

SAÚDE BASEADA EM VALOR

Péricles Dourado (BM, Msc), Túlio Veiga Jardim (Adv, Esp)
Luciana Vieira (Ft, MBA, Msc, PhD), Alessandra Lima (CD, MBA, Msc, PhD)
20 de outubro de 2021

A maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde pode ocorrer por diferentes formas (brevemente descritos abaixo) e a Saúde Baseado em Valor (SBV) é uma opção que surgiu acompanhando a tendência de ampliação da produção de experiências e conhecimento relacionados ao financiamento da atenção a saúde, à implementação de modelos alternativos de pagamento baseados em valor, vinculados ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução de desperdícios na prestação dos serviços de saúde.

- **Fee For Service (FFS)**: conhecido como modelo de conta aberta, é a forma hegemônica de remuneração de prestadores de serviços, especialmente de profissionais de saúde, muito utilizado no setor privado brasileiro. Essa forma de remuneração pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, onde a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens utilizados (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e serviços intermediários, tais como exames complementares) (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI, 2016; MILLER, 2017; e ANS, 2019b).
Com a crescente crítica ao *Fee For Service* (modelo tradicionalmente mais utilizado), desde o final da década de 1980 e início dos anos 1990, diversos sistemas de saúde mundiais têm migrado para outros modelos de pagamento (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014). A título de exemplo cita-se: Espanha, Portugal, França, Alemanha, Holanda, Suíça, Reino Unido, Finlândia, Polônia, Estados Unidos.
- **Pagamento por Diárias Hospitalares (Per Diem)**: específico para remuneração de internações hospitalares e se constitui de valores estabelecidos por dia de permanência do paciente a partir da estimativa de seus custos, correspondente ao número de diárias – ou seja, ao somatório do tempo de permanência dos pacientes internados no período em questão multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014).
- **Pay For Performance (P4P)**: ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho através de algum método já existente,

em geral por orçamento global ou por *Capitation* e, em alguns casos, por DRG ou até mesmo o próprio FFS ou ainda criando outras propostas inovadoras (ANS, 2019b).

- **Capitation:** definido como um modelo de remuneração de médicos ou outros prestadores de serviços de saúde, por meio do estabelecimento de um valor fixo por paciente cadastrado (*per capita*) para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados, para uma população definida, em um período de tempo especificado. (UGÁ, 2012; BOACHIE et al., 2014; BICHUETTI, 2016; ANS, 2019b).
- **Orçamentação:** consiste no estabelecimento de um montante de recursos estimado por meio de uma programação orçamentária com valores geralmente baseados em pagamentos anteriores, série histórica, e ajustados por um fator de inflação para um período de tempo. (NETO, 2011).

A **SAÚDE BASEADA EM VALOR (SBV)** surgiu recentemente como um movimento proeminente nos cuidados de saúde que se concentra em maximizar os resultados alcançados por valor monetário investido. Apesar da SBV se assemelhar ao método de análise de custo efetividade (ACE) por ambos tratarem do investimento em saúde, tais abordagens se diferem em relação às suas principais aplicações, perspectivas e os tipos de custos e resultados que consideram (TSEVAT & MORIATES, 2018).

Enquanto a ACE geralmente considera os custos e benefícios da perspectiva da sociedade ou do setor de saúde, a SBV se destina a adotar a perspectiva do paciente. Com isso, a ACE tem como objetivo informar as decisões de cobertura em um nível de grupo ou população e a SBV deve ser implementada no nível das interações médico-paciente. Neste ínterim, o pagamento baseado em valor emergiu como um componente visível da SBV e está ganhando espaço nos Estados Unidos em várias formas, particularmente pagamentos agrupados e organizações de atendimento responsável, em um esforço para recompensar o atendimento de alto valor e desincentivar o atendimento de baixo valor (TSEVAT & MORIATES, 2018).

Segundo Pannestrì & Banfi (2019) na SBV o melhor valor é aquele dado pelos benefícios compartilhados entre todas as partes interessadas envolvidas no processo: pacientes, prestadores de serviços, fornecedores, pagadores e cidadãos. Além disso, os autores afirmam que a medicina laboratorial pode contribuir para melhorar a relação custo x benefício ao longo de todo o ciclo de atendimento ao gerar conhecimento útil apoiado por fortes evidências para reduzir despesas e melhorar o atendimento ao paciente.

Para Steinmann e colaboradores (2020) apesar de popular, o conceito da SBV possui grandes ambiguidades sendo que, na pesquisa realizada pelo grupo, foram catalogados os quatro discursos a seguir com percepções diferentes quanto ao objetivo central da SBV:

1. Discurso de Empoderamento do Paciente – no qual a SBV é uma estrutura para fortalecer a posição dos pacientes em relação às suas decisões médicas;
2. Discurso de Governança – em que a SBV é um kit de ferramentas para incentivar os prestadores de serviço;
3. Discurso do Profissionalismo – a SBV é uma metodologia para a prestação de cuidados de saúde;
4. Discurso da Crítica – a SBV é repreendida como dogma de manufaturabilidade.

Apesar das divergências entre estas diferentes linhas de raciocínio elas convergem quanto à percepção de que a tomada de decisão compartilhada é um componente chave da SBV, fato que contrasta com a literatura pioneira sobre o tema. E, de acordo com os autores, o significado de SBV – incluindo suas implicações percebidas para a ação – depende muito do quadro de referência que um ator ou organização traz à tona ao buscar mais valor para os pacientes e reconhecer essa questão é uma preocupação vital ao estudar, implementar e avaliar a SBV (STEINMANN et al., 2020).

Em um trabalho conduzido na Finlândia, as autoras informam que a SBV foi implementada nos países nórdicos principalmente como um conceito estratégico no desenvolvimento de hospitais e que esta abordagem é consistente com a estrutura do “triplo objetivo”, **em que são visadas simultaneamente as melhorias da saúde da população, da experiência do paciente e dos custos do atendimento.** Ao avaliarem como as metas da SBV evoluíram nos programas do governo finlandês de 1995 a 2015 os resultados mostram que os propósitos do “triplo objetivo” gradualmente tornam-se evidentes nas políticas de saúde finlandesas, sendo que as políticas de bem-estar nórdicas foram impactadas pela SBV não apenas no nível organizacional, mas também em relação à medição de desempenho e prestação de cuidados. Segundo as pesquisadoras, particularmente em sistemas com financiamento público, a SBV indica uma transformação para uma nova ideologia de governança pública, acelerando as metas de políticas que promovam a capacidade de resposta do cliente e a criação de valor para os cidadãos (KOKKO & KORK, 2021).

Kuster (2021) afirma que a premissa principal da geração de valor em saúde é colocar o paciente no centro do cuidado e que esta geração de valor pode ser entendida como o resultado obtido em relação aos custos necessários para atingir o desfecho (figura 1). O autor destaca os seguintes alicerces para geração de valor em saúde (KUSTER, 2021):

- **Identificação da necessidade do procedimento** – há necessidade de identificar se determinado procedimento é necessário ou não pois, mesmo que o desfecho tenha sido adequado tanto para o paciente quanto para os custos, pode haver problemas no processo, no caso de alguma ação ter sido executada de forma desnecessária.
- **Desfecho clínico** – avaliar qual foi o desfecho clínico dos pacientes, com medições como acompanhamento após a alta e experiência do cliente;
- **Controle do desperdício** – identificar possíveis desperdícios nos diferentes processos.

$$\text{Geração de Valor em saúde} = \frac{\text{Qualidade} \times \text{Experiência do paciente}}{\text{Custo}}$$

Figura 1 – Equação que demonstra a geração de valor em saúde (KUSTER, 2021).

Tendo em vista o envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população brasileira, o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, aliado à constante incorporação de novas tecnologias em saúde a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que a remuneração de prestadores baseada em valor na assistência à saúde, entendida como aquela onde o foco não seja exclusivamente a redução de custos mas sim o cuidado com o paciente e a qualidade dos serviços prestados, tem sido considerada uma alternativa para conferir maior sustentabilidade aos sistemas de saúde e melhorar seus resultados, em vez de remunerar os prestadores por volume de procedimentos realizados (ANS, 2019a; 2019b).

Possíveis vieses presentes nos diversos modelos de remuneração	Possíveis modulações para redução das limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Sobreutilização de procedimentos; • Alta variabilidade da prática clínica; • Redução ou dificuldade do acesso a níveis mais complexos do cuidado; • Seleção adversa de risco; • Subutilização de Procedimentos; • Baixa qualidade na prestação dos serviços; • Sobreposição de procedimentos; • Altas hospitalares precoces ou muito prolongadas; • Uso exclusivo para redução de custos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência científica; • Acompanhamento de dados demográficos e epidemiológicos da população assistida; • Monitoramento dos resultados por meio de indicadores de qualidade e segurança do paciente; • Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços que contemple objetivos e metas claramente definidos; • Avaliação sistemática da experiência do paciente; • Uso de sistemas de informação; • Integração da rede de atenção à saúde; • Coordenação do cuidado; • Ajuste do pagamento por fatores de risco; • Divulgação dos modelos de remuneração e dos resultados em saúde para a sociedade.

Figura 2 – Vieses presentes nos diversos modelos de remuneração e sugestões de modulação para redução das limitações (ANS, 2019b).

O aumento global das demandas de saúde leva administradores e formuladores de políticas buscarem formas de aprimorar a oferta de cuidados de saúde de boa qualidade a custos sustentáveis (PANNISTRÌ & BANFI, 2019), contexto no qual a Saúde Baseada em Valor mostra-se como uma alternativa promissora.

REFERÊNCIAS

- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Guia da ANS orienta sobre remuneração de prestadores. 2019a. Acesso em 04/10/2021.
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. 2019b. Acesso em 04/010/2021.
- BICHUETTI, J.L.; MERE JR., Y.A. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil. 2016. Acesso em 15/10/2021.
- BOACHIE, M. K. et al. Healthcare Provider - Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport. 2014. Acesso em 15/10/2021.
- KOKKO, P. & KORK, A.A. Value-based healthcare logics and their implications for Nordic health policies. Health Serv Manage Res. 2021. Acesso em 28/09/2021.
- KUSTER, G. O paciente no centro do cuidado como estratégia para gerar valor em saúde. Medicina S/A. 2021. Acesso em 29/09/2021.
- MILLER, H. D. Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It. Creating a Patient-Centered Payment System to Support Higher-Quality, More Affordable Health Care. Center for Healthcare Quality & Payment Reform. First Edition. 2017. Acesso em 15/10/2021.
- NETO, V.G. Serviços de assistência direta ao paciente. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, p. 209-29, 2011.
- PANNESTRI, F. & BANFI, G. Value-based healthcare: the role of laboratory medicine. Clin Chem Lab Med. 2019. Acesso em 27/09/2021.
- STEINMANN, G. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. BMC Health Serv Res. 2020. Acesso em 28/09/2021.
- TSEVAT, J. & MORIATES, C. Value-Based Health Care meets cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med. 2018. Acesso em 27/09/2021.
- UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Acesso em 15/10/2021.