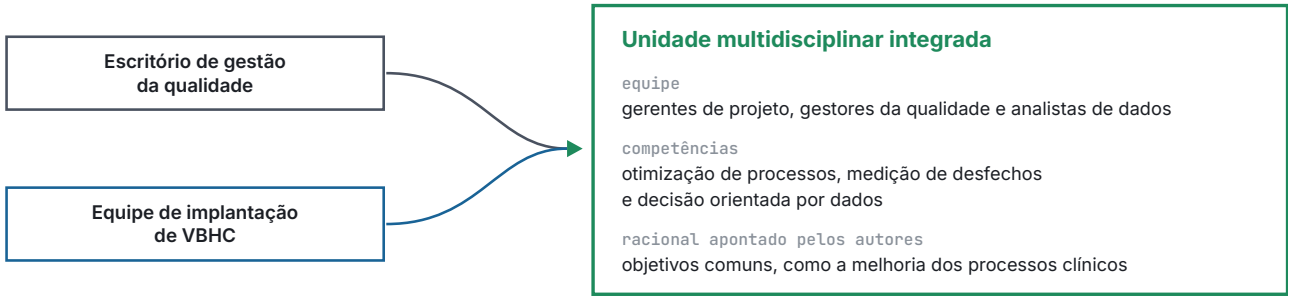


Figura 5.1 — *União entre a gestão da qualidade e a equipe de VBHC no University Hospital Basel.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

Mudança cultural

Quase todos os hospitais incorporaram a Saúde Baseada em Valor ao plano estratégico e às prioridades da instituição. Outras iniciativas citadas são a nomeação de um líder de valor (*Value Lead*) para conduzir a estratégia, a criação de um fórum de VBHC para coordenar os projetos e a padronização de ferramentas e de infraestrutura de tecnologia da informação para VBHC.

Cultura **Jewish General Hospital · Canadá**

PLANO ESTRATÉGICO	Foco no valor há 10 anos, com a Saúde Baseada em Valor como prioridade institucional.
COMUNICAÇÃO	Os executivos reforçam os princípios de VBHC em reuniões gerais, fóruns de liderança e atualizações estratégicas.
APRENDIZAGEM	Conferência anual com profissionais assistenciais, gestores, pesquisadores e pacientes para compartilhar resultados, projetos de melhoria e inovações; comunidade de prática formal para aprendizado entre equipes, apoio entre pares e difusão de boas práticas.

Formação em Saúde Baseada em Valor

Dos 10 hospitais, 7 desenvolveram programas de formação para todos os níveis da organização, com cursos próprios ou com acesso de profissionais de saúde, equipes de apoio e gestores a formação externa. Um hospital incluiu a Saúde Baseada em Valor no programa de integração de novos colaboradores, para que todos conheçam os princípios desde a chegada.

Formação **IPO Porto · Portugal**

CURSO ANUAL	24 horas sobre VBHC, com consultores internos e externos, para médicos, enfermeiros, gestores, executivos e outros profissionais de saúde.
CONTEÚDO	Pesquisa de desfechos com dados de mundo real, instrumentos de medição de desfechos e a importância da alocação de custos na medição de valor.
INTERCÂMBIO	Parte da equipe visitou outros hospitais e participou de cursos e congressos externos.

© Grupo CSV

CAPÍTULO 6

Leitura dos achados

6

Escopo, caminhos de escala, liderança compartilhada e estrutura de apoio, com os limites que os próprios autores registram.

Foco em grupos grandes e complexos

Quase todos os hospitais evitaram redesenhar a instituição inteira por condição. Os autores admitem que isso pode refletir, em parte, a cautela diante de uma reorganização completa, e veem no achado uma indicação de onde a abordagem rende mais: grupos de pacientes grandes e complexos, com cuidado fragmentado, para os quais a abordagem multidisciplinar e integrada traz mais benefício. A literatura anterior, inclusive o trabalho de Porter e Lee de 2021[7], não prescreve um número fixo de unidades por condição em cada hospital.

A ausência de incentivos financeiros alinhados à estrutura por condição também ajuda a explicar essa cautela. Em muitos sistemas de saúde, inclusive nos representados no estudo, o pagamento continua fragmentado por departamento e predominantemente baseado em volume[13], e os hospitais encontram pouco estímulo externo para se reorganizar por inteiro em torno de condições.

Escala em profundidade e em abrangência

A maior parte dos hospitais trabalha com unidades por condição do tipo matricial ou com equipes multidisciplinares de projeto. A literatura descreve a equipe de projeto evoluindo com frequência para a forma matricial[6]; os achados indicam que é viável começar diretamente pela matricial, embora isso nem sempre seja necessário. Cada arquétipo tem vantagens e limites, e a adequação depende do contexto.

Em linha com pesquisas anteriores[8,9], os resultados indicam que a implantação de VBHC evolui com o tempo. Ela pode ganhar escala por 2 caminhos complementares[14] (figura 6.1). Escalar em profundidade (*scale-up*) significa avançar no contínuo de arquétipos de unidade por condição, das equipes de projeto ou estruturas matriciais para formas mais integradas, como a IPU plenamente desenvolvida. Escalar em abrangência (*scale-out*) significa levar os modelos iniciais a um número crescente de condições, ampliando o alcance sem mudar o arquétipo. Os hospitais do Value Catalyst combinaram os dois: ganharam maturidade em áreas selecionadas e, ao mesmo tempo, levaram os princípios de VBHC a mais condições.

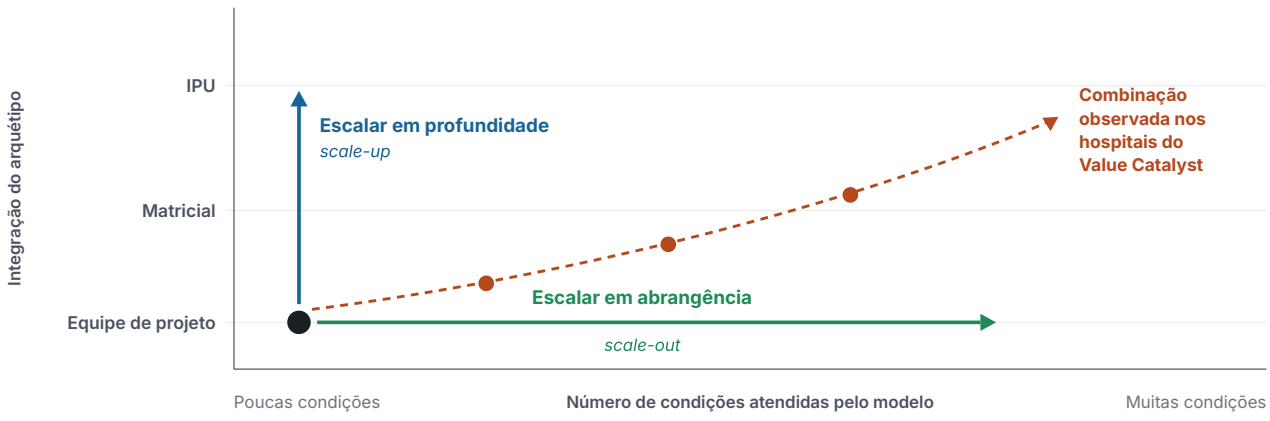


Figura 6.1 — *Caminhos para ganhar escala na organização por condição*[14].
Fonte: Westerink et al., 2026.

Liderança compartilhada

Pesquisas anteriores se concentraram nos estilos de liderança que favorecem a transição para VBHC[15]. O estudo acrescenta os tipos de liderança de que uma unidade por condição precisa para funcionar. Na liderança compartilhada, a combinação de papéis amplia o foco da melhoria: a liderança exclusivamente médica tende a concentrar as iniciativas na perspectiva clínica e nos indicadores de qualidade correspondentes, e a liderança de enfermagem traz conhecimento, experiência e ligação com a equipe de enfermagem para a melhoria contínua[16]. O líder de gestão ajuda a conduzir as decisões e a comunicação com os vários departamentos dos quais as unidades dependem[17].

Avaliação da transição e avaliação do valor

Os resultados reforçam a distinção entre avaliar o progresso da transição e avaliar quanto valor a unidade entrega (quadro 4.1). De forma mais ampla, os achados indicam a necessidade de diferenciar as características exigidas para funcionar como sistema de Saúde Baseada em Valor daquelas que apoiam o processo de mudança.

Escritório de valor e gestão da qualidade

Em 2015, Kaplan e colegas propuseram um escritório central para acelerar a difusão da agenda de valor[18]. Experiências posteriores, inclusive na América Latina[19], mostraram o papel desses escritórios de gestão de valor na coordenação da medição de desfechos e custos, no apoio às iniciativas de melhoria e no alinhamento dos sistemas de informação à estratégia de valor. O relatório de consenso da European University Hospital Alliance também apontou a equipe central de apoio como peça da estratégia organizacional de implantação[20]. Em conjunto, essas contribuições sugerem que inserir essas equipes na governança do hospital é decisivo para a integração, o alinhamento e a sustentabilidade do esforço.

Os resultados do Value Catalyst indicam a necessidade de uma equipe de apoio dedicada, que integre o trabalho das unidades por condição às estruturas de governança, por exemplo pela combinação entre gestão da qualidade e gestão de valor. As duas compartilham objetivos, como a melhoria dos processos clínicos, e alinhar os objetivos da qualidade aos da gestão de valor, que busca os melhores desfechos em relação ao custo, parece evitar serviços duplicados ou conflitantes. Equipes de implantação fragmentadas tendem a produzir esforços isolados e responsabilidade difusa[21], padrão também observado nos hospitais da comunidade (figura 6.2).

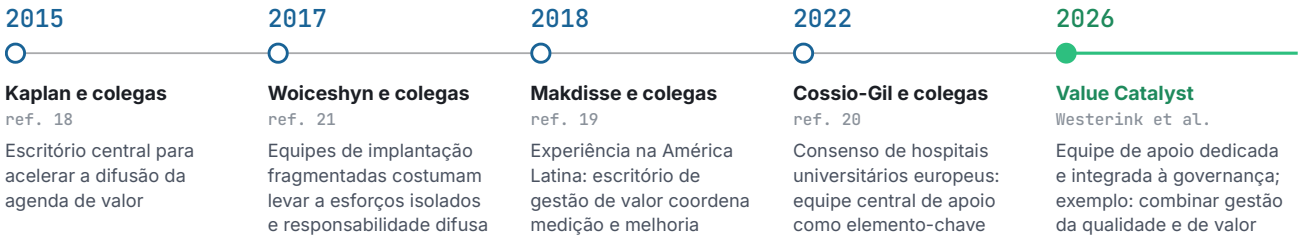


Figura 6.2 — *A equipe central de apoio nas referências discutidas pelos autores[18–21] e nos achados do Value Catalyst.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

Os autores deixam como agenda identificar quais serviços de VBHC, novos ou existentes, devem integrar o escritório de gestão de valor ou a equipe central de apoio, como a implantação de PROMs e a especialização em gestão da mudança com métodos lean, e entender como essa equipe funciona melhor dentro de uma organização por condição.

Limites declarados pelos autores

Terminologia — os hospitais usam os nomes dos arquétipos de formas diferentes ou criam termos próprios, o que dificulta entender o propósito de cada unidade no contexto local e sua inserção na organização. O questionário trazia explicações para cada termo e pergunta, e ainda assim a falta de definições padronizadas tende a seguir como desafio para a comunidade e para o campo.

Contextos — as diferenças de cultura e de sistema de saúde entre os hospitais dificultam o aprendizado entre organizações. A comunidade não inclui hospitais da África nem da América do Sul, o que pode limitar a compreensão de como os fatores de contexto dessas regiões moldam a transição. Os obstáculos, porém, se repetem: alinhar estruturas organizacionais, definir papéis de liderança e integrar métricas de desempenho clínico e financeiro. Para os autores, a convergência sugere que esses desafios são próprios da implantação de VBHC e reforça o papel da comunidade de aprendizagem na troca de conhecimento e na solução conjunta de problemas.

Impacto — o estudo descreve a implantação, sem medir o efeito sobre desfechos e custos. Vários hospitais e redes da comunidade publicaram melhorias relevantes em condições específicas[22–25], mas a relação entre o modelo e um valor maior para o paciente ainda precisa ser demonstrada. Estudos futuros terão de lidar com uma questão de método: o modelo trata da implantação no nível da organização, e o impacto sobre o valor se mede condição por condição.

Ponto de partida observado

A maioria dos hospitais do Value Catalyst começou com unidades por condição para um número restrito de grupos de pacientes e usou essas unidades como ponto de partida de um ciclo de melhoria baseado em dados de desfecho e, quando disponíveis, de custo (figura 6.3). Pelo caráter exploratório do estudo, os autores apresentam o modelo como conceituação inicial e propõem examinar até que ponto ele é reconhecido e aplicável em outros hospitais, sistemas de saúde e contextos de recursos. Propõem também estudar com que frequência cada ação é implantada e como ela influencia o progresso e o impacto da transição.

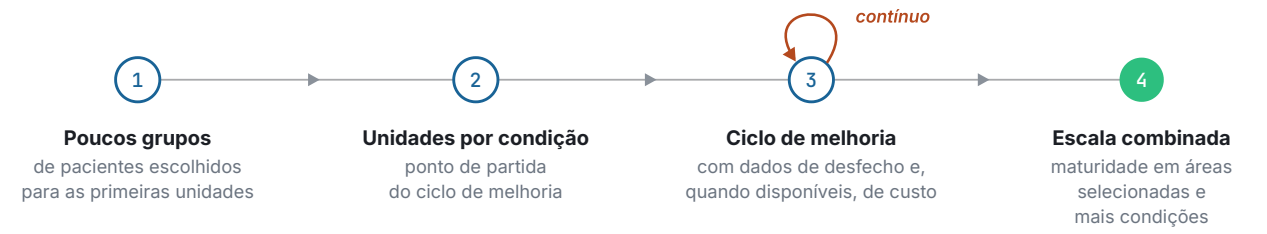


Figura 6.3 — *Percurso observado na maioria dos hospitais do Value Catalyst: unidades por condição para poucos grupos de pacientes como ponto de partida de um ciclo de melhoria, com escala em profundidade e em abrangência.*
Fonte: Westerink et al., 2026.

CAPÍTULO 7

Referências

Fonte primária — Westerink HJ, van Staalduinen DJ, Makdisse M, Villalba E, Bright J, Cook E, Mank R, Rueter F, Edden Y, Giménez E, Rodríguez CV, Walter K, Garcia T, Hopman J, Tan WJ, Kumari S, van der Nat PB. Moving toward a Condition-Based Organization — Lessons from the Value Catalyst Hospitals. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2026;7(10). DOI: 10.1056/CAT.26.0046. Henrike J. Westerink e Dorine J. van Staalduinen contribuíram igualmente para o artigo.

Referências do artigo original

1 Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.

2 van Staalduinen DJ, van der Nat PB, Bos WJW, Stiggelbout AM. A change management perspective on the implementation of value-based healthcare. In: Proceedings of the 2023 European Health Management Association Conference: Unveiling the Future Health Management. 2023;112-113 (https://ehma.org/app/uploads/2023/07/Numero-22-2023-Special-Issue-EHMA-2023-Abstract-Book.pdf).

3 Vijverberg JRG, Daniels K, Steinmann G, et al. Mapping the extent, range and nature of research activity on value-based healthcare in the 15 years following its introduction (2006–2021): a scoping review. BMJ Open 2022;12:e064983. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064983.

4 Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harv Bus Rev 2013;91:50-70.

5 van der Nat PB. The new strategic agenda for value transformation. Health Serv Manage Res 2022;35:189-193. DOI: 10.1177/09514848211011739.

6 Wiersema JE, Bresser CC, van der Nat PB. Organizing care around conditions: an expanded model of value-based health care. NEJM Catal 2023;4(12). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.23.0180. DOI: 10.1056/CAT.23.0180.

7 Porter ME, Lee TH. Integrated practice units: a playbook for health care leaders. NEJM Catal 2021;2(1). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0237. DOI: 10.1056/CAT.20.0237.

8 Steinmann G, Daniels K, Mieris F, Delnoij D, van de Bovenkamp H, van der Nat P. Redesigning value-based hospital structures: a qualitative study on value-based health care in the Netherlands. BMC Health Serv Res 2022;22:1193. DOI: 10.1186/s12913-022-08564-4.

9 van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC Health Serv Res 2022;22:270. DOI: 10.1186/s12913-022-07489-2.

10 van der Nat PB, Lee TH. Expanding the community of learning for value-based health care. NEJM Catalyst January 24, 2025 (https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.25.0032).

11 Lai YF, Lee SQ, Tan Y-R, et al. One-Bed-One-Team-Does an integrated general hospital inpatient model improve care outcomes and productivity: an observational study. Front Public Health 2022;10:779910. DOI: 10.3389/fpubh.2022.779910.

12 Martí A, Grau C, Giménez E, et al. Un modelo práctico para implementar la participación de pacientes en hospitales terciarios (modelo ICE) (A practical model to implement the patient participation in tertiary hospitals (ICE model)). J Healthc Qual Res 2025;40:3-11. DOI: 10.1016/j.jhqr.2024.09.003.

© Grupo CSV

13 Cattel D, Eijkenaar F, Schut FT. Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. Health Econ Policy Law 2020;15:94-112. DOI: 10.1017/S1744133118000397.

14 Aarons GA, Sklar M, Mustanski B, Benbow N, Brown CH. "Scaling-out" evidence-based interventions to new populations or new health care delivery systems. Implement Sci 2017;12:111. DOI: 10.1186/s13012-017-0640-6.

15 Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital — an longitudinal interview study. BMC Health Serv Res 2017;17:169. DOI: 10.1186/s12913-017-2104-8.

16 Watson CE, Leyva-Moral JM, Granel N, Garro M, Navarrete-Reyes L, Gómez-Ibáñez R. Understanding value-based healthcare: qualitative insights from nurses and nursing managers in hospital settings. J Nurs Manag 2025;2025:9365941. DOI: 10.1155/jonm/9365941.

17 Meijer F, Van Staalduinen DJ, Vriens D, Vermeulen PAM, van der Nat PB. The organizational impact of value-based health care: structure-related opportunities and challenges of condition-based units integrated within functional hospital structures. J Health Organ Manag 2026;40:403-421. DOI: 10.1108/JHOM-10-2025-0699.

18 Kaplan RS, MacLean CH, Dresner A, Haas DA, Feeley TW. Health care providers need a value management office. Harv Bus Rev 2015.

19 Makdisse M, Katz M, Ramos P, et al. What is a value management office? An implementation experience in Latin America. Value Health Reg Issues 2018;17:71-73. DOI: 10.1016/j.vhri.2018.02.002.

20 Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, et al. The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals — consensus report and recommendations. Value Health 2022;25:1148-1156. DOI: 10.1016/j.jval.2021.11.1355.

21 Woiceshyn J, Blades K, Pendharkar SR. Integrated versus fragmented implementation of complex innovations in acute health care. Health Care Manage Rev 2017;42:76-86. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000092.

22 Jin SW, De Zhi C, Deidre DS. Implementing value-driven care for ischemic stroke at Singapore General Hospital. NEJM Catal 2025;6(8). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0470. DOI: 10.1056/CAT.24.0470.

23 Engels N, Bos WJW, de Bruijn A, et al. Santeon's lessons from a decade of implementing value-based health care. NEJM Catal 2024;5(1). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.23.0232. DOI: 10.1056/CAT.23.0232.

24 Loh BJS, Teo LS, Kumari S, Santoso EG, Murphy D. Value-driven care methodology in total knee replacement surgery in Singapore. NEJM Catal 2025;6(4). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.24.0013. DOI: 10.1056/CAT.24.0013.

25 See KC, Murphy DP, Kumari S, Santoso EG, Kuan WS. A whole-of-hospital value-driven outcomes approach to optimize clinical outcomes and minimize hospitalization for community-acquired sepsis. NEJM Catal 2023;4(7). https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.23.0016. DOI: 10.1056/CAT.23.0016.

© Grupo CSV

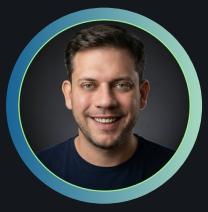
SÍNTESE

Unidades por condição, construídas por etapas

Os 10 hospitais do Value Catalyst organizam por condição parte do cuidado que prestam, em geral com um número limitado de unidades por condição e com arquétipos que podem conviver e evoluir. A transição se apoia em 3 domínios: o desenho da estrutura, com escopo, colocalização, governança e responsabilidades; os papéis e processos das unidades, com liderança, participação do paciente e avaliação; e a estratégia de mudança, com equipe de apoio, cultura e formação.

Os achados apontam um começo comum: unidades por condição para poucos grupos de pacientes, usadas como base de um ciclo de melhoria com dados de desfecho e, quando disponíveis, de custo. Apontam também a necessidade de uma equipe de apoio dedicada e integrada à governança. A relação entre o modelo e o valor entregue ao paciente ainda precisa ser medida, como registram os próprios autores.

Adaptado de Westerink HJ, van Staalduinen DJ, et al. Moving toward a Condition-Based Organization — Lessons from the Value Catalyst Hospitals. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery 2026;7(10). DOI: 10.1056/CAT.26.0046.



Dr. Guilherme Thomé

Grupo CSV — Cuidados em Saúde com Valor

grupocsv.com · guilherme@grupocsv.com

GRUPO CSV

© 2026 Grupo CSV · Compass™ 009/2026