

ORGANIZAR LOS CUIDADOS DE SALUD Y GENERAR VALOR EN EL SISTEMA

Isabel De Val Pardo
Catedrático de Organización de Empresas

Amaya Erro Garcés
Profesor Ayudante Doctor
Departamento de Gestión de Empresas
Universidad Pública de Navarra

Área temática: Sector Público

Palabras clave: salud, sistema sanitario, valor, cadena de valor, *cluster*

ORGANIZAR LOS CUIDADOS DE SALUD Y GENERAR VALOR EN EL SISTEMA

Resumen

Se propone la construcción real, virtual o mixta de “unidades por condición médica” (UCM) del paciente, como estrategia para transformar el valor en el sistema de salud a fin de reducir los costes y fijar el pago lógico de las prestaciones, lo que supondría integrar los cuidados, disponer de un sistema de información *ad hoc*, reconfigurar los servicios e identificar las actividades, los procesos, la cadena de valor, los intangibles y la productividad, promover la innovación y creatividad, el cooperar y competir así como el *cluster* de valor, y medir los *outcomes* o nivel de la salud del paciente y el coste del ciclo de la atención prestada.

La perspectiva de las unidades es el medio y largo plazo, la visión integral de las prestaciones desde atención primaria, terciaria y continuada, la identificación de actividades y de procesos que mejoren la salud e incorporen al paciente a sus hábitos de vida, la información integral que permita el uso de criterios, los indicadores y ratios, la coordinación y comunicación dinámica de los agentes; todo para identificar el valor logrado en el sistema general de los cuidados de la salud. Lo facilita el Cuadro de Mando Integral y el mapa estratégico de cada una de las unidades que contribuirán a la conciencia estratégica, extensible a todos los niveles del sistema de salud y todos ellos se concatenen, a fin de crear valor en todo el sistema al proporcionar la retroalimentación entre todas las instancias.

1. Introducción

La comunicación propone configurar “unidades por condición médica” (UCM) del paciente en los cuidados de salud, como estrategia para transformar el valor en el sistema de salud a fin de reducir los costes y fijar un pago de las prestaciones lógico y comprensible.

Tales unidades se asimilan a las “unidades de gestión clínica” en cuanto a equipos multidisciplinares orientados al paciente, la coordinación asistencial, la gestión y las decisiones descentralizadas, la responsabilidad de los implicados en el valor añadido, una estructura organizativa plana y, la asistencia coordinada e información compartida y fluida por cuestiones de eficiencia.

La perspectiva de las UCM en el horizonte temporal es el medio y largo plazo según lo requiera el paciente, la visión integral de las prestaciones desde atención primaria a terciaria y continuada, la identificación de las actividades y los procesos que mejoren su salud y le incorporen a sus hábitos de vida, la información integral que permita el uso de criterios, indicadores y ratios, la coordinación y comunicación de los distintos agentes implicados, la identificación del valor logrado de cara a posibles mejoras y la reconducción del mismo.

La condición médica de un paciente, según Porter (2010), incluye el conjunto de circunstancias relativas a su salud que deben tratarse íntegramente. Caso de cefaleas, supondría que los *outcomes* y los costes se midan por el cuidado completo del paciente, es decir, por el esfuerzo combinado de todos los intervinientes en el ciclo que conforman equipos multi y transdisciplinares *ad hoc* (neurólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, enfermería, cirujanos maxilofaciales, especialistas en sueño, neurocirujanos, etc.), y no por cada una de las intervenciones singulares de cada especialidad.

En el caso de patologías extendidas entre la población -como las cefaleas o la diabetes- pueden atenderse por unidades que organicen la prestación sanitaria desde atención primaria, al segmentar los pacientes por los síntomas y el tratamiento inicial. Posteriormente, se derivan a centros de atención especializada y continuada, a fin de proseguir la dinámica de un trabajo multidisciplinar, abocado al ciclo integral de la salud del enfermo que incluye actividades de soporte (como la rehabilitación, la asistencia social, la nutrición, etc.), de educación del paciente y el seguimiento de su calidad de vida.

Las atenciones clínicas necesarias son interdependientes y el paciente las valora por la recuperación sostenida de la salud en el tiempo, pero hay que seguir el impacto de tal recuperación, en la vida cotidiana, y valorar longitudinalmente el ciclo completo de la rehabilitación integral. Implica la responsabilidad conjunta de todos los actores, de las especialidades y los servicios afectados, incluyendo la comorbilidad, que puede incluir la depresión, la obesidad y posibles complicaciones, como los trastornos respiratorios y el riesgo cardíaco.

El sistema de información novedoso y las TIC (AECA, 2013) son clave en el seguimiento del proceso para contabilizar el valor compartido, así se sabe la contribución particular, la medición de los *outcomes* y los costes por paciente. En el caso de pacientes en condiciones múltiples, es decir crónicos, es fácil tal medición, pero en patologías extendidas y comunes como las cefaleas, la diabetes, la insuficiencia coronaria o respiratoria, lo garantizarán las UCM reales, virtuales o mixtas.

Tales unidades son innovadoras al identificar las intervenciones y tecnologías eficaces en base a la eficiencia, al aglutinar los pacientes de manera conveniente con una visión global longitudinalmente, continuada y coordinada, y ser atendidos con seguridad, calidad y profesionalidad.

Si se crean, el valor en los cuidados de salud se centra en el paciente y depende de los *outcomes*, o impacto de los servicios en la salud, y no por el volumen de los servicios prestados. Más vale gastar en servicios de valor añadido, desde la prevención y atención primaria -evitando una medicina defensiva con pruebas, en particular las de imagen, innecesarias en ocasiones al no aportar información útil y no estar exentas de riesgos al paciente- pues los costes acumulados del ciclo total de la salud serán menores. Además, la política de salud, a distintas instancias, se guía por una reducción de los costes *per se*, sin observar los *outcomes* logrados, lo que es un puro engaño, al centrarse en el corto plazo y no profundizar en los efectos inducidos que pueden tener en el largo plazo.

2. Las Unidades por Condición Médica (UCM)

La redefinición de los cuidados de salud en EEUU se debe a Porter y Teisberg (2006), quienes propusieron la creación de valor en el mismo en base a la competición de los resultados: el foco de las prestaciones lo centraron en la condición médica del paciente necesitado de un trasplante o afectado por cáncer, y la repercusión en el sistema de pago. Se valieron de la cadena de valor del paciente de larga duración para desglosar las actividades asistenciales y no asistenciales a fin de eliminar aquellas de valor nulo, reducir los costes y determinar los resultados por unidad de coste. En el caso de atención primaria, Porter y Lee (2013) plantearon la utilidad de crear “unidades prácticas integradas”.

En España los centros de atención especializada (hospitales o clínicas) se organizan a nivel estratégico con criterios funcionales, seguido por divisiones de unidades médicas con rasgos funcionales (servicio de reumatología, digestivo, traumatología, pediatría, hematología, etc.) lo que ocasiona que persista una organización en silos o bloques verticales que obstaculiza la coordinación de los distintos procesos interrelacionados.

Tales servicios se gestionan por procesos, lo que ocasiona la creación de unidades claves (caso de cuidados intensivos, de coronaria, mama, cirugía oral y maxilofacial, etc.) en la atención a pacientes con patologías similares e incurrir en eficacia y eficiencia. Así se eliminan las actividades de escaso o nulo valor, se aplanan la configuración a fin de ser efectivos y competitivos, y el personal asociado realiza trabajos multidimensionales -enriquecedores- que permiten desarrollar sus conocimientos y habilidades. Todo esto fomenta la autonomía al reducir la separación entre ejecución y control, y la toma de decisiones se descentraliza en el intento por lograr un mayor valor del resultado. Pero la orientación al paciente se limita a la especialidad del servicio.

Se puede generar un mayor valor en el sistema de salud si se crean UCM centradas en la salud del paciente de manera integral, incluso si se extienden a patologías comunes y generalizadas en la población -como son las cefaleas- que condicionan tanto el estilo de vida de los enfermos obligados a deambular por distintas especialidades y centros (neurología, psiquiatría, urgencias, hospital de día, unidad del dolor, centros hospitalarios, atención primaria), lo que incrementa los costes totales del sistema. También el que la enfermedad tiene desde el punto de vista del paciente (De Val-Pardo y Carnicero, 2017), que está integrado por el que corresponde a los gastos efectivos en los que se ha incurrido en su rehabilitación (coste explícito) y el relativo a los gastos en

los que se incurre y no se expresan (coste implícito, como son los accidentes de trabajo o las enfermedades relacionadas con el trabajo).

Se puede ir más allá en el logro de un mayor valor en los cuidados de salud tal y como proponen Kaplan y Porter (2011), si se eliminan las variaciones innecesarias de los procesos y aquellas actividades que no añadan valor, si se utiliza de manera adecuada la capacidad de los recursos tangibles e intangibles, si el diseño del proceso y su localización es el adecuado, si las destrezas y habilidades de los profesionales que intervienen son las idóneas, si el tiempo está bien ajustado y se optimiza todo el ciclo.

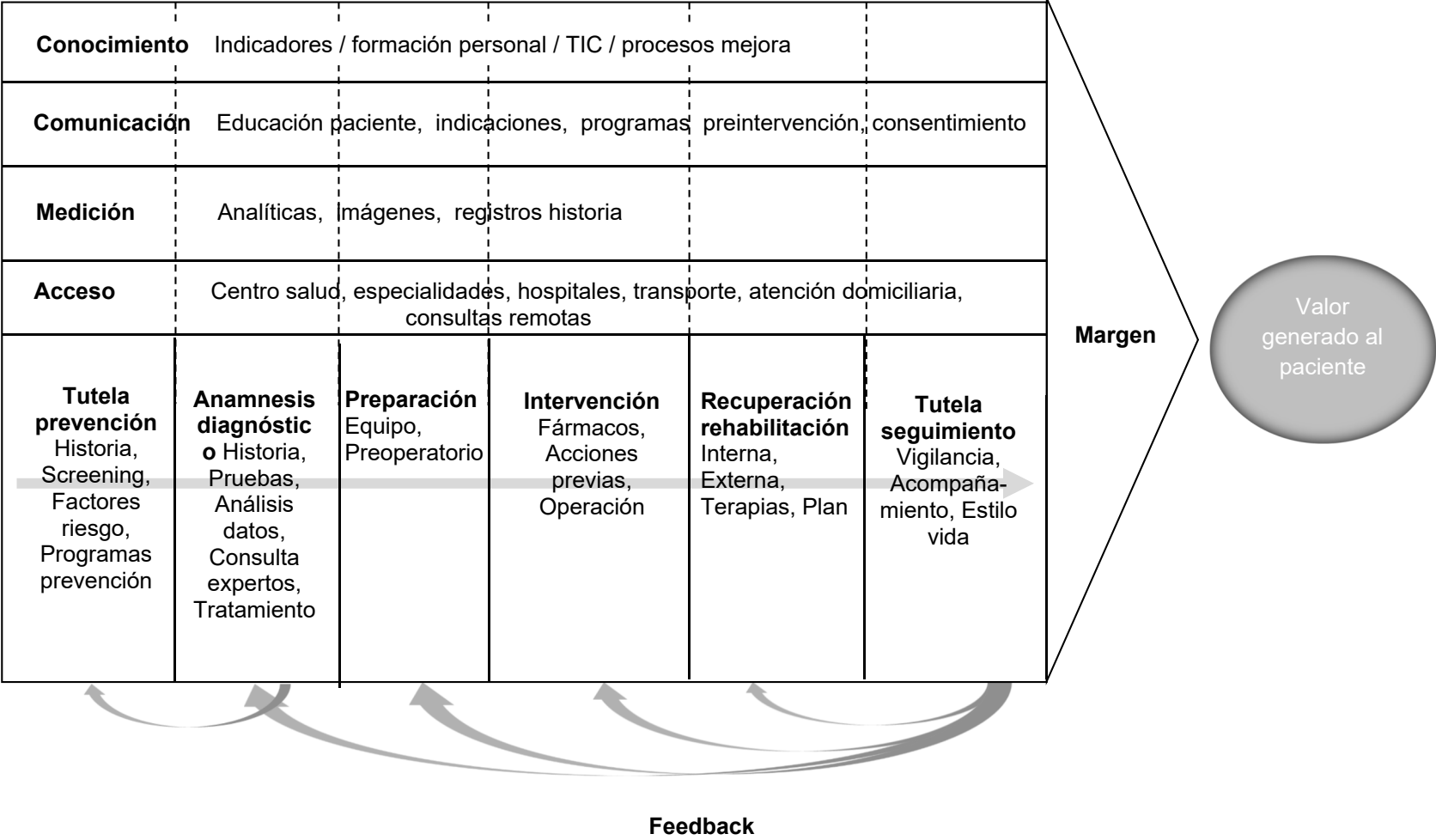
Las UCM responden a tales cuestiones y la construcción e implantación de las mismas supondría lo siguiente:

- Integrar los cuidados, al centrarse en la condición médica del paciente de manera que la asistencia individual se conforme de manera cohesionada. Se trata de seleccionar los servicios que proporcionen excelencia al valor de la unidad por patología y se prosiga con la racionalización en la restauración de la salud por el uso de recursos y el trabajo en equipo.

La prestación a medida según lo requiera el paciente conjuga lo estándar y lo particular al integrarse los cuidados clínicos en una estructura formal, virtual o híbrida de un sistema guiado por la eficacia y la eficiencia, y la evaluación integral del ciclo por el ratio coste/beneficio.

- Disponer de un sistema de información *ad hoc*, que defina bien los datos, su combinación y estructura; alcance al ciclo completo de la atención; promueva el acceso y la comunicación incluido el paciente; promueva una arquitectura para la medición de los *outcomes*, del proceso y de los costes por condición médica.
- Reconfigurar los servicios, al pasar a formar parte de una prestación en una red de valor añadido donde cooperen actividades asistenciales (consultas externas, ingresos hospitalarios, hospital de día) y no asistenciales (administración, investigación, docencia, educación del paciente, *biofeedback*). La configuración identificará:
 - Las actividades por su naturaleza, por la relación con el objetivo de coste o por la aportación al valor añadido para el paciente.
 - Los procesos, con una visión horizontal donde el paciente sea el eje en torno al cual se planifican las actuaciones, se tomen las decisiones y se organicen las actividades.
 - La cadena de valor, que muestre el esquema de la unidad (Figura 1) que describa los procesos a optimizar para un mayor éxito y facilite la identificación de las medidas que permitan saber cómo y cuándo se han alcanzado los objetivos.

Figura 1. Cadena de valor (adaptada de Porter y Teisberg, 2006)



Ofrece la trazabilidad del paciente por una sintomatología a lo largo de las actividades absolutamente necesarias en la restauración de la salud: las básicas asistenciales, es decir, prevención, anamnesis, diagnóstico, tratamiento, recuperación y seguimiento; y las que contribuyen indirectamente al mismo, al ser de apoyo, no asistenciales como la administración, el acceso a las prestaciones, las comunicaciones o la medición del estado de salud del paciente.

Es un instrumento de gestión que permite conocer la manera en que las actividades apuntalan la ventaja competitiva al identificar las fuentes de valor añadido.

- Los intangibles de la UCM, que crearan valor: indirecto, por las relaciones causa-efecto, tal como identificaron Kaplan y Norton (2001); contextual, al no poderse separar de los procesos particulares que ocasionan el resultado; o potencial por medio de la prestación y seguimiento de la salud del paciente, que inicialmente no será monetario pero se irá transformando en producto o servicio con valor monetario.
- La productividad, que se redefinirá por la congruencia del trabajo multidisciplinar integrado, el mejor uso de recursos y la eficiencia del proceso en torno a la atención médica del ciclo.

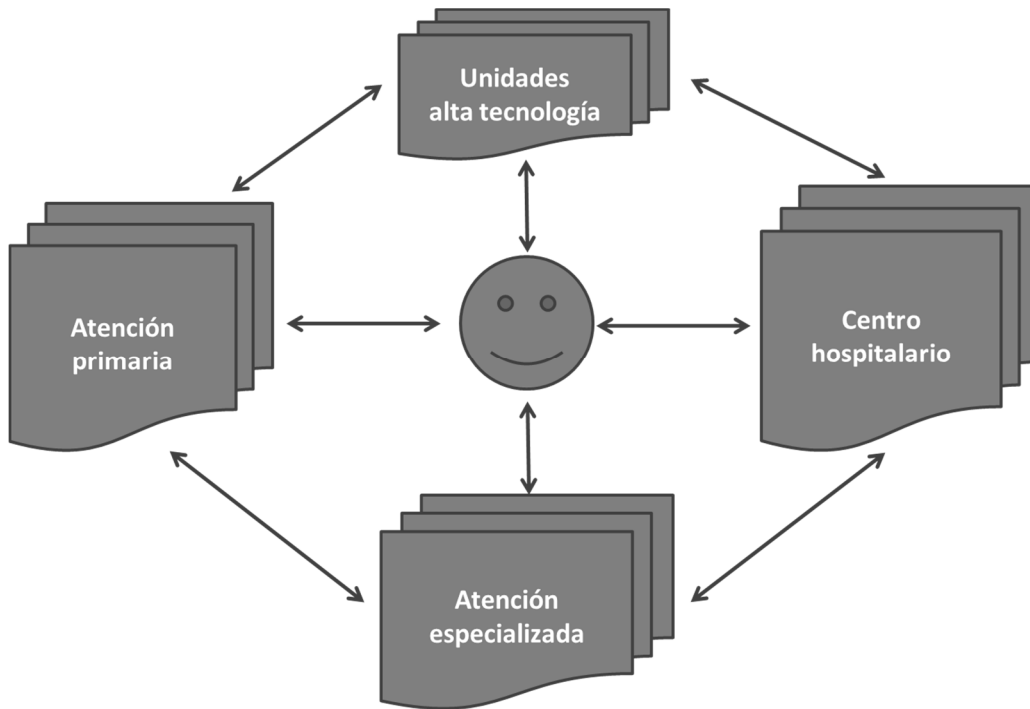
➤ Promover

- La innovación y creatividad, en los profesionales implicados al transformar la prestación por ser nuevos o mejorados, realizarlos por medio de procesos específicos novedosos o responder a nuevos métodos de hacer, lo que se debe a la innovación propia de las competencias y las tecnologías innovadoras (De Val-Pardo, 2007a, 2007b).

La condición médica del paciente se aborda de manera multidisciplinar mediante destrezas singulares, lo que ocasiona resolver los estados del paciente en circunstancias particulares y aunar actitudes y aptitudes en el marco de unas técnicas, métodos y protocolos.

- El cooperar y competir, al obrar conjuntamente en un fin que requiere una labor conjunta, a la vez que los profesionales lidian entre sí al aspirar con empeño en la recuperación de la salud del paciente, valor que se reflejará en los indicadores de resultado.
- Un *cluster* (De Val-Pardo, 2009; De Val-Pardo y Carnicero, 2016), o red de valor de la unidad por patología (Figura 2) que permita la evaluación coordinada y el análisis conjunto del propósito, es decir, la condición médica del paciente en el horizonte temporal; y facilite las conexiones entre las actividades multidimensionales y posibles sinergias.

Figura 2. *Cluster de valor*

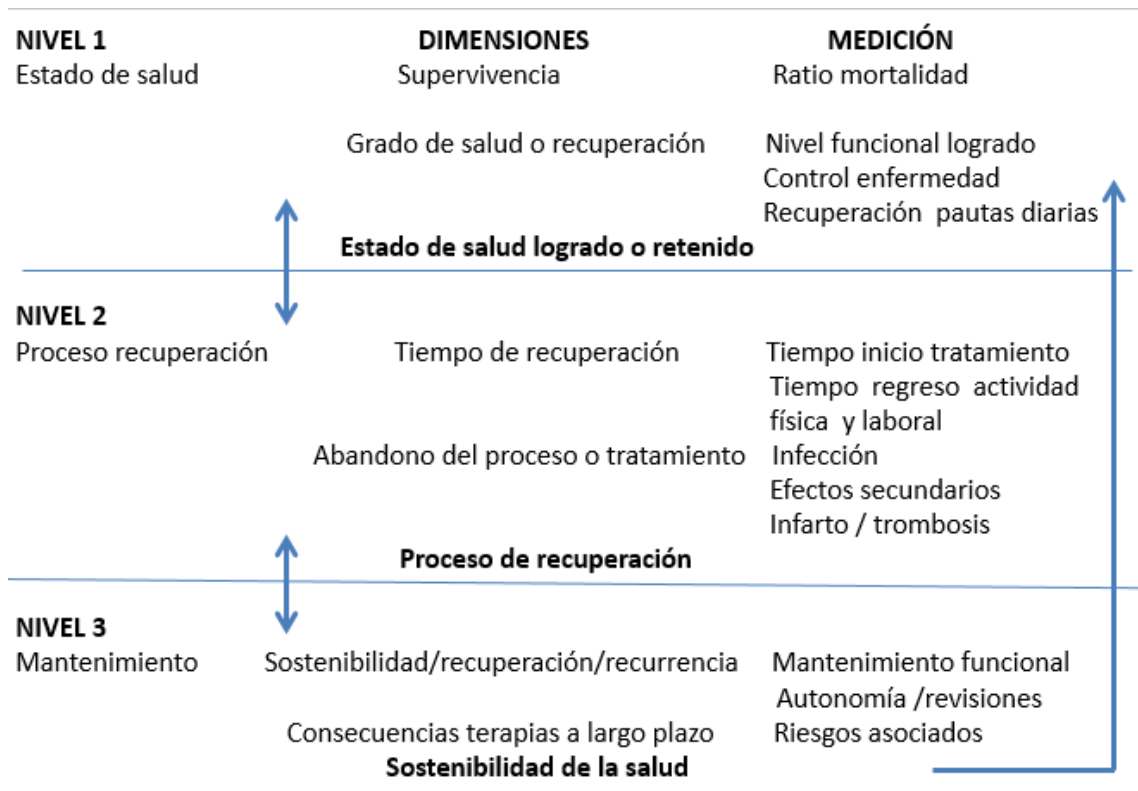


El *cluster* fomenta la competencia y la colaboración a pesar de las diferencias de las aportaciones particulares, donde la cooperación es sistemática, así como la agilidad en la respuesta a las circunstancias, la fluidez en la generación de la mejora de la salud, la utilización de las TIC y *mHealth* para la coordinación.

➤ Medir

- Los *outcomes* del paciente o nivel de la salud, fruto de un proceso integrado de la atención de los cuidados recibidos que se estratificarán según Porter (2010, 2013), al atender a una jerarquía (Figura 3) y ofrecer la progresión de su evolución; cada uno de los *outcomes* satisface unos niveles, con unas dimensiones relativas a ciertos aspectos de la salud asociados a la calidad y efecto de la prestación. Se requiere la medición completa de todos ellos, según las necesidades y ser guía para la reducción de costes, así el ratio coste/beneficio permitirá comparaciones con tratamientos alternativos.

Figura 3. Jerarquía de *outcomes*, dimensiones y medición



- El coste del ciclo de la atención. En el caso de las UCM el sistema de costes a utilizar es el ABC, por la diversidad de *outputs* y productos intermedios (intervenciones, radiodiagnostico, tratamientos, o implantes, trasplantes y altas) y finales (mantenimiento, mejora o rehabilitación del nivel de salud), las actividades de apoyo intervinientes y la existencia de procesos comunes, así las actividades se miden a través de los inductores de costes o factores de variabilidad de los mismos (como el número de consultas, analíticas, las pruebas sujetas a las tecnologías, las exploraciones, estancias hospitalarias, etc.), lo que permite eliminar o reducir las causas y evitar la repercusión subsiguiente en el proceso de mejora.

Los pasos adecuados (Kaplan y Porter, 2011), en el seguimiento de la condición médica del paciente para determinar el coste al imponer la orientación horizontal o transversal de las actuaciones, la flexibilidad en la producción, la coordinación de las áreas que se requieren y la personalización, son: seleccionar la condición médica, definir la cadena de valor, desarrollar el mapa del proceso de cada actividad a fin de identificar los recursos y proveedores implicados, estimar el tiempo de cada proceso, determinar el coste de las prestaciones, identificar la capacidad que cada recurso tiene disponible para la prestación y estipular la capacidad del ratio del coste, y finalmente calcular el coste total del ciclo.

3. Conveniencia de las UCM

En muchos centros hospitalarios o clínicas existen “consultas especializadas” y “unidades de gestión clínica” en los servicios, que guardan cierta similitud con las UCM al estar orientadas al paciente. Tales unidades, mejoran la eficacia asistencial, la relación coste/beneficio, también la docencia e investigación, y son eficientes en el manejo de pacientes, que discurren por las infraestructuras asistenciales aisladas. Lo conveniente es que el sistema ofrezca la trazabilidad de la recuperación de su salud desde atención primaria, lo que es factible por medio de las UCM ya que redimensionan la atención al paciente.

Si se promueve la configuración de las mismas, la eficacia y la satisfacción de los pacientes y los profesionales implicados se incrementarán. Los primeros, mejorarán su calidad de vida y reducirán los costes farmacoeconómicos (menos fármacos y visitas médicas), y en el caso de los profesionales asistenciales y no asistenciales, su contribución será más enriquecedora al logro de un mejor resultado y bienestar general.

Además, la construcción de UCM pone de relieve la necesidad de eliminar las desviaciones en los procesos asistenciales, así como todo aquello que no añada valor, lograr una mejor utilización de la capacidad de los recursos y diseñar los procesos de manera adecuada, es decir ajustados en tiempos, e integrados por los profesionales convenientes según la condición médica de los pacientes; todo en el intento de optimizar el ciclo completo de la prestación de los cuidados que restaure su salud.

La construcción de UCM se vale del “ser” y “para qué” de su valor para el paciente y su extensión al sistema de salud, al tratar de responder a:

- para qué, al perseguir la mejora de la salud de la población;
- para quién, es decir, los grupos de interés o agentes implicados directa o indirectamente;
- cómo, por medio de acciones con el soporte pertinente de tipo asistencial y no asistencial;
- cuándo, que se cierre al ciclo de la atención médica del paciente con una prestación puntual o continuada; y
- dónde, en particular la cadena de valor en la que se diferencian las actividades primarias y de apoyo.

Los supuestos de los que se parte son:

- Los profesionales implicados, que a título individual o grupal, orientados a la trazabilidad del estado del paciente, en el intento de su desarrollo personal y profesional, contribuyan al propósito del sistema organizativo del sistema de salud.
- Las organizaciones públicas (atención primaria, hospitales de atención especializada o terciaria) o privadas con las que se ha concertado o exteriorizado alguna prestación (asistencial o no asistencial); unas y otras participan en la salud de la población, crean empleo, renta, contribuyen al PIB y al desarrollo y bienestar de la sociedad.
- La estrategia del sistema de salud público a cualquier nivel de gestión y decisión: micro, meso y macro.

Se trata de un hacer válido y efectivo: la construcción organizativa de las prestaciones de salud, en torno a unidades por condición médica del paciente, y del uso de

instrumentos de gestión, como la cadena de valor y el *cluster* para promover un mayor valor en el sistema de salud.

4. Perspectiva estratégica

Las UCM deben orientar la toma de decisiones y acciones, en la búsqueda del estado futuro de los pacientes, intentando adaptar su competencia a las circunstancias y condicionantes, de aquí la estrategia a seguir por medio del proceso estratégico de las unidades facilitado por el respectivo Cuadro de Mando Integral (CMI) que identifica los inductores de valor de la estrategia y ofrece un sistema de gestión que alinea las UCM con el curso de acción, y se complementa con el cálculo de costes basado en las actividades o sistema ABC.

Los factores críticos de una UCM los identifica el mapa estratégico al ofrecer sus relaciones, saber hacia dónde se va, explicitar las hipótesis de su configuración y describir el proceso de la interacción a fin de generar el valor final. La construcción del mapa estratégico (Kaplan, 2004) de cada UCM muestra la estructura íntegra y lógica que describe su estrategia ya que las relaciones causa-efecto ofrecen la transformación de los activos intangibles en resultados tangibles, facilitados por los indicadores.

Su construcción (Figura 4) obliga a la unidad a clarificar la lógica de cómo crear valor y para quién lo hace, a describir la estrategia como un proceso continuo desde las cuatro perspectivas (dos orientadas al exterior: la económica y la del usuario o paciente; y dos al interior: la de los procesos internos y la de las capacidades) cohesionadas, y verificar los resultados a corto plazo; así se detectan las desviaciones y se puede actuar al respecto.

Figura 4. Mapa estratégico de una UCM



El mapa estratégico de una UCM permite adaptar los objetivos de cada perspectiva al logro de su visión y velar por la coherencia integral al adecuar los indicadores de la gestión a los objetivos definidos, tal como apunta cada una de ellas:

- a) La perspectiva económica. Trata de atender a la cuestión, qué hacer y qué objetivos económicos debe plantearse para maximizar el valor de los dueños del capital, que al tratarse de los servicios públicos de salud son los contribuyentes. Se refiere a la capacidad para prestar la atención al paciente de manera sostenida, equilibrando el gasto con los recursos disponibles, siendo eficientes, y aplicar los recursos en acciones de valor que mejoren su salud.

Los gestores responsables determinarán los inductores de valor, como el crecimiento del volumen de la actividad, la sostenibilidad de la prestación por patología, la rentabilidad de los recursos necesarios y la liquidez o disponibilidad presupuestaria.

- b) La perspectiva del usuario o paciente. Pretende determinar la proposición de valor para los pacientes al tratar de identificar qué ofrece la unidad y a quién se lo ofrece. Los inductores del valor, en este caso, al estar claramente identificados sus pacientes son la oferta novedosa, la excelencia en la prestación, el reconocimiento de la imagen y prestigio de la UCM y el incremento de la confianza de los pacientes.
- c) La perspectiva de los procesos internos. Se centra en los procesos de la cadena de valor a fin de dar respuesta a las expectativas de los pacientes y los contribuyentes, por ser los que tienen la propiedad “de principio” de los servicios públicos, de la que no capitalizan los beneficios si los hubiera, de aquí que adolezcan de incentivo por su evolución económica. Los inductores de tales procesos son el desarrollo de nuevos servicios, la mejora de la calidad, el optimizar los costes, el ciclo logístico y el desarrollo de acciones en el ecosistema sanitario.
- d) La perspectiva de las capacidades. Facilita un mejor rendimiento al centrarse en la alineación de los recursos intangibles, es decir, del capital humano (incluyendo el aprendizaje y el conocimiento) y la infraestructura sanitaria (es decir, los sistemas de información y organización para ser competentes) por medio de inductores tales como la integración del personal, la estructura organizativa, la innovación tecnológica y los sistemas de información.

5. Conclusión

La configuración de los servicios de salud, en torno a UCM, contribuirá al valor del sistema de los servicios públicos de salud, dadas ciertas circunstancias dominantes, como son la pirámide de la población, el avance de las TIC y el uso de instrumentos metodológicos de gestión útiles, que contribuyen al sentido de identidad y pertenencia de los profesionales al sustentarse en la contribución, la comunicación y la comprensión grupal (De Val-Pardo y Corella, 2001; De Val-Pardo, 2007a).

La cadena de valor de las UCM y el *cluster* desde atención primaria, especializada y continuada, junto con otros grupos de interés (De Val-Pardo y Carnicero, 2016), vinculan las actuaciones en el corto plazo con la visión de la estrategia del sistema de salud, pues al disponer de indicadores que describan la situación de cara al futuro, se estimula la implantación de acciones con un resultado a largo plazo: los implicados observan la

relación de su trabajo y el resultado del mismo, facilitado por indicadores, lo que redundaría en la satisfacción por un buen hacer.

El siguiente paso, para adaptar las competencias a las circunstancias y las condiciones de los pacientes, es proceder con perspectiva estratégica con el soporte del Cuadro de Mando Integral y la construcción del mapa estratégico, a fin de lograr el equilibrio entre las partes y la proposición de valor general, ya que se requiere la medición y valoración del cumplimiento de los objetivos estratégicos que redunde en la calidad de productos o servicios sanitarios: hay que interpretar correctamente los logros a fin de señalar la dirección a seguir, comparar la información facilitada y tomar las decisiones en consecuencia.

Bibliografía

AECA, (2013) *Tecnologías de la Información en el Sector Hospitalario*, Nuevas Tecnologías y Contabilidad, Documento nº 12, Madrid

De Val-Pardo, I. (2009) "Sinergias entre Sector Público y Privado. *Cluster sanitario*", XV Congreso AECA, Valladolid, 2009, 23-25 de Septiembre.

De Val-Pardo, I. (2007a) *Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor*, Díaz de Santos, Madrid

De Val-Pardo, I. (2007b) "Planificación de la innovación" *Revista de la Sociedad Española de Informática de la Salud*, 77-92

De Val-Pardo, I.; Corella, J.M. (2001) *Sistemas de salud. Diagnóstico y planificación*, Díaz de Santos, Madrid

De Val-Pardo, I.; Carnicero, J. (2016) *Servicios públicos de salud. Diagnóstico y planificación*, Díaz de Santos, Madrid.

Kaplan, R. (2004) *Mapas estratégicos*, Gestión 2000, Barcelona.

Kaplan, R.; Norton, D. (2001) *Cómo utilizar el cuadro de mando integral*, Harvard Business Press, Gestión 2000, Barcelona.

Kaplan, R.; Porter, M. (2011) "How to solve the cost crisis in health care" *Harvard Business Review*, 47-64

Porter, M.E.; Teisberg O, E. (2006). *Using competition to reform healthcare*. HBS Working Knowledge. Boston.

Porter, M.; Lee, T.H. (2013) "The strategy that will fix health care", *Harvard Business Review*, 1-19

Porter, M. (2010) "What is value in health care?" *The New England Journal of Medicine*, 2477-2481