


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117311](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117311)

Copyright: 

Conference Abstract

Innovation and integration for Impact - Playing today a leading role in tomorrow's health / La innovación y la integración de Impacto - Reproducción de hoy un papel destacado en la salud del mañana

Felipe Moyano, URG - OSDE Group, Argentina

Correspondence to: **Felipe Moyano**, URG - OSDE Group, Argentina E-mail: felipe.moyano@urg.com.ar

Abstract

Context: Chronic diseases are advancing at a fast pace; the fact that population is aging and that many patients with chronic conditions are not receiving the recommended preventive health care services is alarming. Healthcare costs are rising as demand for access to care increases faster than health infrastructure. Healthcare services and payment are also fragmented; therefore, nobody watches the overall results of patients' health and quality of life.

Practice: Remote chronic disease management control program. With no additional cost on monthly payment, affiliates are invited to enroll in the program and adhere voluntarily. Each patient is called to complete his Health Record. In time, he is contacted by the same Health Advisor with a certain frequency. All Health Advisors are university professionals (physicians, psychologists, nutritionists, pharmacists, nurses). Throughout this process, a relationship of trust is built to determine the patient's status related to diet; physical exercise; adherence to treatment; medical visits and regular checkups. The purpose of this follow-up process is to achieve, along with the patient, changes that will impact on his QOL and the optimization of health care resources. With the patient's consent, this information is shared with his general practitioner. Patients also have a Web portal and a Mobile app to upload his vital signs, be alerted on preventive checkups, doctors' visits, useful disease related information, interact with his health advisor, set and follow their goals. Targeted populations are those with certain chronic conditions (AHT, COPD, Diabetes, Heart and Coronary Failure). Stakeholders involved are patients, health insurance, physicians, medical providers and software vendor.

Outcomes: We have already noticed life style modifications (weight loss, they began doing physical exercise; they are more aware of their disease; have taken an active role and have their checkups done). We have not yet enough statistics to perform a complete segmentation analysis. We are exploring the cost saving hypothesis in order to verify program's payback. We discovered the need of developing a case management service model for the most complicated cases. We developed a Mobile App and a new Patient web portal to give more access to our affiliates and more interaction with our Health advisors.

Lessons learned: Software is important, but it is only a tool. There isn't a software solution that perfectly fits your need. It is crucial to find a reliable health related software vendor. An EHR was not enough to drive the program. CRM solutions available in the market were not designed for

remote chronic disease management either. There was a need to develop a specific operative system support. Big organizations need time to change their mentality. Combining the traditional financial information of Payers and the clinical data from patients, health results monitoring showed: high expenses are not related to wellbeing. The big challenge is to impact on people's health by changing their life styles, providing accessibility to care, and optimizing the health care system. Health advisors had been trained in a more traditional fashion during their medical school education; subsequently, intense coaching was done to incorporate the patient as an active participant in his care. Active Listening to patients is important in order to help them drive their life style changes. Each patient is an expert on the way he lives; general practitioners are experts on medical related issues, we are learning to be experts on driving changes with all participants working together. Standardizing processes is a key aspect to escalate this program and make it suitable for large populations. Customized and personalized care to each patient is crucial toward to drive true changes on people's life styles. Building a relationship of trust and setting goals with the affiliate is an important matter.

Timeline: MAR14 Pilot Stage kick-off +2.000 patients /MAY15 software and processes developed and adapted /2015-16 Data recollection /2017 full deployment.

Conclusions: As this program is voluntary and has no economic rewards for affiliates; adherence to it implies a true commitment by the patient, and an assertive selection of the affiliates by the payer. This is a more challenging path at the beginning, since the only reward for patients is to achieve a better QOL, but it will assure a more sustainable result in the long term.

Our experience so far has been shared with competitors and government officials. They found the program very interesting and promising. However, they have acknowledged that costs for this type of innovation are out of their reach at this point. As Payers deal with many participants and handle great information, they are set to integrate, lead changes and innovate.

Conference abstract Spanish

Contexto: Las enfermedades crónicas están avanzando a un ritmo acelerado; el hecho de que la población está envejeciendo y que muchos pacientes con enfermedades crónicas no están recibiendo los servicios de atención médica preventivamente recomendadas es alarmante. Los costos sanitarios están aumentando y la demanda de acceso a la atención aumenta más rápido que la infraestructura de salud. Servicios de salud y los pagos también están fragmentados; Por lo tanto, nadie ve los resultados globales de la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Práctica: El programa de control de gestión de enfermedades crónicas remoto. Sin costo adicional en el pago mensual, invita a los afiliados para inscribirse en el programa y se adhieren voluntariamente. A cada paciente se le llama para completar su expediente médico. Con el tiempo es contactado por el mismo consejero de salud con una cierta frecuencia. Todos los asesores de salud son profesionales universitarios (médicos, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, enfermeras). A lo largo de este proceso, una relación de confianza se construye para determinar el estado del paciente relacionado con la dieta; ejercicio físico; adherencia al tratamiento; visitas médicas y chequeos regulares. El propósito de este proceso de seguimiento es lograr, junto con el paciente, los cambios que tendrán un impacto en su calidad de vida y la optimización de los recursos sanitarios. Con el consentimiento del paciente, esta información es compartida con su médico de cabecera. Los pacientes también tienen un portal web y una aplicación móvil para cargar sus signos vitales, se le avisa preventivamente de los chequeos, visitas médicas, útil información sobre enfermedades relacionadas, interactúan con su consejero de salud, estableciendo sus metas a seguir. La poblaciones objetivo son aquellos con ciertas condiciones crónicas (HTA, EPOC, diabetes, del corazón e insuficiencia coronaria). Los interesados implicados son pacientes, seguro de salud, médicos, proveedores médicos y proveedor de software.

Resultados: Ya hemos dado cuenta de las modificaciones del estilo de vida (pérdida de peso, que comenzó a hacer ejercicio físico, sino que son más conscientes de su enfermedad, han tomado un papel activo y han hecho sus chequeos). Todavía no tenemos estadísticas suficientes para realizar un análisis completo de segmentación. Estamos explorando el costo e hipótesis de ahorro con el fin de verificar la recuperación de los programas de inversión. Descubrimos la

necesidad de desarrollar un modelo de servicio de gestión de casos para los casos más complicados. Hemos desarrollado una aplicación móvil y un nuevo portal web del paciente para dar más acceso a nuestros afiliados y una mayor interacción con nuestros asesores de salud.

Lecciones aprendidas: El software es importante, pero es sólo una herramienta. No hay una solución de software que se adapte perfectamente a sus necesidades. Es crucial encontrar un proveedor confiable de software relacionado con la salud. Un EHR no fue suficiente para conducir el programa. Soluciones CRM disponibles en el mercado no fueron diseñados para el manejo de enfermedades crónicas a distancia tampoco. Había una necesidad de desarrollar un apoyo específico de sistema operativo. Las grandes organizaciones necesitan tiempo para cambiar su mentalidad. La combinación de la información financiera tradicional de los pagadores y los datos clínicos de los pacientes, los resultados de salud de vigilancia mostró: altos costos que no están relacionados con el bienestar. El gran desafío es impactar en la salud de las personas, cambiando sus estilos de vida, proporcionando acceso a la atención, y la optimización del sistema de salud. Asesores de salud habían sido entrenados de una manera más tradicional durante su educación en la escuela de medicina; posteriormente, un entrenamiento intenso se hizo para incorporar al paciente como un participante activo en su cuidado. Escuchar activamente a los pacientes es importante con el fin de ayudarles a impulsar sus cambios de estilo de vida. Cada paciente es un experto en la forma en que vive; médicos generales son expertos en temas relacionados con la medicina, que están aprendiendo a ser expertos en la conducción cambia con todos los participantes trabajar juntos. La estandarización de los procesos es un aspecto clave para escalar este programa y que sea adecuado para grandes poblaciones. Atención personalizada y personalizado a cada paciente es crucial para conducir verdaderos cambios en los estilos de vida de las personas. La construcción de una relación de confianza y el establecimiento de metas con el afiliado es un asunto importante.

Cronología: MAR14 etapa piloto +2.000 pacientes / software y los procesos de inicio a May15 desarrollados y adaptados / 2.015-16 datos recogimiento / 2017 despliegue completo.

Conclusiones: Como este programa es voluntario no tiene recompensas económicas para los afiliados; la adhesión a la misma implica un verdadero compromiso por parte del paciente, y una selección asertiva de los afiliados por el pagador. Este es un camino más difícil al principio, ya que la única recompensa para los pacientes es lograr una mejor calidad de vida, para asegurar un resultado más sostenible a largo plazo.

Nuestra experiencia hasta ahora ha sido compartida con los competidores y oficiales del gobierno. Encontrando un programa muy interesante y prometedor. Sin embargo, han reconocido que los costos de este tipo de innovación están fuera de su alcance en este momento. Como de Fuentes de hacer frente a muchos de los participantes y manejar una gran información, se establecen para integrar, liderar cambios e innovar.

Keywords

innovation; impact; remote; chronic; disease / innovación; impacto; remoto; crónica; enfermedad

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>