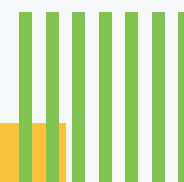




Jornada da adoção de cuidados em saúde baseados em valor no Brasil:

aprendizagens, casos de
sucesso e caminhos
para o futuro



Jornada da adoção de cuidados em saúde baseados em valor no Brasil: aprendizagens, casos de sucesso e caminhos para o futuro

Realização:



Organização:

Fabício Campolina (Coordenador)
Denise Eloi
Priscila Andrade
Tania Yuba

DOC

RJ Estrada do Bananal, 56 - Freguesia/Jacarepaguá - CEP: 22745-012 - (21) 2425-8878

SP (11) 97269-9516

www.universodoc.com.br | atendimento@universodoc.com.br



CEO: Renato Gregório | **Gerente geral:** Sâmya Nascimento | **Gerentes editoriais:** Marcello Manes e Thamires Cardoso | **Coordenadora de conteúdo:** Jéssica Costa | **Coordenador médico:** Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ) | **Gerente de novos negócios:** Thaís Novais | **Coordenadora de Pró-DOC:** Alice Selles | **Revisora:** Paloma Sousa | **Designers gráficos:** Douglas Almeida, Ivo Nunes, Mariana Matos e Monica Mendes | **Gerentes de relacionamento:** Fabiana Costa, Karina Maganhini e Thiago Garcia | **Assistentes comerciais:** Heryka Nascimento e Jessica Oliveira | **Produção gráfica:** Abraão Araújo e Viviane Telles

Campolina, Fabrício; Eloi, Denise; Andrade, Priscila; Yuba, Tania.

Jornada da adoção de cuidados em saúde baseados em valor no Brasil: aprendizagens, casos de sucesso e caminhos para o futuro / Fabrício Campolina, Denise Eloi, Priscila Andrade e Tânia Yuba. Rio de Janeiro: DOC, 2021. 1ª edição - 72 p.

ISBN 978-65-87679-56-3

1. Jornada da adoção de cuidados em saúde baseados em valor no Brasil: aprendizagens, casos de sucesso e caminhos para o futuro. I. Campolina, Fabrício. II. Eloi, Denise. III. Andrade, Priscila. IV. Yuba, Tania.

CDD-658.8

Reservados todos os direitos. É proibida a reprodução ou duplicação deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem permissão expressa do autor. Direitos reservados ao autor.

Sumário

6	Prefácio
8	Introdução
10	Conceitos fundamentais e ferramentas de VBHC
14	Aspectos legais, financeiros e regulatórios relacionados à implementação de VBHC
20	Jornada de adoção de VBHC no Brasil
24	Melhorias na linha de cuidado do paciente – caso de sucesso
30	Modelo de remuneração de pagamento por episódio de cuidado (<i>bundle</i>) – caso de sucesso
34	Acordos Baseados em Desfecho Capitation – caso de sucesso
38	Acordos Baseados em Desfecho Orçamento Global – caso de sucesso
44	<i>Value-based Healthcare</i> e políticas públicas em saúde
50	Tendências: SDHC Fatores socioeconômicos que impactam nos desfechos em saúde
56	Tendências: <i>hubs</i> sociais na população brasileira
58	Tendências: Papel dos Estipulantes
62	Tendências: Transformação Digital & VBHC
66	Considerações finais e caminhos para o Futuro

Prefácio

Jornada da Adoção de Cuidados em Saúde Baseados em Valor no Brasil: aprendizagens, casos de sucesso e caminhos para o futuro

Claudio Luiz Lottenberg

Presidente do ICOS

Giovanni Guido Cerri

Vice-presidente do ICOS

Realizar transformações estruturais sem interromper uma atividade vital foi o desafio a que nos propusemos ao enfrentar a questão sobre as formas de remuneração dentro do sistema de saúde do Brasil. Na busca do equilíbrio entre sustentabilidade financeira e da melhora na assistência integral ao paciente, o Instituto Coalizão Saúde (ICOS) colocou, sobre bases sólidas, a discussão relativa aos Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Para isso, divulgamos a primeira nota técnica sobre o tema em 2017, um marco que, cada vez mais, revela-se um divisor de águas na qualidade do debate sobre o assunto no país.

Àquela altura, não podíamos imaginar que três anos depois o mundo seria impactado por uma pandemia que desafiou a ciência, a Medicina e a economia e que deixou ainda mais exposta a abissal diferença social do globo. A Covid-19 acelerou a necessidade de mudança. A maior crise sanitária que a humanidade presenciou em um século tornou ainda mais urgente o desafio de pensar um sistema de saúde mais sustentável e eficiente.

Tivemos, portanto, que avançar em meio a profundas turbulências. E avançamos. Neste documento, mostramos exemplos bem-sucedidos na adoção de modelos de pagamento mais sustentáveis, com exemplos práticos de como podemos adotar novos padrões mais eficientes do ponto de vista econômico e melhores do ponto de vista dos desfechos para os pacientes.

**Claudio Luiz
Lottenberg**



**Giovanni Guido
Cerri**



Nas próximas páginas o leitor encontrará desde aspectos legais e regulatórios para a mudança de modelos de pagamentos até projetos implementados com sucesso em hospitais de referência como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e o Hospital Sírio-Libanês. Especialistas internacionais trazem modelos testados ao redor do mundo e apontam as tendências que vêm se consolidando como as melhores em busca de um sistema de saúde melhor para todos.

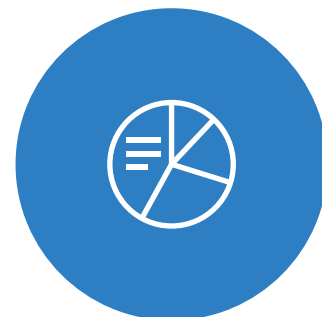
Trazidos para a nossa realidade, onde os indicativos socioeconômicos possuem características e desafios próprios, esta nota técnica amplifica e aprofunda o debate. Mais que isso, mostra-se um guia para toda a cadeia produtiva de saúde que pretende dar seus passos de maneira informada em direção a este modelo de pagamento. Por isso, a nota inclui também importantes discussões sobre comunicação, área vital para a promoção de saúde e disseminação de informação correta para todas as comunidades, com suas diferentes características e formas de abordagem, bem como sobre a transformação digital. Torna-se, assim, um documento focado em seu objeto, mas amplo em seu olhar.

Nosso compromisso em buscar soluções para um modelo que se sustenta financeiramente, de melhor qualidade e que amplifique a satisfação do beneficiário do sistema, ou seja, da população em geral, mantém-se firme. O contexto da pandemia colocou ainda mais celeridade no processo.

O que aconteceu de 2017 para cá mostra que estamos no caminho certo. Pesquisamos, praticamos, aprendemos. Evoluímos na discussão do tema sobre cuidados baseados em valor e conseguimos unir os diversos atores da Saúde – hospitais, operadoras de planos, instituições, medicina de grupo e lideranças – para gestão dos primeiros conceitos e cases de sucesso.

O envolvimento dos parceiros foi crucial para chegarmos onde estamos. É a prova de que o esforço das instituições associadas e de todos os participantes é o motor que nos conduzirá aos resultados que almejamos: um sistema de saúde melhor e mais eficiente para todos.

Há, sabemos, um longo percurso pela frente. Mas vivemos um momento único para a área de saúde, que ganhou visibilidade inédita com a pandemia. Aqui, o ICOS aproveita para deixar registrado seu reconhecimento a toda a cadeia do setor pelo enfrentamento heroico dessa emergência sanitária. E convida todos a encontrar, nas próximas páginas, caminhos para tornar nosso sistema de saúde, público e privado, cada vez melhor. Boa leitura.



Introdução

Fabrizio Campolina

Diretor Sênior de Healthcare Transformation na J&JMD Latam; MBA Duke University; Coordenador Grupo de VBHC do ICOS

Este documento tem como objetivo dar continuidade à contribuição realizada pela nota técnica Modelos de Pagamento Baseados em Valor¹ publicada em 2017 pelo Instituto Coalizão Saúde para, desta forma, intensificar os esforços para adoção de VBHC no Brasil.

Naquele momento, o foco central foi a disseminação dos principais conceitos e categorias de modelos baseados em valor. Havia pouco conhecimento sobre esse assunto e prevalecia uma grande incerteza sobre a velocidade de adoção desse modelo em nosso país. Essa nota técnica e toda a divulgação de seu conteúdo teve papel fundamental na educação sobre Cuidado em Saúde Baseado em Valor no mercado de saúde brasileiro.

A pandemia tornou ainda mais importante esse processo de mudança. Os incentivos proporcionados pela adoção do *Value Based Health Care* (VBHC), ou Cuidado em Saúde Baseado em Valor, contribuem para redução de desperdícios, foco do modelo assistencial no paciente e integração do sistema de saúde.

Vencidos o ceticismo e o desconhecimento, essa continuação busca refletir sobre a jornada de adoção, os aprendizados, os casos de sucesso e os efeitos da pandemia no sistema de saúde brasileiro.

Acreditamos que esse documento pode contribuir com o avanço de acordos baseados em desfecho nos modelos de contratação entre provedores e planos de saúde por meio da divulgação das aprendizagens realizadas nos últimos anos e reflexões sobre as principais tendências.



Em nosso país, o VBHC tem evoluído de processos focados na linha de cuidado para acordos baseados em desfecho, como riscos compartilhados e pagamentos por performance (*pay-for-performance*). Importante destacar que ainda há baixa visibilidade do setor sobre os casos de sucesso de modelos baseados em valor nas negociações comerciais.

O foco inicial na melhora dos desfechos clínicos nas linhas de cuidado resulta em menos complicações, menor tempo de internação e maior satisfação dos pacientes. Um caso bastante divulgado é o *bundle* de bariátrica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz². Esse caso relata redução significativa de complicações e redução de 7.1% nos custos totais do procedimento.

Muitos dos centros com experiências bem-sucedidas na melhora de linhas de cuidado têm conseguido capitalizar essas melhoras por meio de atração de um volume maior de pacientes. Acredito que, nos próximos anos, haverá também o compartilhamento das economias geradas e um fortalecimento dos acordos baseados em desfecho.

Convidamos todos a embarcar nesta jornada, incorporando os aprendizados até o momento, compreendendo as tendências e refletindo sobre a melhor forma de trilhar este caminho para o futuro.

Esta mudança é fundamental para finalmente termos o alinhamento entre os incentivos financeiros de quem oferece serviços de cuidado de saúde com os interesses de quem os demanda: o paciente.

Conceitos fundamentais e ferramentas de VBHC

Dr^a. Marcia Makdisse | CRM: 68538–SP

Médica; PhD em Cardiologia e mestre em Transformação de Sistema de Saúde; mentora estratégica da AsQ Saúde e sócia-diretora da Academia VBHC e da Mak Valor

A estratégia de *Value-based Health Care* (VBHC), que pode ser traduzida como Cuidado de Saúde Baseado em Valor, publicada por Porter e Teisberg em 2006, propõe a transformação do sistema de saúde de um modelo de cuidado fragmentado e focado em volume de atendimentos para um modelo integrado e comprometido com os resultados em saúde. O princípio fundamental dessa estratégia é a maximização do valor para os pacientes, definido na Equação de Valor como os resultados em saúde que importam aos pacientes em relação aos custos de se obter tais resultados, em um ciclo completo ou episódio de cuidado³.



Valor para pacientes

Resultados em Saúde
Custos

Implementação de VBHC

A transição do sistema atual para um sistema baseado em valor não é simples e demanda mais do que a implementação de melhorias incrementais, como protocolos baseados em evidências, programas Lean de melhoria contínua de processo, gestão de pacientes de alto risco, desincentivos ao uso de recursos como autorização prévia e coparticipação, entre outros que, embora tenham sua importância, não são capazes de provocar a transformação do sistema e garantir a entrega de resultados em saúde. Por outro lado, várias dessas melhorias incrementais são ferramentas úteis para implementação de VBHC.

Em 2013, Porter e Lee publicaram um *framework* para auxiliar no processo de implementação conhecido como a Agenda de Valor. Seis elementos inter-relacionados compõem a agenda: organização em unidades de prática integradas; mensuração de resultados em saúde e custos para todo paciente; pagamentos por *bundles* para ciclos de cuidado; integração do cuidado entre os serviços de saúde; expansão geográfica dos serviços de excelência e a disponibilização de uma plataforma de TI que suporte a estratégia de valor⁴.

Importante ressaltar que o primeiro passo na implementação da estratégia de VBHC não é desenhar o modelo de remuneração. Embora modelos de remuneração baseados em valor sejam componentes fundamentais para incentivar a transformação e remunerar melhor os prestadores que apresentem melhores resultados, eles devem ser desenhados com base no novo modelo de cuidado integrado proposto e não o contrário. A seguir, discutiremos os principais passos no desenho desses modelos.



I. Identificação e constituição do time assistencial e redesenho do modelo assistencial (cocriação)

O desenho tem início com a identificação das necessidades, não atendidas pelo modelo atual, de um segmento da população. O modelo é organizado, preferencialmente, em torno de ciclos completos de cuidado de uma condição clínica, um conjunto de condições relacionadas ou populações específicas. Porém, especialmente nos modelos implementados em hospitais terciários, a organização poderá ser feita em torno de episódios de cuidado que envolvem procedimentos cirúrgicos ou intervencionistas.

Nunca é demais enfatizar a importância de se identificar e constituir, precocemente, o time assistencial multidisciplinar que participará da cocriação, da implementação e da operacionalização do modelo. Um time com *expertise*, aspirações de transformar o cuidado e disposto a se responsabilizar pelos desfechos e custos é um dos principais fatores de sucesso. Outro fator-chave é garantir a coordenação do cuidado e a navegação dos pacientes ao longo do ciclo de cuidado.

Principais ferramentas:

Unidade de Prática Integrada (UPI): *Framework* proposto por Porter para organizar e integrar o cuidado em torno de condições clínicas ou segmentos da população para ciclos completos de cuidado.

Cadeia de valor do cuidado: Permite o mapeamento das atividades assistenciais e de apoio e guia o desenho das linhas de cuidado.

Linhas de cuidado: Planos terapêuticos multidisciplinares estruturados e baseados nas melhores evidências para guiar o atendimento dos pacientes.

Metodologia Lean de melhoria de processos: Importante para a identificação de ineficiências, desperdícios e oportunidades de melhorias nos processos. Importante entender a variabilidade de prática inerente às características dos pacientes e atuar sobre a variabilidade não desejada.



II. Mensuração dos desfechos e dos custos

Embora a maioria das organizações invista uma quantidade grande de recursos na coleta de indicadores, boa parte deles é constituída por métricas de processos e desfechos clínicos gerais, como taxas de infecção e mortalidade. São úteis para a gestão, mas pouco significam para os pacientes portadores de condições clínicas específicas. Os modelos de VBHC devem incluir desfechos reportados pelos pacientes (*Patient-Reported Outcomes* – PROs), com objetivo de demonstrar o valor gerado para os pacientes. Preferencialmente, as métricas devem ser validadas e padronizadas para permitir *benchmarking* com outras organizações.

A mensuração dos custos é um desafio talvez ainda maior que a medida dos desfechos. Os custos precisam ser medidos ao nível da condição clínica ou segmento da população para ciclos ou episódios de cuidado. A metodologia preconizada por Kaplan para modelos de VBHC é o Custeio Baseado em Atividade e Tempo (*Time-Driven Activity-Based Costing* – TDABC). Na prática, em geral, os modelos de remuneração propostos pelos pagadores levam em conta o valor histórico do desembolso feito ao prestador e não o custo real. Para o prestador, no entanto, torna-se fundamental entender os custos reais envolvidos no modelo proposto e as oportunidades de redução do desperdício⁵.

Principais ferramentas:

Hierarquia de desfechos de Porter: Propõe três categorias de desfechos. O nível 1 refere-se ao estado de saúde obtido ou mantido, o nível 2 ao processo de recuperação e o nível 3 à sustentabilidade da saúde.

Padrões de desfechos ICHOM: O *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) disponibiliza padrões de coleta de desfechos para 38 condições clínicas ou segmentos da população.

Sistema de Business Intelligence (BI): Fundamental para a análise financeira, retrospectiva e prospectiva de dados clínicos e de utilização, que permitirão a identificação dos *gaps* de qualidade e nortearão a elaboração do modelo de pagamento e a demonstração do valor gerado com o novo modelo.

Modelo de ajuste de risco: As variáveis de *caso-mix* devem ser selecionadas a partir das características da condição ou população atendida. Importante para entender a variabilidade e comparar a prática de diferentes prestadores.



III. Desenho do Modelo de Pagamento Baseado em Valor

Também conhecidos como Acordos Baseados em Desfechos (Acordos Baseados em Desfecho – OBAs), têm como princípio fundamental atrelar parte da remuneração aos desfechos obtidos. A maioria dos modelos alternativos ao *fee-for-service* puro não são OBAs, pois o foco está em garantir maior previsibilidade e controle dos custos e em transferir parte do risco financeiro para o prestador; além disso, o pagamento não está atrelado à melhora dos desfechos da população atendida.

Uma vez que a condição clínica e o segmento da população a ser atendida são definidos, define-se o escopo (critérios de elegibilidade, serviços incluídos e excluídos no modelo, o tempo de abrangência), os indicadores-chave de desempenho e como estarão atrelados à remuneração, ao preço proposto para o episódio ou ciclo de cuidado e à forma e periodicidade de avaliações dos resultados e reembolsos.

Não existem ferramentas específicas para o desenho dos diferentes modelos de pagamento. Em geral, eles baseiam-se nos casos implementados internacionalmente e na experiência de implementação dos envolvidos no processo, internos ou externos à organização.





IV. Monitorização contínua e ações de melhoria

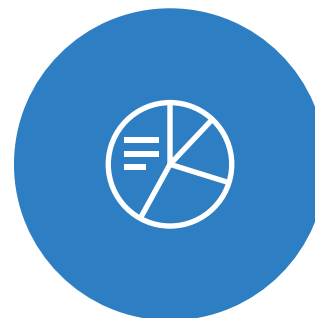
A definição do *dashboard* de acompanhamento e a monitorização contínua dos indicadores permite que os responsáveis pela gestão clínica e administrativa do modelo possam atuar sobre eles e propor ciclos de melhoria e aprendizagem ao longo do ciclo de cuidado.

Principais ferramentas:

Dashboard: Painel de indicadores que registra a performance.

DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve and Control): *Framework* utilizado para implementar ciclos de melhoria de processos.

Por fim, a operacionalização e a gestão dos modelos dos OBAs demandam coordenação do cuidado, atuação multidisciplinar e monitorização de desfechos e custos, tarefas difíceis de ser realizadas em escala sem uma plataforma digital robusta que integre as informações dos pacientes ao longo dos ciclos ou episódios do cuidado. Nesse cenário, a interoperabilidade torna-se essencial para garantir a troca de informações em tempo real, ou quase real, permitindo que se possa atuar sobre elas.



Aspectos legais, financeiros e regulatórios relacionados à implementação de VBHC

Dr. Renato Nunes

Sócio do Escritório Machado Nunes Advogados

Dr^a. Teresa Gutierrez

Sócia do Escritório Machado Nunes Advogados; Presidente da Comissão de Direito Sanitário – OAB SP

Os novos modelos de remuneração trazem novos desafios aos integrantes da cadeia da saúde suplementar, pois demandam uma alteração nas tradicionais relações vigentes. Essa modificação atinge até mesmo os contratantes de planos privados de assistência à saúde que, a despeito de não atuarem diretamente nos contratos entre operadoras de planos de saúde e sua rede credenciada, pagam a conta da sinistralidade.

Este capítulo está estruturado em dois tópicos principais: no primeiro, abordamos os contratos de rede credenciada e os principais pontos de atenção e divergência entre Prestadores de Serviços de Assistência à Saúde (“prestadores”) e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (“OPS”), assim como os aspectos que não podem deixar de ser tratados nos contratos que regem novos modelos de remuneração; e, no segundo, trazemos uma perspectiva financeira ao debate, especialmente no que se refere ao

reconhecimento de receitas e despesas e possíveis impactos nas cláusulas de reajuste de planos coletivos.

I. Contratos de rede credenciada e os novos modelos de remuneração

No dia a dia de prestadores e OPS, os principais pontos de atenção e divergência nos contratos de rede credenciada são: a) a glosa, especialmente a glosa sobre procedimentos previamente autorizados pela OPS; b) o reajuste, e; c) a suspensão de atendimento pelo prestador por atraso no pagamento.

No modelo de remuneração de conta aberta (ou *fee-for-service*), a glosa acaba sendo a protagonista do relacionamento entre OPS e prestadores, pois é por esse mecanismo que a OPS suspende o pagamento de um procedimento que considera indevido.

Assim, apesar de o serviço ter sido prestado ao beneficiário e de terem sido despendidos medicamentos, produtos para saúde e mão de obra qualificada, o prestador pode vir, sim, a ter parcelas de seu pagamento suspensas pela OPS.

Grande parte dos procedimentos glosados costuma ser previamente autorizada pelas OPS, pois, com exceção dos procedimentos de urgência e emergência, todos acabam passando pelo crivo prévio da OPS para serem liberados.

O fato é que a regulamentação em vigor, com especial destaque à RN nº 363/2014, prevê que o contrato de rede credenciada deve trazer “as hipóteses em que o prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado”.

Assim, a despeito de toda a discussão em torno do tema, entendemos que o contrato firmado entre OPS e prestador deve trazer, de forma detalhada, todos os casos em que o instituto da glosa pode ser utilizado. Preenchidos esses parâmetros contratuais, a glosa pode ser aplicada. Fora desses padrões previamente definidos, não há que se falar em suspensão de pagamento.

Em outros modelos de remuneração, como *capitation*, *bundle*, orçamentação global ou até mesmo nos pacotes, o instituto da glosa perde força, pois não se paga mais por cada item, mas sim por uma linha assistencial, um tratamento completo ou por todo o serviço daquele prestador.

Ainda assim, a perspectiva é que os modelos de remuneração convivam entre si em um mesmo contrato, de modo que a possibilidade de OPS e prestador simplesmente extinguirem os dispositivos contratuais que regem a glosa não seja vislumbrada, pois o modelo de remuneração *fee-for-service* ainda coexistirá com os outros modelos.

Aliás, uma das principais dificuldades na elaboração de contratos de rede credenciada com novos modelos de remuneração é justamente essa: instituir uma estrutura contratual clara em relação à aplicação ou não de certos procedimentos para um modelo e não para outro.

Especificamente no que se refere ao reajuste, a prática do mercado era a de incluir uma cláusula no contrato de livre negociação. Ao longo dos anos, o que se viu é que muitos dos contratos de rede credenciada seguiram sem reajuste. Essa situação fez com que houvesse uma reação do Congresso Nacional que, em 2014, determinou que o contrato de rede credenciada deve trazer previsão de reajuste anual (lei nº 13.003/2014).

O fato é que a regulamentação posterior editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez com que o tema ficasse relativamente complexo. É que a lei nº 13.003/2014 determinou que o reajuste do contrato de rede credenciada deve ser anual, mas imputou à ANS a competência para definir o índice quando for o caso.

A Diretoria Colegiada da ANS decidiu que o caso de aplicação do seu reajuste é limitado aos contratos que tragam, como cláusula de reajuste, apenas a livre negociação. Assim, se o contrato definir o índice a ser aplicado, não há que se falar em índice de reajuste da ANS. A saída encontrada pelo setor foi a de propor cláusulas que garantem a negociação entre as partes e, transcorrido esse prazo, a aplicação de percentual de algum índice oficial de reajuste (ex: 60% do IPCA).

Mais recentemente, alguns contratos têm vinculado a aplicação de reajuste maior ou menor considerando critérios de qualidade e desempenho assistencial acordados contratualmente.

Outro ponto polêmico do reajuste é a data de sua aplicação: a lei nº 13.003/2014 prevê que a periodicidade do reajuste é anual e deve ser “realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início do ano-calendário.”



Se interpretadas literalmente, todas as OPS e prestadores teriam que contratar equipe temporária para viabilizar a negociação do reajuste no primeiro trimestre e aplicá-lo até essa data. Ao regulamentar o tema, a ANS determinou que o reajuste deve ser aplicado a cada 12 meses, na data do aniversário do contrato. Apenas para os contratos cuja única forma de reajuste é a livre negociação foi padronizado um prazo de negociação de 90 dias, contados de 1º de janeiro de cada ano.

Muitas OPS passaram a limitar o prazo de vigência dos contratos de rede credenciada para apenas 12 meses; transcorrido esse prazo, firmam novo contrato e não reajustam o preço dos procedimentos. Os autores deste artigo defendem de forma veemente o livre mercado e a livre iniciativa, mas entendem que essa prática não tem o poder de retirar a obrigatoriedade de reajuste anual prevista em lei, especialmente se o objeto do contrato for o mesmo do anterior.

Fato é que prestadores e OPS devem avaliar os procedimentos assistenciais, a taxa de retorno, a sinistralidade e chegar a um resultado que viabilize a manutenção da parceria. Litigar com seu contratante ou com seu contratado raramente é a melhor saída.

Para os contratos que trazem novos modelos de remuneração, a perspectiva é que os critérios de qualidade e de desempenho assistencial sejam ainda mais utilizados para aplicação de reajuste.

As cláusulas de término contratual costumam prever um prazo médio de 60 dias para o encerramento do contrato, justamente para que as OPS possam cumprir os prazos de comunicação aos beneficiários. São raros, contudo, os contratos de rede credenciada que autorizam o prestador a suspender os atendimentos – sem terminar o contrato – em caso de atraso no pagamento.

A ausência de previsão nesse sentido pode fazer com que determinado prestador fique com o ônus de garantir o

atendimento aos beneficiários e não receber pelo atendimento ofertado durante o período de notificação prévia. Ou pior: notificada sobre a suspensão de atendimento por atraso no pagamento, a OPS pode concluir que o teor do comunicado se refere a um pedido de rescisão, tendo em vista que a suspensão de atendimento não tem previsão contratual. Assim, temos que ter muita cautela antes de sair por aí suspendendo atendimentos.

O mais correto é o contrato de rede credenciada trazer previsão expressa sobre a possibilidade ou não de o prestador suspender o atendimento ofertado por atraso no pagamento.

Para os novos modelos de remuneração, os aspectos relacionados à rescisão e suspensão não terão, do nosso ponto de vista, tanta alteração.

Oportunamente, trazemos breves considerações sobre os principais pontos de atenção na formalização de contratos de rede credenciada com modelos de remuneração diversos do *fee-for-service*:

Capitation:

- ☑ Previsão clara de qual será a base de cálculo de beneficiários, pois ao longo do mês sempre há movimentação de vidas;
- ☑ Dispositivo que trate da subutilização, para que não haja margem para o prestador reduzir a qualidade do serviço ofertado;
- ☑ Previsão de quais atendimentos estarão englobados no *capitation* e quais não estarão;
- ☑ Tratativa clara sobre a compensação ou não de procedimentos realizados em outros prestadores;
- ☑ Tratativa específica sobre suspensão de serviço pelo prestador e revisão do *capitation*;

- ✔ Definição sobre a inclusão de medicamentos, OPMEs e medicamentos de alto custo no *capitation*;
- ✔ Exclusão da glosa para procedimentos dentro do *capitation*;
- ✔ Aplicação de glosa para procedimentos que estão no *capitation*, mas foram cobrados de outra forma;
- ✔ Previsão de revisão do valor pago a título de *capitation* de forma frequente para garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato;
- ✔ Obrigatoriedade de o prestador informar todos os procedimentos realizados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), mesmo que integre o *capitation*.

Orçamentação:

- ✔ Previsão clara de qual será a base de cálculo utilizada para a orçamentação e os critérios para revisão dessa base;
- ✔ Dispositivo que trate da subutilização, para que não haja margem para o prestador reduzir a qualidade do serviço ofertado;
- ✔ Previsão de quais atendimentos estarão englobados na orçamentação e quais não estarão;
- ✔ Definição sobre a inclusão de medicamentos, OPMEs e medicamentos de alto custo na orçamentação;
- ✔ Exclusão da glosa para procedimentos dentro da orçamentação;
- ✔ Aplicação de glosa para procedimentos que estão na orçamentação, mas foram cobrados de outra forma;

- ✔ Obrigatoriedade de o prestador informar todos os procedimentos realizados na TUSS, mesmo que integre a orçamentação.



Bundle:

- ✔ Previsão de quais atendimentos estarão englobados no *bundle* e quais não estarão;
- ✔ Previsão que defina o prazo em que o tratamento estará incluído ou não no *bundle*, quais procedimentos etc.;
- ✔ Tratativa clara sobre a compensação ou não de procedimentos realizados em outros prestadores durante a duração do tratamento;
- ✔ Definição sobre a inclusão de medicamentos, OPMEs e medicamentos de alto custo no *bundle*;
- ✔ Exclusão da glosa para procedimentos dentro do *bundle*;
- ✔ Aplicação de glosa para procedimentos que estão no *bundle*, mas foram cobrados de outra forma;
- ✔ Obrigatoriedade de o prestador informar todos os procedimentos realizados na TUSS, mesmo que integre o *bundle*.

Feitas as considerações sobre os principais pontos de divergência em contratos de rede credenciada, passamos ao item II deste artigo, para tratar dos impactos de financeiros desses novos modelos de remuneração.

II. Novos modelos de remuneração e aspectos financeiros

Neste item, trataremos apenas dos novos modelos de remuneração e de seus impactos no reconhecimento de receita pelo prestador e de despesa pela OPS.

Sob o ponto de vista do prestador, no modelo tradicional de *fee-for-service* – conta aberta, a receita deve ser reconhecida na medida em que a atividade for desempenhada, critério esse igualmente aplicável ao modelo *pacote*; em que pese haver a fixação de remuneração para um determinado conjunto de procedimentos e insumos, esta somente é devida se e quando estes forem desempenhados, motivo pelo qual se assemelha ao *fee-for-service* – conta aberta em matéria de reconhecimento da receita correspondente.

Já nos modelos de *capitation*, orçamentação e *bundle*, nos quais o prestador recebe valores predeterminados, estabelecidos segundo as regras de cada um desses modelos, entendemos que o reconhecimento das receitas deve dar-se *pro rata temporis*, em função do prazo na contratação (i.e., se anual, 1/12 a.m.).

A questão da alocação da despesa para as OPS está tratada na RN nº 435/2018, que traz as normas contábeis da saúde suplementar.

Sem prejuízo dos lançamentos das despesas assistenciais relativas aos novos modelos de remuneração nas contas específicas que indicaremos adiante, as regras gerais continuam tendo que ser observadas.

Nesse sentido, *o fato gerador da despesa com eventos é o atendimento ao beneficiário. Naqueles casos em que esse atendimento ocorrer sem o conhecimento da operadora, o reconhecimento da despesa se dá com a constituição da Provisão Técnica específica (PEONA), nos moldes da regulamentação em vigor*¹.

No Capítulo IV da referida resolução, há previsão de segregação de contas contábeis conforme o tipo de remuneração,

havendo determinação expressa para separar em contas específicas as despesas pagas pela modalidade *fee-for-service* (conta 4111), pelo *capitation* (conta 4112), pelo orçamento global (conta 4113), pelo pacote (conta 4114) e por outros modelos (conta 4119).

Por outro lado, não há obrigação de a OPS utilizar critérios específicos para o rateio de despesas entre os contratos de Planos Privados de Assistência à Saúde. No *capitation*, o mais comum é que as OPS usem o critério de rateio por pessoa. Ou seja, utiliza-se o valor fixo por pessoa (que pode ou não variar por idade e risco assistencial) pago ao prestador e aloca-se a despesa para todos os contratos de planos, de forma unificada, independentemente do uso do serviço.

A título exemplificativo, tomamos o caso de um prestador que recebe R\$50,00 por beneficiário para atender todos os procedimentos oftalmológicos de determinado plano. Se o plano tem 1.000 vidas, a OPS pagará mensalmente o valor de R\$ 5.000,00. A prática mais comum é que essa despesa seja direcionada a todos os contratantes daquele plano conforme o número de vidas vinculadas a ele, mesmo que nenhum beneficiário daquele contratante utilize os serviços oftalmológicos.

Em longo prazo, se o *capitation* for implementado de forma ampla, como tem se mostrado, pode haver um desincentivo ao uso racional dos planos, pois a conta irá para a sinistralidade daquele contratante independentemente de ele, por exemplo, manter uma boa equipe de Medicina do Trabalho, investir no acompanhamento da saúde de seus colaboradores etc.

Justamente para não direcionar despesas àqueles que não utilizaram os serviços, outras OPS utilizam o critério da proporcionalidade: consideram o valor pago mensalmente ao prestador pelo *capitation*, os procedimentos realizados e distribuem proporcionalmente conforme o uso. Esse critério pode ser considerado mais justo, pois não impacta a sinistralidade daqueles

que não utilizam os serviços. Contudo, nas situações em que há baixa utilização dos serviços, pode ocorrer de um procedimento relativamente simples custar uma boa fortuna.

Durante a pandemia, vivenciamos um caso que resultou no reconhecimento de uma despesa de consulta para o contratante do plano no valor de R\$10.000,00, pois foi o único procedimento realizado naquele mês.

Ainda que esse último método de proporcionalização – e não por cabeça – possa parecer, à primeira vista, mais justo, pois não aloca despesa para quem não utiliza serviços, podemos ter situações inusitadas que destinem um valor substancial para um procedimento simples, custeado por um único contratante.

Considerando que esse ponto impacta os critérios de reajuste utilizados em planos coletivos, é pertinente que as OPS avaliem internamente a possibilidade de informar aos contratantes dos planos o método/critério utilizado para ratear as despesas assistenciais, justamente para afastar questionamentos posteriores de alocação indevida de despesa.

Ainda que prestadores e OPS tenham plena independência para adotar esses novos modelos de remuneração, é o contratante do plano que arcará com essa despesa, o que pode ou não impactar a sinistralidade, de modo que se torna relevante evidenciar ao pagador da conta como são esses critérios e a importância desses novos modelos à redução dos custos assistenciais.

Entendemos que o modelo de remuneração/orçamentação pode sofrer dos mesmos problemas do *capitation*, sendo relevante, em nosso entendimento, ter formalizado o critério de rateio utilizado para que o contratante do plano também tenha ciência dos impactos na sua sinistralidade. Para os demais, como há a identificação direta dos beneficiários, as questões do rateio são menos relevantes.



Jornada de adoção de VBHC no Brasil

Priscila Andrade

Gerente Sênior de Economia de Saúde e Acesso da J&JMD Brasil. Master of Public Health, Harvard School of Public Health

Michael Porter iniciou a discussão sobre o conceito de Cuidado em Saúde Baseado em Valor (do inglês *Value-Based Health Care* – VBHC) há mais de uma década. O movimento em direção ao VBHC surge como uma alternativa para a sustentabilidade do sistema. O valor na atenção à saúde pode ser definido como uma relação entre os resultados e os custos necessários para alcançar esses resultados^{3,4}.

E por que é tão relevante a discussão sobre Cuidado em Saúde Baseado em Valor no Brasil? Porque há ineficiências nos sistemas de saúde. Estudos recentes mediram o tamanho desse impacto. Nos Estados Unidos, a revista científica JAMA publicou que 25% dos gastos em saúde são representados pelo desperdício⁶.

Já no Brasil, em um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o desperdício em saúde representa 19,1% dos gastos, o que representa 28 bilhões de reais desperdiçados somente na saúde suplementar⁷.



O Cuidado em Saúde Baseado em Valor aparece como uma das ferramentas capazes de equilibrar a equação entre desfechos e custos, entregando valor para os pacientes e contribuindo com a sustentabilidade do sistema de saúde. Um estudo de médicos brasileiros reforça a necessidade de discutirmos *Value-Based Health Care* na região sob a perspectiva da Cardiologia especificamente, sendo o VBHC uma das formas de contribuir com a sustentabilidade do sistema com base na entrega do cuidado com eficiência⁸.

No Brasil ainda existe uma predominância do modelo *fee-for-service*, além de uma fragmentação da rede e descoordenação do cuidado. Mas já existe um movimento em direção a novos modelos de pagamento baseados em valor, como iniciativas de *bundles*, *pay for performance* e *capitation*. Entretanto, é sabido que quanto mais cresce o movimento em direção aos modelos mais complexos, maiores são as necessidades de medição de desfechos e de coordenação do cuidado, além do aumento de risco e da necessidade de gestão populacional^{9,10}.

A Jornada da Adoção de Cuidado em Saúde Baseado em Valor no Brasil iniciou-se há menos de uma década com algumas iniciativas isoladas, mas cada vez mais complementares. Um

exemplo foi a criação de escritórios de valor em alguns hospitais, que foram responsáveis pela implementação de coleta e medições de desfechos, assim como linhas de cuidado.

International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)

Missão: promover a saúde baseada na entrega de valor para os pacientes ao oferecer uma metodologia de mensuração padronizada dos desfechos clínicos, desenvolvendo e disponibilizando gratuitamente os *standard sets* (conjuntos-padrão) para cada patologia/condição de saúde definida.

Nesse contexto, em 2017, oito hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) se associaram, de forma voluntária, para formar uma iniciativa pioneira no Brasil: a implementação simultânea da medição padronizada de desfechos clínicos.

O primeiro *standard set* implementado foi o de insuficiência cardíaca (IC), e o principal objetivo do grupo, além do aprendizado, foi a troca de experiências e *benchmarking* entre as instituições participantes, a fim de melhorar a entrega de valor aos pacientes. O projeto de implementação do primeiro *standard set* de insuficiência cardíaca pela Anahp estabeleceu-se como caso de referência internacional no mundo: foi uma das primeiras iniciativas bem-sucedidas executadas de implementação simultânea de um mesmo *standard set* em instituições distintas, em diferentes regiões de um país. O programa evoluiu e, em 2020, contava com um grupo de vinte hospitais participantes. Além disso, ao longo do tempo incluiu outros *standard sets*, como o de acidente vascular cerebral e o de osteoartrite/osteoartrose de quadril e joelho. Considerando o período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2020, foram cerca de 2.500 pacientes acompanhados nos três *standard sets* e mais de 8.000 registros, que reúnem dados clínicos, operacionais e de qualidade de vida¹¹.

O Instituto Coalizão Saúde (Icos), também em 2017, reuniu representantes de todos os elos da cadeia para discutir os modelos de pagamento baseados em valor no Brasil. Em um cenário de crise econômica, com o envelhecimento da população, custos de inovação e a profusão de interesses, fez-se necessário realinhar todos esses pontos em nome de um sistema mais sustentável e eficiente. Foram discutidos os diferentes modelos de pagamento baseados em valor, como *fee-for-service*, *bundles*, *capitation*, orçamento global, entre outros, além de seus pesos relativos em diferentes países e seus prós e contras. Também foram discutidas as especificidades do Brasil e suas necessidades em comparação a outros países onde esses modelos já foram implementados. Em 2018 foi publicada a Primeira Nota Técnica do Icos, que teve grande importância educacional sobre o tema no Brasil, contribuindo para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro¹.

Em paralelo, a Associação Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também iniciou um grupo de trabalho de modelos de remuneração baseados em valor, que culminou na publicação, em 2019, do guia sobre o tema, e a abertura do edital do projeto de modelos de remuneração baseados em valor, que engajou fontes pagadoras e selecionou 13 de 61 projetos para acompanhar mais de perto.

Para a ANS, o foco desse tipo de modelo de remuneração deve ser alcançar bons resultados em saúde para os pacientes com um custo mais acessível tanto para os pacientes quanto para os planos de saúde, evitando focar somente na simples redução dos gastos.

O Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor objetiva orientar o setor para a elaboração de projetos que busquem implementar modelos inovadores de remuneração na saúde suplementar. A iniciativa apresenta novas formas de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao *fee-for-service* exclusivo e expõe a perspectiva da ANS em relação aos modelos de remuneração de forma a induzir o setor para a busca

de alternativas. O objetivo é que os novos modelos assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

Os **projetos-piloto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor** buscam identificar, selecionar e acompanhar as operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor¹⁰.

Em 2019 foi criado o Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS), que tem como objetivo primordial a transformação do sistema de saúde brasileiro, consolidando, validando e padronizando toda a informação de resultados dos pacientes e impulsionando, por meio desse conhecimento, uma prestação assistencial fundamentada em entrega de valor.

Em um mapeamento mais detalhado sobre os projetos e iniciativas implementadas no Brasil, conclui-se que os dados publicados ainda são escassos no país e na região, mas existem trabalhos começando a ser publicados, como é o caso do estudo *Sistemas de saúde baseados em valor na América Latina: uma avaliação do estado da arte e um roadmap para 2025*, que mostra resultados preliminares de modelos em 64 hospitais da região, sendo 34 participantes na fase I. O que ainda chama atenção é que 66% das instituições implementaram ou estão implementando alguma iniciativa na área de VBHC, mas apenas 55% ainda não incorporaram modelos alternativos de remuneração atrelados ao desempenho medido por indicadores de processo e/ou desfecho, enquanto apenas 6% incorporaram modelos atrelados ao desfecho clínico¹².

Já no estudo de um hospital privado de São Paulo, em parceria com a Johnson & Johnson Medical Devices,

publicado na ISPOR, demonstra a efetividade do modelo de *bundle* com compartilhamento de risco em cirurgia bariátrica, evidenciando robustez nos desfechos clínicos acompanhados e estimando uma potencial redução de custos de 7,1% para as operadoras².

Tendência

Já nos projetos-piloto acompanhados pela ANS, observa-se uma tendência maior de modelos implementados para *bundle* (30% dos projetos) e *capitation* associado a *pay for performance* (30%). Outra predominância é em relação a mais modelos na assistência hospitalar e atenção primária (39% e 31%, respectivamente)¹⁰.

Pela escassez de dados no país, faz-se necessária uma iniciativa como a segunda nota técnica do ICOS: *Jornada da Adoção de Value-Based Care no Brasil: Aprendizagens, Casos de Sucesso e Caminhos para o Futuro*, destacando as aprendizagens realizadas nos últimos anos e reflexões sobre as principais tendências.

Em relação ao futuro da adoção e implementação de modelos de pagamento baseados em valor no Brasil, o que se observou, por meio de alguns estudos do impacto da pandemia, foi a aceleração desse tipo de modelo, justamente por trazer melhores desfechos, eficiência e controle de custos em um momento tão crítico para os sistemas de saúde. Além disso, a pandemia reduz as margens do sistema, então se faz ainda mais necessário o caminho em direção à redução de desperdício e aumento da eficiência^{13,14}.

Precisamos mencionar as tendências sobre a adoção de VBHC no Brasil e no mundo. Elas serão mais bem detalhadas em capítulos futuros, mas iniciamos a discussão com

três delas. **Em um momento claro de transformação digital na saúde, a inteligência artificial vem para auxiliar nos modelos assistenciais, otimizando a gestão populacional, além de trazer inovação ao prever desfechos, dando maior previsibilidade às linhas de cuidado**^{15,16}.

Tendência

A segunda tendência é a urgência de abordar os determinantes sociais de saúde nesses modelos de cuidado, além dos desfechos clínicos e econômicos. O maior exemplo disso tem sido a própria Covid-19: cada vez mais estudos demonstram piores desfechos em populações periféricas, por exemplo, e/ou menos escolarizadas^{17,18}.

Por fim, os *hubs* sociais aparecem contribuindo para o cuidado com a saúde: o estudo do *The New England Journal of Medicine* mostrou que as barbearias foram utilizadas como *hub* social para acompanhar os desfechos de pacientes hipertensos que não estavam sendo acompanhados em outros locais de cuidado no Reino Unido¹⁹.

Considerando que muitos dos modelos no Brasil tendem para atenção primária e modelos assistenciais, faz muito sentido que sejam identificados os *hubs* sociais de nosso país que podem auxiliar no acompanhamento do cuidado de pacientes.

Com essa breve revisão da jornada da Adoção de Cuidado em Saúde Baseado em Valor no Brasil e considerando a importância do tema para o sistema de saúde brasileiro, a segunda nota técnica do Icos, *Jornada da Adoção de Value-Based Care no Brasil: Aprendizagens, Casos de Sucesso e Caminhos para o Futuro*, cria um novo marco nessa jornada de valor.



Melhorias na linha de cuidado do paciente – caso de sucesso:

Teleassistência na pandemia de Covid-19: geração de valor em Saúde por meio de resultados em Saúde reportados pelos pacientes e redução do uso de recursos

Daniela Parizotto

Gerente da Atenção Integral à Saúde da AsQ – Saúde

Vilma Dias

Diretora Executiva da AsQ – Saúde

O objetivo foi fornecer uma solução virtual embasada em uma **linha de cuidado** adequada às necessidades de cada pessoa face o contexto da pandemia de Covid-19, seguindo protocolos clínicos baseados em evidências, atendimento multiprofissional integrado e com monitorização de resultados em Saúde reportados pelos pacientes e do uso de recursos, gerando valor em Saúde e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de Saúde.

Os atendimentos de Telemedicina chegaram em todas as regiões do Brasil, levando acesso rápido e de qualidade,

quebrando as barreiras logísticas e levando alento em um momento de fragilidade.

Em relação ao valor gerado, observou-se um efeito nos desfechos reportados pelo paciente (PROs – *patient-reported outcomes*) relacionados ao efeito de alívio do sofrimento e à tranquilidade dos pacientes atendidos, o que resultou em menor utilização dos recursos presenciais e uma estimativa de redução de 32% nos custos, considerando apenas *savings* obtidos com consulta eletiva e de pronto atendimento.

O modelo prevê atendimento inicial feito por enfermeiros (Telenurse), que seguem algoritmos para seleção dos pacientes que necessitarão de atendimento com os médicos de família e clínicos (Telemed). O modelo de remuneração previsto foi o de *capitation*, porém, durante a implementação, foi necessário tornar o modelo híbrido (*capitation* ou *fee-for-service*) para atender às necessidades dos contratantes.

Essa mudança no modelo de remuneração aconteceu devido a questões de legislação, que impedem alguns clientes de contratarem serviços *per capita*. Além disso, um novo processo de licitação seria moroso e burocrático, ainda mais no contexto da pandemia, e há a necessidade premente de acesso a soluções de teleassistência. A única possibilidade de contratação direta em tempo adequado foi por meio do modelo vigente de pagamento, que é o *fee-for-service*.

Quadro 1 – Aspectos demográficos e epidemiológicos da população a ser abrangida pelo projeto



População coberta pelo projeto:

299.363 vidas,

de três contratantes diferentes



Total de atendimentos:

9.038 pacientes,

entre abril e agosto de 2020

Perfil da população total atendida:

Idade média de **41,4 ± 12,6 anos**, variando de menos de 1 ano até 90 anos

54% de mulheres

Procedência das 27 unidades federativas do Brasil, com predomínio de **São Paulo (19%)** e do **Distrito Federal (13%)**, com a seguinte distribuição por região: **Sudeste (38%)**, **Nordeste (24%)**, **Centro-Oeste (19%)**, **Sul (13%)** e **Norte (6%)**

Motivo do contato: pandemia de **Covid-19 (87%)**, **outras condições clínicas (10%)** e **dúvidas administrativas (3%)**

25% dos pacientes (2.326 pessoas) responderam ao questionário de resultados reportados pelos pacientes (PROs), aplicado 72 horas após o primeiro atendimento (tempo médio de resposta: 96 horas)



Perfil dos respondentes:

Idade média similar à da população total (**p=0,33**)

Teste de Covid-19 positivo: **25%**

Presença de fatores de risco para maior gravidade: **29%** (algoritmo de atendimento)

Presença de sinais/sintomas de gravidade: **35%** (algoritmo de atendimento)



Nenhum país estava preparado para enfrentar uma pandemia de Covid-19 e, com certeza, esse foi o principal motivo de mudanças repentinas, que trouxeram grandes resultados, desafios e oportunidades.

Resultados alcançados

Adesão às orientações recebidas

- **86%** seguiram as orientações fornecidas no atendimento (61% totalmente)
- A utilização da teleassistência não provocou alterações no perfil de saúde física e mental dos pacientes ($p=0,9$), porém o grupo com saúde física e mental boa, muito boa e excelente necessitou menos de atendimento presencial e utilizou mais de uma vez a teleassistência
- Efeito da teleassistência em aliviar o sofrimento:
78% (notas 9 e 10, em escala de 1 a 10)
- Efeito da teleassistência em produzir calma e tranquilidade:
79% (notas 9 e 10, em escala de 1 a 10)



Utilização de recursos (*proxy* para custos)

- ☑ O que faria na ausência de acesso à teleassistência: consulta presencial (39%), ficaria em casa (24%), pronto-socorro (14%), hospital (10%) e outros (12%)
- ☑ 26% dos pacientes atendidos buscaram atendimento presencial ≤ 72 horas após o atendimento (16% em consulta, 6% em pronto-socorro, 1% com internação)

- ☑ Pacientes com algum tipo de gravidade respiratória, conforme algoritmo de atendimento, tiveram maior necessidade de atendimento presencial em até 72 horas após consulta de teleassistência

- ☑ 73% dos pacientes que, na ausência de teleassistência, agendaria consulta ou atendimento presencial, não necessitaram de outro tipo de atendimento a não ser o teleatendimento

- ☑ Redução de 63% na utilização de atendimentos presenciais (consultas, PS e hospital)

- ☑ Redução de consultas presenciais de 39% para 17% (pretendido *versus* realizado)

- ☑ Redução da utilização de pronto atendimento de 14% para 9% (pretendido *versus* realizado)

- ☑ Economia gerada: estimativa de redução de 32% no custo com base apenas em consultas de pronto atendimento e consultas presenciais, já contabilizando casos que tiveram necessidade de atendimento presencial após a teleassistência. A economia potencial pode ser ainda maior se incluídos os custos com Medicina diagnóstica e internação, não avaliados nessa análise, por indisponibilidade de dados da base de utilização.



Desafios de implementação e principais dificuldades encontradas na implementação do caso

A aprovação da lei 13.989, de abril de 2020, e as ações de isolamento possibilitaram um avanço na reorganização do atendimento em saúde pela Telemedicina.

Entre as dificuldades encontradas, destacamos que a de maior impacto foi a adequação e a estruturação da tecnologia, em um curto espaço de tempo. Dentre os desafios, estão:

- ✔ Adaptação do prontuário eletrônico para atender as peculiaridades do serviço receptivo;
- ✔ Integração de plataformas de telefonia, vídeo e plataforma de envio de documentações;
- ✔ Estruturação do sistema para a geração de indicadores;
- ✔ Inserção de protocolos clínicos para atendimento de causas agudas com perguntas estruturadas;
- ✔ Usuários sem infraestrutura para o atendimento (sem cobertura de rede para atendimento por vídeo e sinal de telefone ruim);
- ✔ Fatores climáticos que interrompem os canais de acesso ou as pessoas de realizarem *login* no sistema;
- ✔ Atualizações constantes, devido a atualizações no sistema e mudanças de protocolo;
- ✔ Encontrar ferramentas que facilitassem a comunicação entre a equipe;
- ✔ Instabilidade de sistemas operacionais e oscilação da internet.



Em relação aos profissionais:

- ✔ Desafio para se adequar ao novo modelo de atendimento, sem presença física;
- ✔ Trabalhar com vários sistemas ao mesmo tempo e realizar o atendimento ao usuário;

- ✔ Seguir o protocolo específico no atendimento;
- ✔ Adequação de infraestrutura para o trabalho (*hardware* e internet) em *home office*;
- ✔ Adequação do ambiente de trabalho;
- ✔ Aumento no controle da gestão para verificar as pessoas logadas;
- ✔ Garantir que a equipe esteja 100% capacitada e alinhada com os objetivos do serviço;
- ✔ Sobrecarga de trabalho durante a implantação;
- ✔ Realizar a gestão dessa equipe é um desafio diário e que envolve comprometimento mútuo para garantir a eficiência do trabalho realizado.



Outros:

- ✔ Falta de rede prestadora para o encaminhamento de beneficiários. Devido à Covid-19, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, hospitais e pronto atendimentos estavam lotados e não atendiam os pacientes que necessitavam de atendimento presencial;
- ✔ Sobrecarga psicológica dos profissionais que realizavam atendimento;
- ✔ Usuários sem postura, abusando moralmente dos profissionais, por se tratar de um atendimento on-line;
- ✔ Aumento na busca por atestados;
- ✔ Tentativas de fraudes nos atendimentos.



Fatores críticos de sucesso para enfrentamento dos desafios

- ✔ Para os desafios relacionados à tecnologia, foi criado um *squad*, envolvendo as áreas de operação, relacionamento e tecnologia da informação. Essa equipe multidisciplinar foi responsável por desenvolver as soluções tecnológicas para o novo serviço. Esse movimento favoreceu a comunicação mais direta, aumentando a efetividade nas resoluções de problemas referente aos sistemas e avançando rapidamente nas inovações e adequações das ferramentas utilizadas;
- ✔ Infraestrutura mínima foi cobrada do profissional atuante no serviço, para que o usuário não tivesse problemas durante o atendimento;
- ✔ Educação permanente e canal direto de dúvidas com a equipe de matriciamento foram introduzidos para reduzir erros na utilização de protocolos e para as constantes atualizações do protocolo de Covid-19;
- ✔ Adequações no sistema que permitem mais visibilidade da equipe, relatórios para acompanhamento de indicadores;
- ✔ Utilização de ferramentas, como WhatsApp e Meeting, facilitaram a comunicação e a gestão dos coordenadores das equipes;
- ✔ Mais da metade do corpo clínico é formada por médicos de família, facilitando a adesão dos beneficiários ao canal devido ao acolhimento;
- ✔ Foram criados canais de apoio psicológico (ativo e receptivo) ao colaborador que estava trabalhando na Telemedicina;

- ✔ Introdução de boas práticas no *home office* durante o atendimento;
- ✔ Investimento em tecnologias e inovações para aumentar o acesso e o engajamento do público;
- ✔ Criação de plano de contingência para quedas e oscilações de sistema e de internet.



Oportunidades de realização de melhorias organizacionais necessárias à execução do modelo de cuidado baseado em valor

- ✔ Desenho de um novo modelo de cuidado para responder à demanda da pandemia, utilizando-se a teleassistência;
- ✔ Adaptação do prontuário eletrônico voltado às necessidades do atendimento remoto;
- ✔ Fluxo e estrutura para coleta dos resultados reportados pelos pacientes no modelo;
- ✔ Atendimento integrado do time (médico e enfermeiro) para discussão em tempo real e resolução efetiva dos casos;
- ✔ Implementação de novos indicadores operacionais (percentual de encaminhamento da enfermeira para o médico, tempo médio de atendimento, adesão da população etc.);
- ✔ A partir dos casos atendidos na teleassistência, surgiu a necessidade de redesenho do produto de gerenciamento de pacientes portadores de doenças crônicas.

Quadro 2 – Medidas de avaliação da qualidade e monitoramento dos resultados por meio de indicadores. Indicadores-chave de desempenho (KPIs – *key performance indicators*)



Processo

- Número de atendimentos por profissional;
- Número de atendimentos;
- Tempo médio de ligação;
- Nível de serviço;
- Percentual de chamadas perdidas;
- Resolutividade da Enfermagem (percentual de casos não encaminhados para o médico da Telemedicina);
- Adesão do paciente às recomendações fornecidas no atendimento.



Resultados em saúde (PROs – *patient-reported outcomes*)

- Saúde física (PROMIS – *patient-reported outcomes measurement information system*);
- Saúde mental (PROMIS – *patient-reported outcomes measurement information system*);
- Efeito da teleassistência em aliviar o sofrimento (PREMs – *patient-reported experiences*);
- Efeito da teleassistência em produzir calma e tranquilidade (PREMs – *patient-reported experiences*).



Utilização de recursos (*proxy para custos*)

- Percentual de intenção de atendimento na ausência de teleassistência;
- Percentual de atendimento presencial em menos de 72 horas, após a sessão de teleassistência.



Satisfação com o serviço

- NPS de satisfação com o serviço;
- NPS de satisfação com o profissional.

Modelo de remuneração de pagamento por episódio de cuidado (*bundle*) – caso de sucesso:

Bundle e compartilhamento de risco para cirurgia bariátrica no contexto do modelo de Value-Based Health Care (VBHC): comprovação da efetividade do modelo por meio de resultados do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Dr. Ricardo Cohen

Diretor do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – 2011/2012

Dr. Silvio Junqueira

Diretor de Economia da Saúde na Johnson & Johnson Medical Devices – América Latina (J&J MD Latam); MBA na HEC School of Management; embaixador na América Latina do VBHC European Center

Um dos principais desafios do setor da Saúde é garantir a sustentabilidade econômica do sistema e facilitar o acesso para os pacientes, reduzindo custos desnecessários na cadeia, sem perder a qualidade dos desfechos clínicos.

Nesse contexto, o Cuidado Baseado em Valor (Value-Based Health Care – VBHC na sua sigla em inglês) é, atualmente, um dos tópicos mais importantes na transformação da Saúde. Abordagens baseadas em valor para organizar o cuidado são consideradas críticas para se alcançar os melhores desfechos clínicos para os pacientes e controlar os custos dos cuidados em saúde. Assim sendo, valor é: o equilíbrio entre (1) a percepção do indivíduo

quanto à experiência assistencial; (2) prevenção e tratamentos apropriados, que proporcionem desfechos clínicos de alta qualidade, e; (3) custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a sustentabilidade do sistema de saúde.

Na busca por um equilíbrio financeiro, alguns stakeholders têm oferecido mais qualidade e eficiência na entrega do serviço, enquanto outros têm focado na redução de custos. Todavia, se ambas as variáveis – qualidade e custo – não estiverem conectadas e relacionadas ao cuidado apropriado durante todo o ciclo de cuidado, não haverá geração de valor.

Caso de sucesso

O tratamento cirúrgico da obesidade, uma doença que afeta um número crescente de pessoas em todo o mundo, requer abordagens multidisciplinares, incluindo médicos de diversas especialidades, nutricionistas, profissionais da saúde mental, e acompanhamento de longo prazo. Todos esses cuidados podem ser entregues como serviços separados ou, em um contexto VBHC, como um pacote integrado.

A cirurgia bariátrica e metabólica – também conhecida como cirurgia da obesidade ou, popularmente, cirurgia de redução de estômago – reúne técnicas com respaldo científico destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele.

Atualmente, no Brasil, menos de 2% dos pacientes elegíveis realizam a cirurgia bariátrica, que é um procedimento com bons resultados em longo prazo. Essa realidade pode ser diferente com a maior adoção de modelos de remuneração baseados em valor, fazendo com que os custos não sejam mais um obstáculo e, conseqüentemente, ampliando o acesso para aqueles que têm indicação cirúrgica.

Nesse contexto, conduzimos um estudo sobre a efetividade do modelo baseado em valor na cirurgia bariátrica no Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Os resultados iniciais da análise de um ano da pesquisa, publicados pela revista científica *Value in Health Regional Issues*, demonstraram os benefícios desse modelo para ampliar o acesso à cirurgia bariátrica e tornar o sistema de saúde mais sustentável.

Uma das etapas fundamentais foi utilizar um protocolo de preparo pré-operatório otimizado visando mitigar riscos e, conseqüentemente, assegurar os melhores desfechos para os pacientes. Vale destacar que o episódio de cuidado, que contemplou avaliação clínica, exames pré-operatórios, procedimento cirúrgico e acompanhamento durante 30 dias após a alta médica, foi o primeiro dessa modalidade no Brasil, sendo também a primeira publicação desse tipo na América Latina.

O pacote do episódio de cuidado abrangia: (1) avaliação pré-operatória e exames laboratoriais e de imagem; (2) admissão hospitalar e intervenção cirúrgica; (3) admissão na Unidade de Tratamentos Intensivos (UTI) quando necessário; (4) tratamento de complicações associadas ao procedimento bariátrico (fístulas, sangramento, infecção e outras complicações menores); (5) readmissões ou reoperações decorrentes das complicações do procedimento primário, e; (6) visitas ao pronto-socorro devido a eventos associados ao procedimento primário, especialmente náuseas e vômitos e dor abdominal.

O estudo contou com dados de 83 pacientes que se submeteram ao procedimento bariátrico, sendo 80,7% mulheres, 18% com diabetes *mellitus* tipo 2 e 31% com hipertensão. A média de idade foi de 40,9 anos e o Índice de Massa Corporal (IMC), de 42,1kg/m².

Para os desfechos econômicos, os indicadores relevantes foram complicações intraoperatórias, admissões na UTI, tempo médio de permanência (TMP), visitas ao pronto-socorro, reoperações e readmissões no período de 30 dias de pós-operatório. O aumento da eficiência associado a esses indicadores foi definido como fonte de valor.

Todos os cuidados e custos relacionados foram avaliados e os dispositivos cirúrgicos, padronizados. Então, criou-se um preço fixo sem a possibilidade de oscilação caso fossem necessários dispositivos adicionais durante o procedimento. Para medir o sucesso do projeto, foi organizada uma unidade de prática integrada para analisar os resultados e o custo de cada procedimento. Durante o episódio de cuidado, o risco associado aos desfechos foi compartilhado entre a instituição, a equipe médica e o fornecedor do dispositivo. Foi implementada uma regra de *stop-loss*, limitando a responsabilidade a um máximo equivalente a 5% do valor do pacote negociado. O modelo de *fee-for-service* foi retomado para quaisquer eventos médicos após o período de acompanhamento de 30 dias.

Esse estudo, realizado na Unidade Vergueiro do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, demonstrou redução de 46% das complicações pós-operatórias e queda de 20% no tempo

médio de internação e de 70% na utilização de UTI em comparação com o *benchmark* do setor privado brasileiro. Além disso, não houve registro de reoperações e significativo menor número de readmissões hospitalares no pós-operatório. Os dados analisados como *benchmark* foram extraídos da base de informações de reembolso da empresa Orizon, que abrange o maior número de transações do sistema de saúde suplementar. Outro potencial benefício foi uma economia estimada em 7,1% no custo total do episódio de cuidado, que pode ser atribuída aos melhores desfechos clínicos, que acarretaram menor consumo de recursos do sistema de saúde.

Os resultados da análise de um ano do projeto mostraram desfechos clínicos e econômicos favoráveis. Portanto, fica evidenciado que um modelo inovador, baseado em valor, em que todos os participantes da cadeia têm os incentivos alinhados, se traduz em ganhos para todos e, em especial, para o paciente. Vale ressaltar que o modelo foi adotado em um hospital privado, podendo igualmente beneficiar o sistema público de saúde.



Acordos Baseados em Desfecho Capitation – caso de sucesso:

Experiência United Health Group Brasil com Accountable Care Organization (ACO) de Especialidades

Dr. Charles Souleyman Al Odeh

Chief Medical Officer da UnitedHealth Group

Dr. Eduardo Reis Maia

Diretor de inovação e estratégia da United Health Group

Dr. Joatan Leite da Silva Junior

Healthcare Innovation Manager e Head do Programa de ACO da United Health Group

Capitação e sua transição para cuidado baseado em valor

A capitação é um pagamento fixo por indivíduo que cobre todos os serviços de saúde por um período definido de tempo²¹. O prestador, remunerado em pré-pagamento, assume o risco financeiro de fornecer serviços médicos para um determinado grupo de pessoas²². A definição de uma taxa periódica (mensal ou anual) por paciente inscrito

frequentemente sofre ajustes pelo risco, comumente discriminado pela idade, sexo ou doença²³.

Embora seja um modelo relativamente simples de implantação, a capitação oferece uma suscetibilidade comum, a desassistência. A otimização de resultados econômicos não raramente desequilibra o correto manejo do processo saúde-doença, em detrimento de uma gestão de custos muito agressiva. O resultado pode se traduzir, no médio prazo, em

uma piora de indicadores de gestão de saúde populacional, principalmente quando comparado a outros modelos de contratação.

Pagamentos por pessoa podem encorajar a redução dos desperdícios. No entanto, para obterem boa performance, precisam de ajuste de risco populacional, bem como de métricas de qualidade associadas²¹. Algumas iniciativas de pagamento por performance foram incluídas em diversos sistemas de saúde pelo mundo. A ausência, porém, de um claro alinhamento de interesses entre prestadores e fonte pagadora culminou na frustração dos resultados esperados²⁴. Provavelmente, esse efeito deve-se a uma arquitetura de incentivos inadequada, com metas muito específicas, sem relação direta com os desfechos de toda atenção prestada aos usuários²⁵.

Outro benefício trazido pelos autores no modelo de pagamento baseado em população é que os recursos economizados ficam com os prestadores de serviço – algo que é importante para reinvestimento em processos e inovação nos serviços de saúde voltados para a sustentabilidade.

“Modelos em que haja escopo de pagamento baseado em gestão populacional apresentam resultados que o sistema precisa, resultando em economia com qualidade mensurada melhor ou semelhante.”²⁶

Em um modelo de intervenção em sistema de saúde, é importante que exista uma correta engenharia de incentivos e de relacionamento entre atores dos fluxos de atividades. Nesse novo cenário, além das dimensões financeiras comumente usadas para pagamentos baseados em valor – incentivos para diminuição de gastos e incentivos para melhora da qualidade –, há a necessidade de incluir uma terceira

dimensão que é considerada crítica para o sucesso do modelo de negócio: o suporte de infraestrutura⁷. É nele que residirão apoios de incentivos não financeiros e análise dos processos, como o fluxo de informações que permitirão a aproximação entre fonte pagadora e prestador de serviço.

Nossa experiência, que data de 2016, corrobora a análise do grupo de Harvard publicada em parceria com a UnitedHealth Group²⁷. No desenvolvimento da jornada para novos modelos de negócios em saúde, normalmente partimos de uma rede de prestadores remunerados para produzir volume e intensidade de consumo de recursos (*fee-for-service* – FFS) com muito rara ou nenhuma métrica de análise de desfechos.

No início do processo, um dos aspectos necessários foi a criação de critérios para seleção de prestadores por competências técnicas e gerenciais para a gestão populacional. A prototipação deveria atender ao conceito de IPU (Unidades de Práticas Integradas) descrito por Porter, abrindo a oportunidade de desfragmentar as linhas de cuidado com uma única equipe, responsável por todo o processo de tomada de decisão e acompanhamento longitudinal dos casos. Além de prover a suficiência de rede adequada para um direcionamento georreferenciado, o prestador deveria se apropriar de uma operação cujo contrato se fundamentasse no *Triple Aim*²⁸. Para tanto, a arquitetura de incentivos buscava o melhor alinhamento de interesses possível, com a possibilidade de divisão de margens (*shared savings*) condicionada a indicadores de qualidade percebida pelo paciente e de desfecho clínico acordado entre as partes.

A capacidade de analisar os dados e de criação de relatórios precisa ser fomentada, treinada, incentivada e monitorada, tanto na fonte pagadora quanto no provedor de serviços. Esse passo é considerado crucial por diversos autores para monitoramento do modelo⁴. O processamento de grande quantidade de dados para gerar informações tem sido um dos maiores desafios para a governança de modelos com intenção de entrega de valor ao mercado (incluindo valor para o usuário final).

Outro aspecto que identificamos como importante, ratificando a literatura, é a troca constante de experiências entre as partes, a ponto de haver melhorias de performance e, por vezes, redesenho de atividades e processos de trabalhos com assistência direta²⁹. São muitas as oportunidades de otimização da *supply chain* pela resolução dos conflitos de interesse associados ao modelo FFS. Em algumas situações é necessário o suporte para gestão do risco relacionado a eventos que possam induzir perdas ao prestador – principalmente quando este último é uma empresa de pequeno ou médio porte. Esse tipo de alinhamento garante sinergia entre os participantes e aumento de confiança entre as partes que vão ao encontro da realidade do modelo de negócio e dos contratos incompletos³⁰.

Em nossa jornada pelo valor em saúde, optamos por incentivar a gestão populacional mediante atribuição de população pelo *market share* de uma determinada região. A remuneração é um valor *per capita* (única semelhança com capitação) relacionado ao escopo de prestação de serviço por linha de cuidado (e não somente a especialidade do prestador). Há, dessa forma, tanto um escopo de risco compartilhado quanto um desenho de compartilhamento de economia gerada pela diminuição de desperdícios, comuns em sistemas modelados em remuneração *fee-for-service*^{6,31-34}. O contrato contempla ainda o alinhamento com a atenção primária, quando necessário, e a responsabilização pelos resultados da população atribuída, tanto do ponto de vista assistencial quanto da qualidade percebida pelo paciente. Assim, o prestador concorda em seguir métricas e indicadores que evitam a desassistência, evoluindo mais recentemente para métrica de desfechos declarados pelo usuário (*patient-reported outcome measures* – PROMs). Chamamos esse modelo adaptado para realidade regulatória do Brasil chamamos de *Accountable Care Organization* (ACO) de especialidades. De forma geral, o contrato busca ter um olhar nas dimensões de qualidade, acesso, utilização, custos, satisfação e indicadores clínicos.



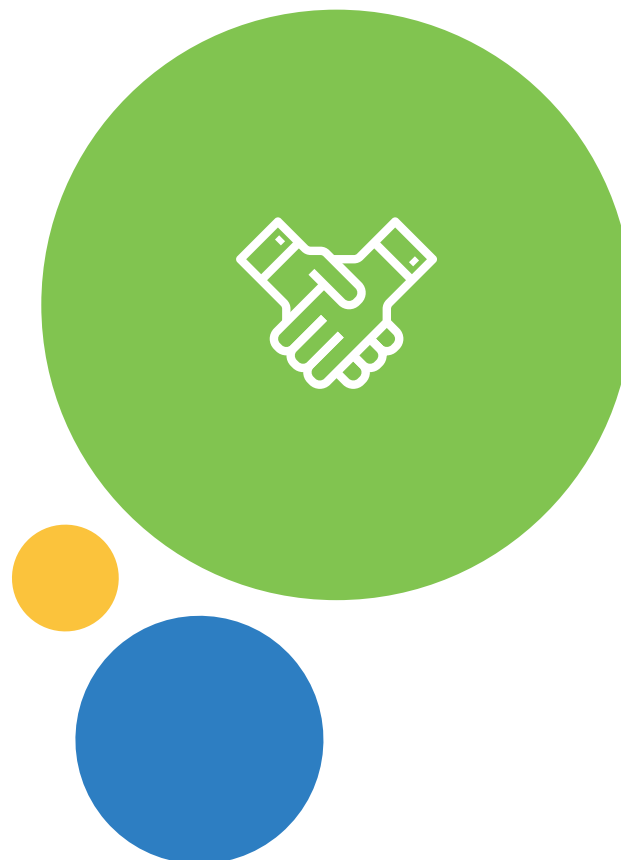
Aprendizados

O modelo começou com um MVE (*Minimum Viable Experiment*)³⁵ focado em uma especialidade (cirurgia vascular) em uma área pequena de uma grande capital no Brasil. Com a desabilitação de determinados produtos para a rede prestadora local, foi possível garantir um volume de vidas atribuível à ACO e ao seu monitoramento. O alinhamento de interesses desenvolvido entre as partes permitiu, progressivamente, o aumento da eficiência e da percepção de qualidade sobre as linhas de cuidado coordenadas pela ACO. A adoção de procedimentos fundamentados por evidência científica, ainda não relacionados no Rol da ANS, é um bom exemplo. Inúmeros pacientes outrora indicados para cirurgia de varizes passaram a acessar o tratamento ambulatorial por aplicação de espuma densa guiada por ultrassom. Assim, os comemorativos de consumo de recursos (exames pré-operatórios, diárias etc.) passam a ser realizados de forma ambulatorial – diminuindo de forma sensível o consumo total de recursos para resultados superiores de desfecho e experiência do paciente, assim como a identificação de oportunidades para melhorar o caminho percorrido pelo paciente. Foi possível identificar laboratórios de imagem que entregavam laudo de US de MMII para estudo venoso com pouca acurácia técnica (realizado com paciente deitado em vez do padrão-ouro em posição ortostática), demandando sua repetição em algumas ocasiões. Vários procedimentos com baixa pertinência clínica (ex: tratamento hiperbárico para úlcera venosa), que consumiram muito recurso, associados ao *over use*, comum em pagamentos baseados em *fee-for-service*, foram descontinuados.

Outro exemplo de resultado de intervenção em sistema de saúde veio da proposta de ACO de especialidade em Ortopedia. No início havia a percepção de que poderíamos definir área geográfica definida para o prestador e um raio de ação que seria monitorado com o passar do tempo. Observamos um efeito que está muito relacionado à reputação do prestador e à fidelização – o paciente pode atravessar grandes fronteiras geográficas entre cidades até o profissional de saúde e sua estrutura. Essa constatação de movimentos populacionais fez com que evoluíssemos para modelos em que a métrica de *market share* tem que ter abrangência no mínimo estadual. Isso significa que há uma grande quantidade de dados que precisam ser analisados e que qualquer exclusão da amostra inclui um viés muito significativo para ser desconsiderado.

Um importante impacto observado adveio das propriedades emergentes³⁶ secundárias a intervenções em sistemas complexos. Uma modelagem de negócio eventualmente mais eficiente, capaz de agregar valor entre prestadores, clientes e fonte pagadora pode, eventualmente, ocasionar um efeito nulo ou mesmo deletério no sistema. No primeiro ano, houve um aumento significativo da utilização de recursos demandados pelos prestadores concorrentes na região, que foi inversamente proporcional à redução do volume de pacientes que foram submetidos pela reengenharia da rede. Ou seja, quase toda a economia gerada pelo direcionamento de vidas para a ACO fora desembolsada para compensar a inflação gerada pelos prestadores em FFS nas contas médicas dos planos credenciados que restaram. Na ausência de evidências quanto à seleção de risco entre as partes, esse cenário espelha o potencial de variabilidade de utilização de recursos, atribuído ao conceito de demanda gerada por oferta, tão discutida entre economistas que estudam sistemas de saúde. Ratifica-se, portanto, a insuficiência de mensuração de impacto isolado de uma intervenção para a compreensão de seu efeito sistêmico na saúde. Isso reforça nossa sugestão de um esforço para mensuração de grande volume de dados em formato *ad hoc* com time dedicado para estudo de

healthcare economics. Para tanto, é recomendável utilizar-se de ferramentas de análise para estrutura de intervenção em sistemas de saúde^{37,38}, respeitando a alta complexidade habitual inerente³⁹ e normalmente subestimada⁴⁰.



Acordos Baseados em Desfecho Orçamento Global – caso de sucesso:

Experiência Orçamento Global Ajustado (OGA) no Hospital Sirio-Libanês

Kelly Cristina Matos Ildefonso

Superintendente Comercial no Hospital Sirio-Libanês

Andrea Carreira

Gerente Médica de Produtos e Mercado

Introdução

Há anos o mercado de saúde busca novos modelos de remuneração que possam manter o mercado sustentável.

Com uma população de 47,2 milhões de beneficiários e uma inflação médica em torno de 15% ao ano, esse é um mercado que dependerá de ações e novos modelos de remuneração para que o sistema se mantenha sustentável.

De acordo com Clayton Christensen⁴¹, os métodos de assistência atuais apresentam três importantes distorções na eficácia e na eficiência dos serviços de saúde:

- ✔ Não incentivam o surgimento de novos modelos disruptivos, preservando prestadores dispendiosos;
- ✔ Os preços e serviços determinam a lucratividade ou prejuízo em diferentes setores da indústria;
- ✔ Os modelos contratuais incentivam o aumento de custos hospitalares e não a redução.

O modelo baseado no *fee-for-service*, ou seja, pagamento por conta aberta e por procedimento, não cabe no mercado atual. Com a incorporação de tecnologias de ponta e novos

materiais e medicamentos, identificamos, cada vez mais, grandes distorções nas contas hospitalares.

Por outro lado, temos uma população cada vez mais envelhecida, que necessita de mais recursos e serviços de qualidade.

É fundamental que ações de redução de custos e desperdícios sejam adotadas, juntamente com ações de promoção à saúde, qualidade de vida e linhas de cuidado.

A adoção do Modelo de Orçamento Global, no qual estuda-se por um período fixo as contas hospitalares, determinando uma quantia de financiamento mensal, surge como alternativa aos modelos atualmente implantados⁴².

Vantagens e desvantagens do Orçamento Global Ajustado (OGA)



A crescente busca por alternativas ao modelo de incentivo ao consumo (*fee-for-service*), agregando alinhamento de riscos e benefícios entre hospitais e operadoras para sustentabilidade financeira de todo o mercado de saúde suplementar, levou-nos a construir, junto com uma grande operadora de saúde, o nosso primeiro contrato em modelo de Orçamento Global Ajustado.

Nesse modelo, a ideia é mudar o incentivo e iniciar a transição para o modelo de pagamento por performance, que leva em consideração indicadores clínicos e de qualidade nos serviços de saúde. A remuneração do hospital passa a ser feita com base em uma previsão de orçamento – ‘Orçamento Global’ –, calculada de acordo com o histórico do próprio prestador e a complexidade dos casos atendidos. Ela oferece maior previsibilidade de custos (para a fonte pagadora) e de receita (para o prestador) e altera o incentivo ao prestador, visando à redução de desperdício. Já o ‘Ajustado’ surge com a definição de indicadores de produção (volume/complexidade), protegendo hospital e operadora.

“Melhorar a qualidade do atendimento – incluindo resultados de saúde da população; reduzir os custos dos cuidados de saúde – fornecendo expectativas claras de receita para que os provedores possam enfatizar os cuidados orientados para o valor, em vez de orientados para o volume, e se concentrar na transformação do seu sistema de saúde”.

Adaptado de *American Hospital Association (AHA). Centers for Medicare & Medicaid Services Regional Budget Payment Concept Request for Information [Internet].* Acessado em: 28 jun 2021. Disponível em: <<https://www.aha.org/system/files/2018-03/2016-04-27-regional-budget-payment-concept.pdf>>

“Uma das principais atrações do modelo de orçamento global é que ele pode combinar simplicidade administrativa com fortes incentivos para melhorias de desempenho.”

Adaptado de: *Jakab M et al. The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: from New Public Sector Management to Organizational Reform.* Washington: HNP; 2002

Para o cálculo do valor mensal fixo pago, utiliza-se como base o histórico das transações realizadas em um período definido, incluindo as contas, glosas, pagamentos etc. No nosso caso, optamos por dar início ao modelo apenas com as internações hospitalares, sem incluir outras portas de entrada. Essa decisão foi motivada principalmente pelo fato de termos implantado previamente o acompanhamento de internações por *Diagnosis Related Groups* (DRG®), o que facilita o nosso acompanhamento e possibilita a comparação entre a complexidade “estipulada” pela operadora e a “medida” internamente com a ferramenta DRG.

A partir dessa base, todos os atendimentos e contas desse período são avaliados com a ferramenta *Inpatient Grouper* (IPG®). Sua metodologia foi desenvolvida pela empresa Optum, inspirada no MS-DRG americano, mas foi construída exclusivamente para o sistema de saúde brasileiro e permite a análise sistêmica automática de muitos eventos. Para cada internação hospitalar é designada uma codificação IPG, determinada com base no diagnóstico (CID-10) e no procedimento principal (para classificação entre clínico e cirúrgico), bem como nos três fatores de ‘score’ de complicação (uso de ventilação mecânica, mix de procedimentos e a idade do paciente). A cada código IPG é atribuído um peso (único para todo o país), que reflete a intensidade de consumo de recursos das internações pertencentes a ele. O peso de cada atendimento, portanto, é baseado em itens presentes nas guias de cobrança das contas hospitalares, tornando a análise independente do prontuário hospitalar. Já o peso total (*total weight*) é a soma simples de todos os pesos das internações/atendimentos ocorridos em um mês. A referência de mês utilizada é a data de internação do paciente, independentemente

do tempo de permanência ou da quantidade de contas faturadas deste. Outro conceito importante é o de *caso mix*, que é o cálculo do peso total dividido pelo número de internações. Ele aponta para a complexidade média das internações em determinado prestador.

De acordo com a quantidade de internações, peso total e *caso mix* mensais, calculam-se as médias do período – e, a partir do peso total médio, estipula-se uma banda para ajuste 5% acima e abaixo da média, ou seja, um peso total máximo e mínimo em que não haverá qualquer ajuste financeiro. O cálculo do ajuste é feito pelo percentual de variação entre o peso total das internações apurado e o valor máximo ou mínimo definido, aplicando-se o percentual como acréscimo ou decréscimo ao valor do orçamento mensal.

O ajuste mensal é feito por indicadores de produção (volume/intensidade de serviço). Se houver aumento ou redução de volume ou complexidade dos casos, hospital e operadora ficam respaldados. Na tabela 1 pode ser visto um exemplo ilustrativo desses cálculos.

Tabela 1. Exemplo de cálculo de meses com ajustes positivos, negativos e sem ajustes

Atendimentos	Premissas de Média Histórica				Mês x	Ajuste Mensal	
	Internações	Valor Mensal	Média de Peso Total	Peso Máximo (+) 5%		Peso Mínimo (-) 5%	Peso total do mês de análise
Mês 1	R\$3.000.000,00	97	102	92	110	7,84%	R\$235.200,00
Mês 2	R\$3.000.000,00	97	102	92	90	- 2,17%”	- R\$65.217,39
Mês 3	R\$3.000.000,00	97	102	92	97	0,00%	R\$0,00

Como cada prestador tem tabelas de valores diferentes, o cálculo do valor financeiro a ser pago mensalmente é feito a partir da média mensal de faturamento da base, considerando valor, consenso de percentual médio de glosa, e possíveis reajustes contratuais previstos. Esse valor financeiro vincula-se ao peso médio mensal, já calculado previamente, e ficam fixos (juntamente com as bandas de pesos máximo e mínimo) até o próximo reajuste contratual, independentemente dos ajustes mensais realizados.



A implantação do modelo de Orçamento Global trouxe ao hospital um conjunto de mudanças culturais, práticas e modelos financeiros. Com isso foi necessário que todos os envolvidos desenvolvessem conhecimento em assuntos específicos:

- ✓ Estrutura e sistema de gestão para acompanhamento mensal dos indicadores;
- ✓ Acompanhamento do perfil epidemiológico de riscos e permanência hospitalar;
- ✓ Entendimento da classificação DRG/IPG e novos modelos de remuneração.

Esse novo modelo exigiu do hospital maior envolvimento entre operações assistenciais e de *backoffice* com corresponsabilização pelo sucesso. Definições e critérios para incorporação de novas tecnologias, materiais e medicamentos, minimização de desperdícios e garantia de excelência de atendimento, com foco no desfecho clínico.



Por outro lado, é importante salientar grandes avanços no que tange às operações do ciclo de receita. No primeiro ano, foi possível avaliar uma queda significativa no índice de glosas, uma vez que, nesse modelo, a glosa já está considerada no valor mensal, e uma redução de cinco *headcounts* nas áreas de auditoria, solicitação de senhas e recursos de glosas.

Diante desse cenário, com uma gestão mais eficiente, há ainda a possibilidade de aumento das margens por melhorias de processos internos, que vão desde a redução de desperdícios até a melhora de negociações de compra de materiais.

Entre os desafios da implantação, um dos principais foi o contábil. Como na análise do OGA consideramos a data de internação do paciente, que pode ter contas faturadas em diferentes meses, há uma dissociação entre faturamento e pagamento mensais. Em outras palavras, o valor pago pelo OGA no mês refere-se a contas faturadas em diferentes meses (tabela 2).

Tabela 2. Simulação de acompanhamento do período de entrada do paciente até o faturamento da conta, mostrando a dissociação entre faturamento e pagamento do OGA

Dtª_Entrada dos pacientes	Mês faturamento de contas							Total de contas / mês de	Pagamento mensal acordado
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho		
Janeiro	R\$1.052.652	R\$1.193.331	R\$766.791	R\$66.096	R\$154.310	Ajuste		R\$3.078.870	R\$3.000.000
Fevereiro		R\$1.981.839	R\$1.887.983	R\$133.205	R\$718.261	R\$36.600	Ajuste	R\$4.193.937	R\$3.000.000
Março			R\$1.834.307	R\$1.688.712	R\$1.399.098	R\$161.256	R\$124.596	R\$4.527.132	R\$3.000.000
Abril				R\$1.855.634	R\$927.876	R\$566.688	R\$78.864	R\$3.923.050	R\$3.000.000
Maió						R\$1.318.102	R\$411.144	R\$3.081.202	R\$3.000.000
Junho						R\$1.587.071	R\$1.216.134	R\$3.202.223	R\$3.000.000
Julho							R\$1.000.739	R\$2.717.455	R\$3.000.000
Total de contas Faturamento ABP	R\$1.052.652	R\$3.175.170	R\$4.489.082	R\$3.743.647	R\$3.199.544	R\$3.669.718	R\$2.831.477		

*Os valores dos ajustes não estão demonstrados nesta tabela, pois vão variar de acordo com o valor de Peso Total e bandas do mês, conforme explicação anterior

Para a operadora há ganho pela previsibilidade de custos e acompanhamento de indicadores de qualidade. Isso proporciona melhor gestão de custos com resultados clínicos consistentes, acompanhamento da complexidade dos serviços prestados e possibilidade de gerenciar *outliers* e readmissões, além da comparação de performance entre hospitais para cada procedimento, dados essenciais para a determinação de métricas, estratégia e eficiência.

O modelo de Orçamento Global Ajustado mostrou-se eficiente dentro das premissas iniciais, com ações direcionadas às questões de desfecho e desperdício e a provocações para melhorias em processos internos de gestão e monitoramento, provando-se um ótimo modelo de transição para o pagamento por performance ou valor. Uma vez que o esforço operacional deixa de voltar-se para processos de contas médicas, faturamento, auditoria e glosas e se concentra no acompanhamento clínico de pertinência e desfecho, estamos certos da criação de um novo caminho!



Value-based Healthcare e políticas públicas em saúde

Tania Yuba

Líder de Global Health Policy – J&JMD Brasil

O surgimento da Covid-19 colocou em prova a sustentabilidade dos sistemas de saúde e sua organização e estrutura para entrega de soluções à sociedade. Ficou ainda mais evidente a importância de se ter sistemas de saúde de cobertura universal capazes de dar acesso a todos, abrindo caminho para a saúde baseada em valor. Adicionado ao contexto da pandemia, os sistemas de saúde já estavam em uma tendência de custos crescentes por diversos fatores, dentre eles o envelhecimento da população e o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis.

Diante desse cenário, o tema da qualidade dos cuidados de saúde é impulsionado e colocado em destaque na agenda dos formuladores de políticas públicas de saúde, comprometidos com a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e com os desfechos dos pacientes no contexto de *Value-based Healthcare* (VBHC), com foco na sustentabilidade do sistema de saúde⁴⁵.

Observando um posicionamento dos organismos internacionais nessa direção, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tem colocado a qualidade do atendimento no centro das discussões, dando

apoio aos países membros para referenciar a qualidade e os resultados de saúde e melhorar as políticas de qualidade e segurança em parceria com o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde. Recentemente foi publicado um relatório que discute os desafios gerais conceituais e de mensuração e as estratégias existentes nos países europeus. Ele considera as estratégias mais recentes como exemplos para impulsionar os cuidados centrados no paciente e os cuidados de saúde baseados em valor. Embora os sistemas europeus sejam o foco, as descobertas são de uso amplo para legisladores que buscam aumentar os padrões de qualidade nos sistemas de saúde em outras localidades⁴⁵.

Outros organismos internacionais também se posicionaram sobre o tema de qualidade: em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o *Manual para política e estratégia de qualidade nacional*⁴⁶ e, em colaboração com a OCDE e o Banco Mundial, publicaram a *Prestação de serviços de saúde de qualidade: um imperativo global para cobertura universal de saúde*⁴⁷, bem como as academias nacionais de Ciência, Engenharia e Medicina dos Estados Unidos publicaram o *Superando o abismo da qualidade global: melhorando os cuidados de saúde ao redor do mundo*⁴⁸.

Política de assistência à saúde e a competição baseada em valor: experiências internacionais

De acordo com Michael Porter, um dos maiores autores sobre VBHC, a principal falha das políticas públicas em saúde é a falta de foco no valor e no desfecho do paciente. É raro observar reformas mais estruturantes com esse objetivo, apenas reformas mais fragmentadas, reativas e incrementais. O principal objetivo de uma reforma seria conduzir sistemas de saúde focados na competição baseada em resultados. Se todos os participantes do sistema tiverem que mensurar e relatar os resultados e competir por clientes ou pacientes, o “valor em saúde” estimularia as inovações⁴⁹.



Nos Estados Unidos, as políticas de *Medicare* e *Medicaid* são particularmente importantes, visto que, juntas, representam aproximadamente metade dos gastos com saúde nos EUA. O *Medicare* e *Medicaid* estão tendo vários experimentos promissores com a incorporação dos princípios da competição baseada em valor, podendo ser agentes importantes de mudanças positivas no sistema, já que outros participantes o utilizam como exemplo.

Os Centros de Serviços de Medicare e Medicaid (CMS) têm programas baseados em valor que recompensam os prestadores de cuidados de saúde com pagamentos de incentivos pela qualidade dos cuidados que prestam às pessoas. Os programas baseados em valor são apoiados em três objetivos:

- 1) Melhor atendimento para indivíduos;
- 2) Melhor saúde para as populações;
- 3) Custo mais baixo.

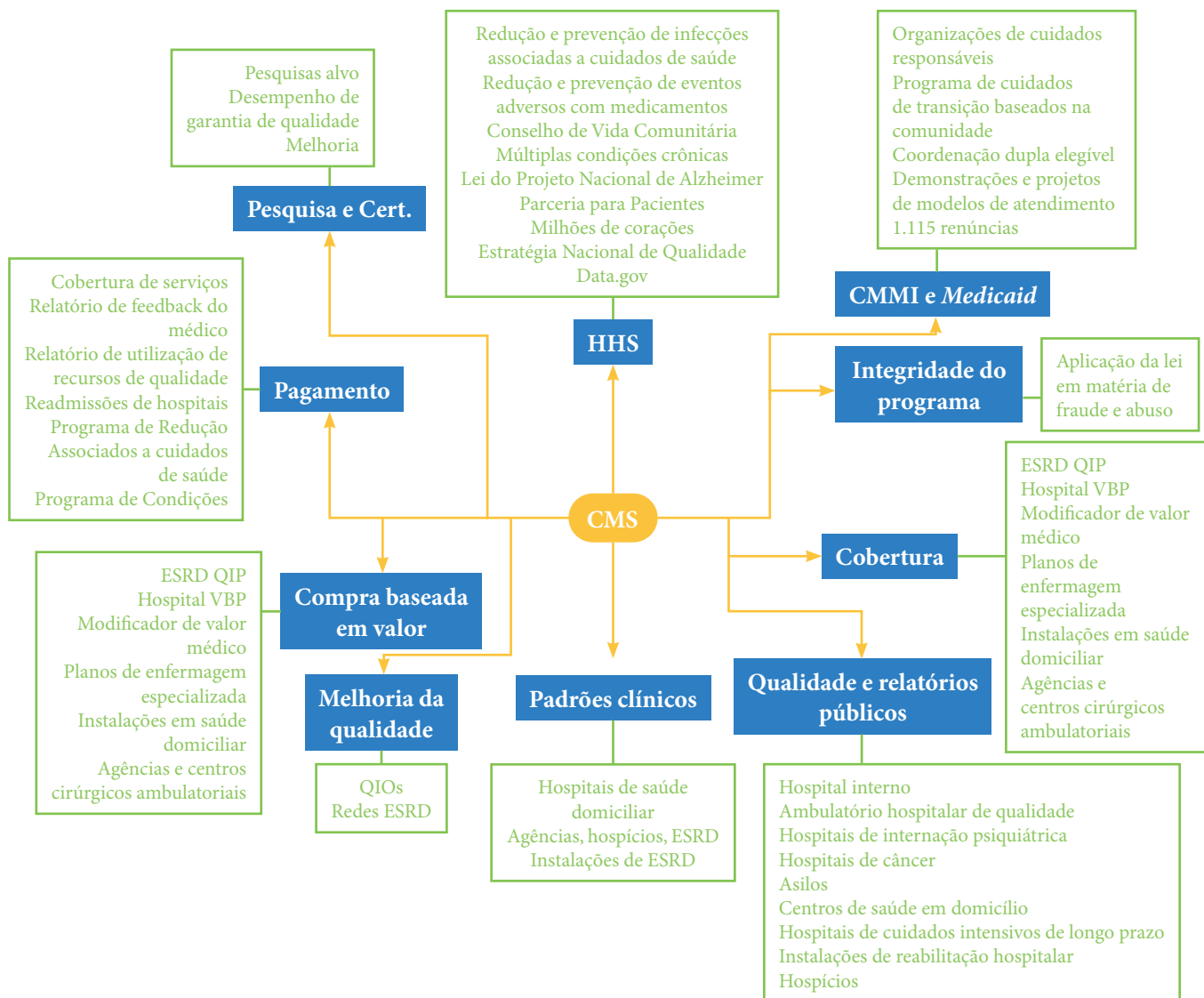
Os programas baseados em valor são importantes porque estão apoiando o avanço no sentido de pagar fornecedores com base na qualidade e não na quantidade de cuidados que prestam aos pacientes⁵⁰.

No atendimento baseado em valor, os provedores são reembolsados de acordo com sua capacidade de melhorar a qualidade do atendimento de maneira econômica ou reduzir os custos enquanto mantêm os padrões de atendimento em vez do volume de atendimento que prestam. Os arranjos de cuidados baseados em valor também podem permitir que os provedores abordem os determinantes sociais da saúde, bem como as disparidades no sistema de saúde. Mover-se em direção a um sistema de saúde mais orientado para o valor permite que os estados forneçam aos beneficiários do *Medicaid* atendimento eficiente e de alta qualidade enquanto melhoram os resultados de saúde. Os cuidados baseados em valor também podem ajudar a garantir que o sistema de saúde do país esteja mais bem preparado e equipado para lidar com desafios inesperados, incluindo a pandemia de Covid-19 em curso⁵⁰.

O CMS assumiu um forte compromisso com o avanço dos cuidados baseados em valor no *Medicare* para seus 61,7 milhões de inscritos. Essa orientação foi elaborada com o entendimento de que muitos dos provedores se sobrepõem para garantir que esse mesmo compromisso possa ser feito em nível estadual pelo programa *Medicaid*, com seus quase 74 milhões de beneficiários, alinhando estratégias e entendimento comum de abordagens eficazes. Embora esses programas atendam populações diferentes, eles compartilham objetivos comuns de custos mais baixos, melhores resultados de saúde e reduzem a carga se os pagadores estiverem alinhados com o cuidado baseado em valor⁶¹. Na figura 1 temos alguns exemplos de como os programas baseados em qualidade trabalham com os esforços do CMS com foco em qualidade.

Figura 1. Como os programas baseados em valor trabalham com outros esforços com foco em qualidade nos centros – Medicare e Medicaid

PROGRAMAS E ATIVIDADES AUTORIZADOS CMS



Adaptado de: Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS' Value-Based Programs [Internet]. Acessado em: 10 nov 2021. Disponível em: <<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>>.



Outro país a ser observado é a Colômbia. O país possui muitas das estruturas e incentivos adequados para oferecer um sistema de saúde de alto desempenho. A fim de fornecer cuidados de saúde eficientes e de alta qualidade para todos os cidadãos e para enfrentar o impacto cada vez maior de doenças crônicas como o diabetes, são necessárias reformas contínuas. As áreas prioritárias de ação são: aproveitar a experiência internacional para modificar os sistemas de pagamento para recompensar cada vez mais a qualidade e os resultados em vez de quantidade. Deve-se começar o piloto de mecanismos de reembolso prospectivos com base no paciente ao longo dos cuidados integrais em saúde, como o sistema DRG, usado em outros países da OCDE⁵¹.

A mensuração da qualidade nas políticas públicas ocorreu há mais de 20 anos, com a Reforma promulgada. Desde então, o país se comprometeu com o desenvolvimento e a implantação de um sistema de qualidade para o setor da saúde conhecido como Sistema de Garantia de Qualidade. Embora o país tenha passado por diversas reformas no sistema de saúde, o componente qualidade continua sendo uma prioridade para o cumprimento dos objetivos e metas do campo da saúde na Colômbia.

Assim, a Prestação de Serviços de Saúde na Colômbia é regulada pela Política Nacional de Prestação de Serviços de Saúde, cujo objetivo é garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, otimizar o uso de recursos, promover abordagens de cuidados centrados no usuário e alcançar a sustentabilidade financeira dos prestadores de serviços de saúde pública⁵².



No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou em 2019 um projeto piloto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor para incentivar as operadoras de saúde,

em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, a implementar modelos de remuneração inovadores e baseados em valor¹⁰. Destacam-se dois objetivos: 1) contribuir com iniciativas para superar desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *fee-for-service* e 2) apoiar estratégias para viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar. Foram selecionados, em 2020, 13 projetos-piloto de Modelos de Remuneração que receberam, para fins de pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), um programa de qualificação de operadoras⁵³.



Em Singapura, o sistema estatal de prestação de serviços de saúde foi dividido em dois grupos de prestadores: o *National Healthcare Group* e o *Singapore Health Services*. Cada grupo é organizado como uma entidade autônoma independente que compete acirradamente por pacientes. Cada grupo, por outro lado, é encorajado a minimizar a duplicidade desnecessária de serviços entre os hospitais integrantes do grupo.



A Suécia introduziu uma certa competição de resultados entre os prestadores, publicando e comparando dados ajustados a risco, métricas de processos, tempos de espera e despesas totais com a saúde em cada uma das suas 21 províncias. Competição nacional em qualidade e preço.

Implementação de políticas baseadas em valor

Foi realizada uma avaliação global para analisar o estágio de implementação de sistemas de saúde baseados em valor. O estudo revela que muitos países estão nos estágios iniciais de adoção das instituições necessárias e das abordagens baseadas em valor a fim de fornecer os melhores resultados aos pacientes em relação ao custo. As variações emergem nos quatro domínios apresentados nesse estudo⁵⁴:

- 1) O contexto propício da política e das instituições voltado para valor em saúde;
- 2) Mensuração de resultados e custos;
- 3) Atendimento integrado e focado no paciente; e
- 4) Abordagens de pagamento com base em resultados.

Contudo, a maioria dos países tem alinhamento geral baixo ou moderado com uma abordagem baseada em valores para a saúde, refletindo o fato de que o conceito de VBHC é muito novo e está nos estágios iniciais de adoção.



Em termos práticos, os sistemas e estruturas necessários para fornecer cuidados de saúde baseados em valor representam uma mudança radical das abordagens tradicionais de compra e entrega de cuidados. Algumas das principais diferenças são destacadas na tabela a seguir:

	Sistemas de saúde tradicionais	Sistemas de saúde baseados em valor
Reembolso	Por volume de atividade ou produto de saúde	Por resultado do paciente comparado com alternativas
Aprovação regulatória, requisitos e processo	Demonstrar alta qualidade de padrões de fabricação, segurança e eficácia clínica, mas apenas contra placebo	Sistemas formais nos EUA e UE agora exigem eficácia clínica a ser comprovada contra terapias comparativas para o melhor resultado sobre o custo
Preços de suprimentos	Por volume comprado	Preços relativos correlacionados com benefício de saúde entregue por unidade de entrada
Dados e registros	Falta de medição de resultados de saúde, levando a uma incapacidade de comprar ou a um desempenho gerenciável contra essa métrica	Transparência de entrada (atividade e volumes de produto) e resultados
Planejamento do sistema de saúde	Falta de planejamento contra necessidade presente e futura	Integrado e colaborativo atendimento, orçado e planejado para de acordo com necessidades de saúde da população, acesso e cobertura universal de serviços essenciais

Adaptado de: The economist Intelligence Unit. Succeeding in a value-based environment [Internet]. Acessado em: 10 nov 2021. Disponível em: <http://www.eiu.com/Handlers/WhitepaperHandler.ashx?fi=Jan_2014_Succeeding_in_a_value_based_environment.pdf&mode=wp&campaignid=VBHSuccessJan14>.

Apesar das barreiras para implementação, há maneiras de o mundo acelerar o ritmo da adoção de mudanças na direção de saúde baseada em valor, aumentando a quantidade e a frequência da cooperação entre as partes interessadas em todo o sistema de saúde. A transformação dos sistemas de saúde não pode ser atingida por *stakeholders* individuais – precisa haver um envolvimento das várias partes interessadas, tanto públicas quanto privadas, para trabalhar em conjunto de forma a gerar impactos positivos coordenados. Pesquisas recentes demonstram que a adaptação bem-sucedida em períodos difíceis depende do aumento do escopo da cooperação em todo o sistema de saúde⁵⁴.

Além disso, no cenário de recuperação pós-pandemia, em que há uma grande demanda acumulada e uma necessidade crescente, por parte das pessoas, de serviços médicos, o tema de valor em saúde também tem um papel essencial para a tomada de decisão sobre o direcionamento dos recursos de forma a priorizar as necessidades mais urgentes e alcançar os melhores resultados para a sociedade, sustentabilidade e equidade do sistema de saúde⁵⁵.



Tendências: SDHC Fatores socioeconômicos que impactam nos desfechos em saúde

Manuel Coelho

Head of Enterprise Services Brazil na Siemens Healthineers

Leonardo Pili

Sr. Business Manager - Philips Healthcare. VBHC Yellow Belt

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu sentido mais amplo, o conceito de saúde compreende o bem-estar físico, econômico, emocional e social dos indivíduos, dos núcleos familiares e das comunidades nas quais estão inseridos e não apenas o estado de ausência de doença. Desta forma, o estado de saúde em que os indivíduos se encontram pode ser afetado não apenas por fatores de risco e comportamentos individuais, mas também por uma série de condições econômicas e sociais⁵⁶. Todas essas condições, também chamadas por Geoffrey Swain (SWAIN, 2017) de determinantes sociais da saúde, são moldadas por uma variedade de políticas econômicas e sociais que influenciam fortemente a forma pela qual a população tem acesso à saúde⁵⁷. Portanto, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem são impactadas diretamente pelo meio social e econômico no qual os indivíduos estão inseridos.

Se, por um lado, os aspectos sociais e econômicos exercem forte influência no estado de saúde dos indivíduos, da mesma forma, saúde e bem-estar contribuem para o progresso econômico e social, ou seja, a segurança econômica e a coesão social são dois determinantes-chave da saúde. O relatório elaborado pelo escritório europeu da OMS¹ (BOYCE; BROWN, 2019) mostra que a falta da segurança econômica e da coesão social exercem forte influência em termos de expectativa de vida, morbidade prematura e doenças que limitam a vida nas comparações entre os países.

Diante desses elementos e considerando a necessidade de se desenvolver uma análise relacional entre investimento, aspectos sociais e culturais e suas implicações nos resultados de desfechos clínicos, analisaremos os 25 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com maiores investimentos *per capita*, bem como seus percentuais do PIB investidos em saúde⁵⁸.

País	Valor per capita investido em saúde (USD)					Percentual do PIB investido em saúde				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
EUA	9.488	9.880	10.213	10.637	11.072	16,7%	17,0%	17,4%	16,9%	17,0%
Suíça	6.468	6.808	7.037	7.280	7.732	11,4%	11,7%	11,9%	11,9%	12,1%
Noruega	5.728	5.904	6.075	6.283	6.647	10,1%	10,6%	10,3%	10,0%	10,5%
Alemanha	5.295	5.668	6.011	6.224	6.646	11,2%	11,2%	11,4%	11,5%	11,7%
Áustria	4.945	5.195	5.360	5.538	5.851	10,4%	10,4%	10,4%	10,3%	10,4%
Suécia	5.002	5.122	5.318	5.434	5.782	10,8%	10,8%	10,8%	10,9%	10,9%
Holanda	4.928	5.075	5.264	5.436	5.765	10,3%	10,3%	10,1%	10,0%	10,0%
Dinamarca	4.674	4.850	5.107	5.295	5.568	10,2%	10,1%	10,1%	10,1%	10,0%
Luxemburgo	4.694	4.864	5.013	5.216	5.558	5,3%	5,2%	5,3%	5,3%	5,4%
Bélgica	4.654	4.777	5.014	5.103	5.428	10,4%	10,3%	10,4%	10,3%	10,3%
Canadá	4.610	5.021	5.155	5.287	5.418	10,7%	11,0%	10,8%	10,8%	10,8%
França	4.679	4.935	5.057	5.154	5.376	11,5%	11,5%	11,4%	11,3%	11,2%
Irlanda	4.297	4.545	4.743	4.912	5.276	7,3%	7,4%	7,2%	6,9%	6,8%
Austrália	4.381	4.606	4.711	4.965	5.187	9,3%	9,2%	9,2%	9,3%	9,3%
Japão	4.517	4.297	4.393	4.504	4.823	10,9%	10,8%	10,8%	11,0%	11,1%
Islândia	3.735	3.932	4.167	4.420	4.811	8,1%	8,2%	8,3%	8,5%	8,8%
Reino Unido	3.828	3.990	4.126	4.290	4.653	9,9%	9,9%	9,8%	10,0%	10,3%
Finlândia	3.993	4.103	4.239	4.331	4.578	9,6%	9,4%	9,2%	9,0%	9,1%
Nova Zelândia	3.521	3.763	3.820	4.025	4.204	9,3%	9,3%	9,0%	9,2%	9,3%
Itália	3.090	3.274	3.399	3.485	3.649	8,7%	8,7%	8,7%	8,7%	8,7%
Espanha	3.020	3.149	3.322	3.430	3.616	9,1%	9,0%	8,9%	9,0%	9,0%
Rep. Tcheca	2.546	2.671	2.891	3.171	3.426	7,2%	7,2%	7,2%	7,6%	7,8%
Coreia do Sul	2.490	2.661	2.809	3.085	3.384	6,7%	6,9%	7,1%	7,6%	8,0%
Portugal	2.540	2.822	2.922	3.097	3.379	9,0%	9,4%	9,3%	9,4%	9,6%
Eslovênia	2.580	2.738	2.853	3.055	3.224	8,5%	8,5%	8,2%	8,3%	8,3%

Os dados referentes ao investimento absoluto e percentuais do PIB para o ano de 2019 foram os que estavam provisionados para o ano.

Adaptado de: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2020 [Internet]. Acessado de: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>.

Países com melhores resultados de saúde de acordo com a *Commonwealth Fund Health (CFH)*, que inclui os fatores de acesso, equidade, eficiência administrativa e processo de cuidado⁵⁹

<i>Commonwealth Fund Health Evaluation</i>	Reino Unido	Austrália	Holanda	Nova Zelândia	Noruega	Suécia	Suíça	Alemanha	Canadá	França	Estados Unidos
Ranking Geral	1	2	3	4	4	6	6	8	9	10	11
Processo de cuidado	1	2	4	3	10	11	7	8	6	9	5
Acesso aos serviços de saúde	3	4	1	7	5	6	8	2	10	9	11
Eficiência Administrativa	3	1	9	2	4	5	8	6	6	11	10
Equidade do Sistema	1	7	2	8	5	3	4	6	9	10	11
Desfechos clínicos	10	1	6	7	3	2	4	8	9	5	11

Dados referentes ao resultado de 2017.

Adaptado de: Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Sumário Executivo: Como o desempenho dos sistemas de saúde dos EUA se compara com outros referenciais internacionais? [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/espelhoEspelhoMeu.pdf>>.

Comparando as relações de investimentos (*per capita* e absoluto) de cada país com o *ranking* dos países que produzem os melhores desfechos clínicos pelo prisma da *Commonwealth Fund Health*, temos o entendimento de que o investimento em saúde é um fator muito importante para o resultado dos desfechos clínicos, principalmente para viabilização de acesso aos serviços e da infraestrutura de cuidado para proporcionar boas condições de atendimento e funcionamento.

Contudo, aspectos culturais, sociais e tecnológicos suportados por um modelo de remuneração que incentive o melhor resultado clínico com o menor custo possível são outros aspectos essenciais para a melhora dos desfechos clínicos.

Ranking dos países com melhores resultados de desfechos clínicos e casos de sucesso

Em pesquisas recentes quanto aos países com melhores resultados de desfechos clínicos, destacamos Reino Unido,

Austrália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Alemanha, Canadá, França e Estados Unidos – e, com base nos dados apresentados, confirmamos que o investimento é questão indispensável para promover uma boa estrutura para os sistemas de saúde. Entretanto, aspectos culturais, estruturantes e sociais são também fundamentais para um bom e sustentável resultado de desfechos clínicos, como exemplificados a seguir:

- ☑ Estrutura organizada como Unidade de Prática Integrada
- ☑ Pacientes, família e equipe assistencial com ferramentas e entendimento para engajamento da jornada do cuidado
- ☑ Um bom sistema para apuração dos custos efetivos
- ☑ Estrutura que empodere o médico na condução da jornada de cuidado
- ☑ Mensuração dos resultados de forma evolutiva e um sistema que valorize a melhora contínua
- ☑ Um bom programa de educação continuada

Vejamos, agora, alguns casos de sucesso implementados com bons resultados de desfechos clínicos:

1. O Serviço Nacional de Saúde do País de Gales (NHS Wales) oferece serviços universais de cuidados de saúde para 3,1 milhões de residentes galeses com um orçamento, em 2019, de £ 7 bilhões (€ 8,2 bilhões). Em 2014, o ministro galês responsável pelas áreas da Saúde e Serviços Sociais lançou, com participação da população, uma política chamada *Prudent Healthcare*, focando em equidade, redução da hospitalização e da variação injustificada de resultados clínicos e custos. Os cuidados de saúde baseados em valor tornaram-se o modelo de prestação de cuidados de saúde do *Prudent Healthcare* e, posteriormente, uma política mais abrangente chamada de *Healthier Wales*. Para implementar esse plano, o NHS Wales criou uma equipe de *Value-Based Healthcare* (VBHC) nacional liderada pelo Dr. Sally Lewis, com a missão de “melhorar os resultados de saúde que mais importam para as pessoas no País de Gales”⁶⁰.

Em 2017, o NHS Wales desenvolveu um portal para padronização e coleta de resultados de saúde reportados pelo paciente (PROM) para 31 linhas de cuidado, com questionários disponíveis em inglês e traduções validadas de galês. Além disso, uma plataforma tecnológica de interoperabilidade com acesso a dispositivos móveis com painéis e relatórios nacionais de doenças foi desenvolvida para aumentar transparência junto aos cidadãos galeses, permitindo-lhes comparar provedores de serviços. Por fim, com base nesse programa, o NHS Wales adotou os contratos dos prestadores baseados em resultados, em que os provedores de serviços de saúde recebem pagamentos quando as metas são alcançadas⁷¹.

2. Diabeter é uma rede certificada de clínicas holandesas centrada no paciente, especializada em fornecer atendimento abrangente e individualizado

para crianças e jovens com diabetes tipo 1. Fundada em 2006 pelo Dr. Henk Veeze e Dr. Henk-Jan Aanstoot, Diabeter oferece um modelo de atendimento baseado em valor que se concentra no uso de uma plataforma tecnológica de interoperabilidade e engajamento, proporcionando uma experiência única ao paciente. É considerada uma das maiores e melhores clínicas da Europa nesse segmento, atendendo mais de 2.000 pacientes em cinco unidades na Holanda⁶¹.

Todas as pessoas com diabetes tipo 1 correm alto risco de complicações micro e macrovasculares graves de longo prazo, como doença renal, cegueira, amputação, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Essas complicações, além de óbvios impactos aos pacientes e seus familiares, também geram forte impacto no sistema de saúde e são responsáveis por uma importante parte dos gastos ao longo da jornada do paciente diabético⁶¹.

O diabetes é a segunda doença crônica de maior prevalência na infância. Além disso, as constantes variações dos níveis de glicose (altos, baixos e flutuantes) provocam impacto no cérebro e, portanto, no desempenho diário em relação à concentração e comportamento, influenciando fortemente a vida dos pacientes. Uma pesquisa demonstrou que manter as taxas de glicose perto dos valores considerados normais é de importância fundamental para retardar o início e reduzir a gravidade de todas essas complicações. É mundialmente aceito que a glicemia rigidamente controlada (medida como níveis de hemoglobina glicosilada – HbA1c) é a chave para a redução do risco de curto e longo prazo de complicações do diabetes. No entanto, cerca de 30% de todos os pacientes com diabetes tipo 1 consegue atingir a meta de HbA1c menor que 7,5% (58mmol/mol) definida pela Sociedade Internacional de Diabetes Pediátrica e do Adolescente (ISPAD). Assim, os resultados ideais de curto e longo prazo não são alcançados pela maioria dos pacientes em grande parte em função da complexidade do controle da glicose e à falta de implementação de tecnologia moderna de monitoramento e engajamento⁶¹.

Porém, ao comparar os resultados do Diabeter com outras clínicas com mais de 100 pacientes, 55% destes com menos de 18 anos atingem a meta comparados com a média de 31% na Holanda, tornando o Diabeter a clínica com melhor desempenho no país. Além disso, no Diabeter, apenas 6% das crianças apresentam níveis de HbA1c superiores a 85mmol/mol⁶¹.

Esses resultados superiores geraram economia de custos anuais diretos para pacientes com diabetes tipo 1 (principalmente devido a uma menor taxa de hospitalização de pacientes em comparação com clínicas de diabetes pediátricas holandesas – 3% *versus* 8% –, resultando em uma economia de custos de 8,6%). Espera-se que os resultados em longo prazo sejam melhores, pois um aumento de 1% de HbA1c (de 7% para 8%, por exemplo) pode dobrar a quantidade de complicações em longo prazo⁶¹.

3. Martini-Klinik é um centro privado, com foco exclusivo no atendimento do câncer de próstata, criado em 2005 dentro do campus da Universidade de Hamburgo com estrutura e cultura de Unidade de Prática Integrada (UPI), em que todos os departamentos trabalham de forma coesa e organizada em torno dos resultados do paciente. Foi desenvolvida, ao longo do tempo, uma forte cultura de educação continuada, além de melhorias de processos com mensuração evolutiva dos resultados clínicos, do custo e de bem-estar do paciente, sendo este último capturado por meio de sistemas de engajamento⁶².

O centro atendeu em 2019 cerca de 8.000 pacientes ambulatoriais e 2.600 prostatectomias radicais realizadas (11% delas na Alemanha), tornando-se um dos mais relevantes centros de tratamento de câncer de próstata no mundo, tanto em volume quanto em desfechos clínicos. Em

comparação com a média alemã, os pacientes tratados no Martini-Klinik têm taxas de incontinência severa 11 vezes menores, enquanto a continência total é 45% superior⁶².

Ainda em comparação com outros serviços no país, após um ano, as cirurgias demonstram uma taxa de disfunção erétil severa 55% menor, taxas de complicações 15 vezes menores para lesões na uretra e 62 vezes inferiores para sepse. Além disso, o Martini-Klinik implementou programas de vigilância e prevenção de forma a retardar tratamentos mais invasivos. Esses indicadores também refletiram um número menor de dias de internação e redução do custo total do cuidado⁶².

Aspectos culturais e *hubs* sociais e seus impactos nos desfechos clínicos

Analisando previamente os casos que apresentaram bons resultados de desfechos clínicos, verificamos também o forte impacto ocasionado pelos aspectos sociais e culturais.

Entendemos que a introdução de ferramentas de comunicação e engajamento na rotina cultural e social dos pacientes e familiares é de grande importância na aderência dos pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, para o bom resultado dos desfechos clínicos. Os hábitos e costumes dos pacientes variam, seja em função da região onde vivem, seja por idade e gênero – e, se esses fatores forem considerados na extensão do seu cuidado, haverá mais chances de que seu engajamento seja efetivo.

Os locais de convivência e compartilhamento de ideias entre indivíduos com determinados hábitos e costumes semelhantes (físicos e/ou virtuais) são chamados de *hubs* sociais. Podemos considerar como *hubs* sociais ambientes como barbearias, salões de beleza, comunidades digitais, centro comunitários, entre outros⁶³.

O conceito básico de *hub* social na condução dos cuidados envolve os seguintes pontos⁶³:

- ☑ Mapeamento e identificação de populações a ser trabalhadas ou que estão em risco
- ☑ Desenvolvimento de programas personalizados para conectar esses indivíduos aos serviços necessários
- ☑ Monitoramento do nível de aderência aos tratamentos e registro dos resultados

Vejamos alguns exemplos de projetos utilizando *hubs* sociais e seus impactos nos desfechos em saúde⁶³:

☑ *Integrating Professionals for Appalachian Children (IPAC)* atua como um *hub* comunitário para uma rede de parceiros na zona rural do sudeste de Ohio. O IPAC estabeleceu o Caminho da Gravidez para mulheres grávidas de alto risco e está conduzindo programas para crianças que frequentemente usam o departamento de emergência para atendimento não urgente e crianças com histórico de trauma e/ou colocação em lares adotivos⁶³.

☑ *Northeast Oregon Network (NEON)* é resultado de um projeto colaborativo formado por provedores de saúde rurais, agências e membros da comunidade de três condados do nordeste do Oregon. A missão da colaboração é aumentar o acesso à saúde integrada por meio da identificação de lacunas no sistema, facilitando as soluções desenvolvidas pela comunidade e defendendo mudanças nas políticas⁶³.

Concluimos que, para o bom e evolutivo resultado dos desfechos clínicos, não podemos desconsiderar todos os aspectos sociais, culturais e econômicos que envolvem a população a ser cuidada, especialmente no processo de engajamento do paciente e de seus familiares.



Tendências *hubs* sociais na população brasileira

Denise Eloi

CEO do Instituto Coalizão Saúde

Fabrizio Campolina

Diretor Sênior de Healthcare Transformation na J&JMD Latam; MBA Duke University; Coordenador Grupo de VBHC do ICOS

Os dias atuais estão marcados por um crescente ceticismo em relação às informações divulgadas pelas autoridades e mídias tradicionais. Nossa população, cada vez mais, atualiza-se por meio de informações compartilhadas em seus círculos sociais. A ascensão de uma comunicação horizontal em detrimento da tradicional comunicação vertical traz uma nova complexidade aos esforços de educação de nossas comunidades a respeito dos cuidados necessários com sua própria saúde⁶⁴.

O conceito de *hubs* sociais nos traz uma estratégia eficaz de se conectar com segmentos da população por meio de canais fora do setor de saúde e que apresentem credibilidade, alcance e frequência de contato necessários para realizar educação continuada e desenvolver iniciativas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

O estado de Jersey, no Reino Unido, implementou um modelo de *hub* social para se conectar à população idosa, em especial no interior, por meio de parceria com o serviço postal. Os carteiros nessa região tinham uma conexão

estabelecida com a população idosa pelo programa “contatar e checar”. Durante a entrega rotineira de correspondências, aproveitavam para interagir com os idosos em suas comunidades e verificar se havia sinais de desidratação, confusão mental ou outros sinais preocupantes. Eles também lembravam uma consulta médica próxima e entregavam prescrições médicas. O programa demonstrou melhoras da saúde da população idosa durante o período de desenvolvimento de sete anos e tinha a virtude da simplicidade de implementação e do custo baixo, de \$6 a \$8, por carteiro⁶⁵.

As barbearias nos Estados Unidos configuraram outro importante *hub* social para os homens negros do país. Um programa chamado “Conversas de Barbearia” contou com cerca de 25 estabelecimentos em 18 cidades americanas fazendo ações de promoção de saúde com seus clientes durante três anos. Essas ações incluíam gerenciamento de doenças crônicas como diabetes, obesidade e hipertensão, e incentivaram aumento de doação de órgãos. Esses *hubs*

ajudaram a superar a enorme desconfiança dessa população em relação à indústria de saúde. Além disso, a barbearia promovia um ambiente de confiança que permitia que temas delicados fossem abordados e que, por meio de orientação, ajudava a mudar comportamentos⁶⁶.

A reflexão sobre quais canais poderiam ter papel de *hubs* sociais pode nos ajudar a ser mais efetivos em promover ações de saúde para a nossa população. Identificar esses canais é de especial importância para grupos mais vulneráveis. Carecemos de estudos mais abrangentes sobre o tema em nosso país, portanto, experimentos na área serão exploratórios em um primeiro momento.

É importante reconhecer que o programa de Atenção Primária à Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS) conta com agentes comunitários como atores-chave na promoção de saúde e prevenção de doenças e na implantação de políticas públicas junto às comunidades em que atuam. A função inclui visitas domiciliares, busca ativa e educação em saúde. Portanto, muito similar às experiências descritas no Reino Unido e nos Estados Unidos, com a ressalva de que, em vez de pertencerem a canais fora do setor de saúde, os agentes comunitários estão integralmente inseridos na equipe multidisciplinar focada em ações de atenção primária⁶⁷.

Portanto, a tendência de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nos *hubs* sociais poderia ser amplificada em nosso país por meio do aumento do alcance dos agentes comunitários no sistema público e pela implantação de modelos similares na saúde suplementar. De forma complementar, poderia ser explorada, a exemplo de outros países, a utilização de canais fora do setor de saúde, aproveitando redes que tenham capilaridade para levar informação e monitorar as condições de saúde de nossas populações⁶⁸. Na ausência de estudos mais abrangentes, poder-se-ia experimentar, por exemplo, capacitar a rede de entrega de aplicativos de *delivery* a levar mensagens de alimentação saudável aos clientes. Outra

possibilidade seria identificar micro influenciadores nas mídias sociais que pudessem, de forma digital, conectar-se a um segmento específico, como mulheres com mais de 65 anos, por exemplo, e promover ações de promoção de saúde adequadas a essa população.

A evolução dos Cuidados de Saúde Baseados em Valor em nosso país passa por utilizar, de forma mais intencional e efetiva, agentes que possam influenciar a adoção de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças em seus círculos sociais de influência. Esses agentes podem ser tanto da área de saúde quanto de outras áreas, desde que tenham credibilidade e capacidade de interagir com frequência e sequência com aquela população. É importante, também, realizar estudos para identificar os principais segmentos em nossa população e seus respectivos agentes que poderiam influenciar de forma positiva essas comunidades.



Tendências: Papel dos Estipulantes

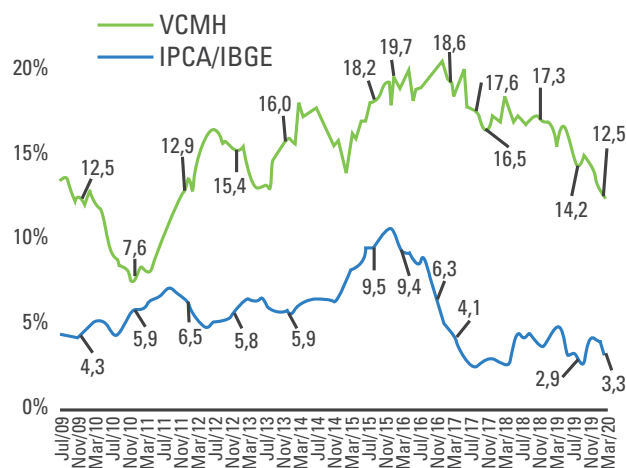
Fabrizio Campolina

Diretor Sênior de Healthcare Transformation na J&JMD Latam; MBA Duke University; Coordenador Grupo de VBHC do ICOS

Os planos de saúde coletivos empresariais totalizavam 31,5 milhões de vidas em junho de 2020, representando 67% das vidas da saúde suplementar no Brasil⁶⁹. Nos últimos vinte anos, nesse segmento, os planos de saúde oferecidos aos funcionários têm evoluído de instrumento de atração e retenção de talentos para se tornar um tema estratégico ao negócio liderado pelos executivos seniores da organização.

Anos de inflação médica⁷⁰ significativamente acima da inflação geral contribuíram para que esse benefício se tornasse uma despesa significativa para a maioria das empresas. Além disso, mais clareza por parte dos executivos sobre os ganhos de produtividade decorrentes de uma equipe mais saudável explica o fato da gestão do benefício de planos de saúde ter se tornado estratégica para as empresas.

Figura 1. Série Histórica VCMH/IESS e IPCA/IBGE⁸¹



Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores

Adaptado de: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). VCMH/IESS: variação de custos médico-hospitalares, Out/2020 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/vcmh_base_mar2020.pdf>.

Essa crescente despesa com saúde já representa cerca de 13.5%³ da remuneração do empregado. Desta forma, discussões sobre o tema se tornaram uma questão estratégica para as organizações, pois ela já corresponde ao segundo maior custo com funcionários da maioria das empresas, perdendo apenas para folha de pagamento, e com ritmo de crescimento acelerado.

Isso motiva empresas a buscar alternativas, como:

- (i) aumento do percentual de coparticipação – de 51% das empresas em 2015 para 74% em 2019⁷¹;
- (ii) migração para planos mais básicos (*downgrade*); ou
- (iii) concessão de benefício apenas após 12 meses da contratação.

Figura 2. Prêmio médio de assistência médica per capita⁸³



Adaptado de: AON. Pesquisa de Benefícios AON, edição 2016-17 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<https://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>>.

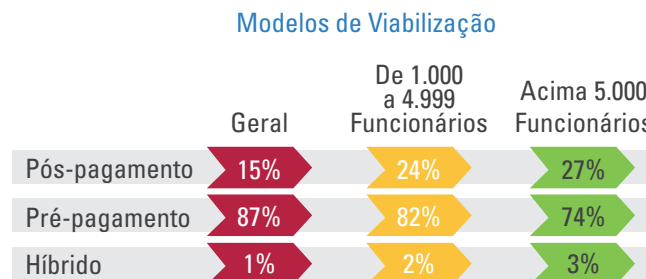
Essas estratégias podem limitar o acesso a serviços de saúde ou resultar em um menor padrão de cuidado dos funcionários e suas famílias – e, conseqüentemente, reduzir a atratividade da empresa, diminuir o engajamento dos colaboradores e aumentar o nível de absenteísmo.

Finalmente, sem alterar a trajetória da inflação médica, tais medidas apenas postergam a necessidade de medidas estruturantes. Afinal, tanto o *downgrade* de planos de saúde quanto o percentual de coparticipação e postergação de benefícios têm limites viáveis que serão atingidos após alguns anos.

Uma abordagem mais efetiva e sustentável considera:

- (i) implementação de programas de saúde corporativa focados em prevenção e promoção de saúde – já presentes em 49% das empresas. Importante destacar que apenas 23% das empresas podem ser consideradas detentoras de um programa estruturado de saúde e bem-estar⁷¹;
- (ii) implementação de programas de gestão de saúde bem-sucedidos pode tornar vantajoso a mudança para modelo de financiamento pós-pago, em especial para empresas com mais de 3.000 vidas⁷¹;
- (iii) inserção em modelos assistenciais focados em cuidado em saúde baseado em valor.

Figura 3. Modalidade financiamento⁷²



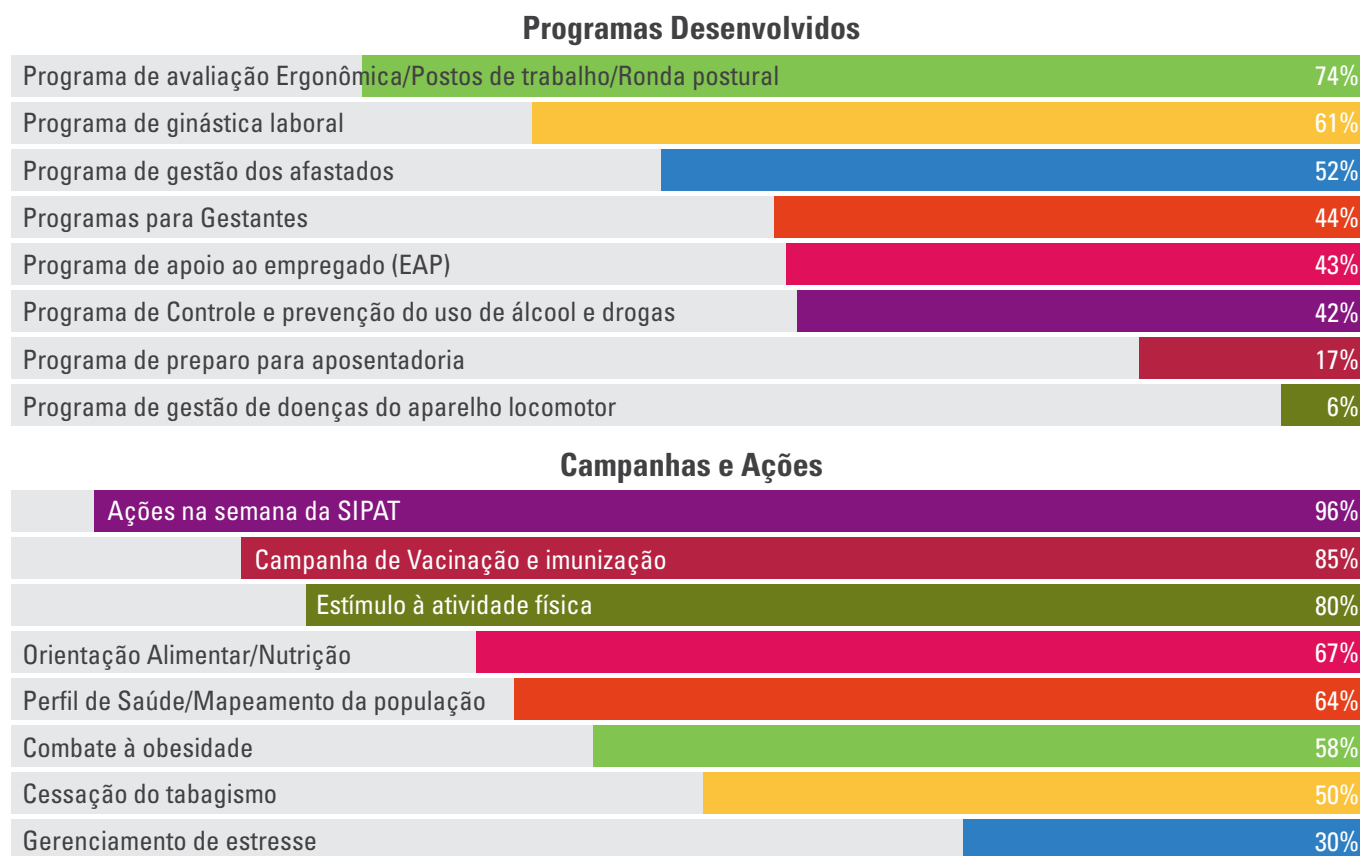
Adaptado de: AON. Pesquisa de Benefícios AON, edição 2016-17 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<https://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>>.

A implantação de estratégia bem-sucedida de gestão de saúde poderá refletir em menores prêmios em modelos de financiamento pré-pagos devido ao menor risco daquela população ou em ganhos diretos para os modelos pós-pagos. Além disso, as empresas poderão se beneficiar de menores taxas de absenteísmo e maior grau de satisfação dos funcionários.

As ações de gestão de saúde implementadas incluem⁷²:

- (i) programas de gerenciamento de doenças crônicas não transmissíveis (56% dos programas), com foco em diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (97% destes programas) e doenças respiratórias (58% destes programas);
- (ii) casos complexos de alto custo (56% dos programas);
- (iii) ambulatório médico na empresa (52% dos programas);
- (iv) acompanhamento das internações (50% dos programas).

Figura 4. Gestão de Saúde: programas e ações desenvolvidas⁷²



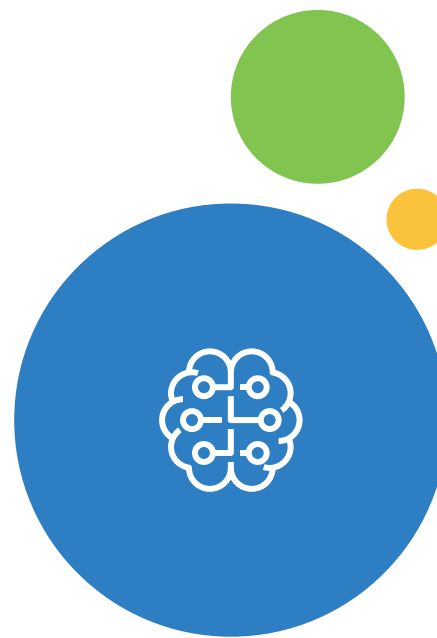
Adaptado de: AON. Pesquisa de Benefícios AON, edição 2016-17 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<https://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>>.

Exemplos bem-sucedidos de programas de gestão de saúde incluem a experiência do Hospital Sírio-Libanês com seus mais de 13 mil colaboradores e seus dependentes. Implementado em 2014, o programa proporcionou, entre 2016 e 2017, redução da taxa de internação de 6,3%, queda de 50% no número de visitas ao pronto atendimento, e a taxa anual de exames caiu 27%. Consequentemente, houve impacto no investimento total da saúde do colaborador com redução de 2% em dois anos de programa – frente a uma variação de custos médicos e hospitalares de 17% ao ano. Outro bom caso inclui a empresa Johnson & Johnson, com sua ambição de ter a força de empregados mais saudável do mundo até 2020. As ações incluem as dimensões espiritual, mental, emocional, física e financeira, com foco em alimentação saudável, mente saudável e movimento saudável. Finalmente, destacamos os avanços importantes de diagnóstico e tratamento após implementação da linha de cuidado para gestão de pacientes com endometriose realizada pelo Hospital Israelita Albert Einstein e a GE América Latina.

De maneira mais ampla, as empresas de grande porte têm acelerado a adoção desses modelos. Limitados pelo seu tamanho ou por sua natureza, empresas de pequeno e médio porte e entidades vinculadas a planos coletivos por adesão irão, cada vez mais, valorizar operadoras de saúde que ofereçam programas de promoção de saúde para as populações sobre sua gestão e tenham avançado em iniciativas relacionadas ao cuidado de saúde baseado em valor.

O departamento de gestão de saúde corporativa deve ganhar cada vez mais protagonismo e ter um papel estratégico nas empresas de grande porte na busca pelo alinhamento dos planos de saúde contratados com as premissas de cuidados em saúde baseados em valor. Todas as empresas poderão se apoiar em empresas especializadas em gestão de saúde populacional ou em iniciativas oferecidas por suas operadoras de planos de saúde para se manterem competitivas na área.

Por fim, os estipulantes necessitam buscar uma abordagem estratégica e estruturante para vencer o desafio dos crescentes custos de saúde de suas populações. Tal abordagem deve ter como pilares programas de saúde corporativa focada em prevenção e promoção de saúde e iniciativas de cuidados de saúde baseados em valor.



Tendências: Transformação Digital & VBHC

Manuel Coelho

Head of Enterprise Services Brazil na Siemens Healthineers

Leonardo Pili

Sr. Business Manager - Philips Healthcare. VBHC Yellow Belt

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS; em inglês, *World Health Organization* – WHO), a assistência integrada de saúde tem por objetivo incluir toda a população ao longo do chamado “contínuo do cuidado”, que se inicia na promoção e passa pelas fases de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e serviços paliativos de cuidado. A essas etapas somamos a importância do engajamento do paciente e, sob a ótica do provedor de saúde, a gestão da saúde da população nos diferentes níveis e locais de atendimento no país, independentemente do sistema de saúde⁵⁶.



Modelo representativo do contínuo do cuidado⁷³



Gestão de Saúde Populacional

Adaptado pelo autor

Com base nesse conceito, a digitalização tem exercido papel fundamental de suporte ao sistema de saúde. Quando falamos de transformação digital na saúde, não podemos deixar de associá-la ao momento histórico que estamos passando – nunca tivemos um momento tão propício para a união da capacidade de processamento de dados, a conectividade com alta velocidade de transferência de dados (5G) entre os dispositivos e os custos cada vez mais acessíveis. Esse conjunto de fatores tem possibilitado a interação e integração dos componentes desse ecossistema digital e o desenvolvimento concomitante de ferramentas de inteligência artificial.

Essa junção de fatores, tendo como base a integração e o processamento de dados, imagens e todas as informações sobre os cuidados do paciente, viabiliza uma visão transversal ao longo do contínuo do cuidado e, conseqüentemente, favorece a adoção de protocolos que proporcionem melhorias na jornada do paciente⁷⁴.

Quando analisamos os cuidados da saúde baseados em valor, devemos nos apoiar em quatro princípios e nove conceitos fundamentais⁷⁵.

Quatro princípios fundamentais para cuidados de saúde baseados em valor⁷⁵:

1) Engajamento – de pacientes, familiares, médicos e todos os colaboradores envolvidos no cuidado

2) Mensuração – dos resultados clínicos e financeiros ao longo de toda a jornada do cuidado

3) Trabalho em equipe – importância da assistência multidisciplinar e empoderamento das equipes assistenciais responsáveis pelo paciente

4) Medicina personalizada – todos os pacientes se beneficiam dos protocolos, mas nem todos os protocolos são para todos os pacientes.

Nove fatores que devem ser considerados para permitir que os Cuidados da Saúde Baseada em Valor tornem-se realidade:

- 1) O envolvimento/engajamento com o cuidado não pode restringir-se apenas ao paciente, mas estender-se ao seu círculo familiar/social
- 2) Os resultados devem ser relevantes aos pacientes
- 3) Os resultados devem ser transparentes para todos os envolvidos, principalmente para os pacientes
- 4) As informações do paciente devem ser longitudinais, ou seja, ao longo de todo o seu cuidado
- 5) As condições clínicas do paciente devem ser as mais completas possíveis
- 6) A organização que presta os serviços deve considerar práticas integradas entre diversas especialidades
- 7) Os custos devem ser passíveis de ser mensurados e documentados de forma precisa
- 8) O ciclo de aprendizado contínuo, seja em torno das condições clínicas, seja em torno dos processos ligados ao cuidado, deve estar presente
- 9) O sistema de remuneração deve ser abrangente e considerar todas as etapas do contínuo do cuidado⁴.



Diante do exposto, identificamos que o processo de transformação digital dos sistemas de saúde será fundamental para a prestação de serviços baseados em valor se proporcionar (mas não se limitando a) as seguintes funcionalidades⁷⁶:

- Sistemas, dispositivos e plataformas que conectam-se e engajam-se de forma rápida, todos envolvidos direta e indiretamente no cuidado

- Sistemas, dispositivos e plataformas que suportem o processo de captura, integração e monitoramento dos desfechos clínicos e financeiros ao longo da jornada de cuidado
- Sistemas, dispositivos e plataformas que tragam transparência nas interações que todos os envolvidos tiveram ao longo da jornada de cuidado, de forma a fornecer aos profissionais envolvidos na assistência do paciente todas as informações para melhor condução do tratamento
- Sistemas, dispositivos e plataformas que suportem o fluxo dos protocolos das linhas de cuidados, mas que possuam flexibilidade justificada e documentada na condução da jornada, de forma a ter um sistema vivo e que possa ser retroalimentado, suportando o processo de melhoria contínua e a educação continuada
- Sistemas, dispositivos e plataformas que propiciem informações de suporte à apuração dos custos efetivos dos tratamentos, permitindo uma mensuração precisa da relação custo × efetividade ao longo de toda a jornada do paciente.

Transformação digital e os impactos ao longo da jornada do paciente

Quando analisamos o contínuo do cuidado em sua forma mais ampla (desde a promoção até o engajamento do paciente), já temos alguns exemplos (muitos advindos da situação de pandemia que enfrentamos nos dias de hoje) de que a transformação digital tem se mostrado viável. A seguir, citamos alguns deles:



Promoção

Uma das formas mais evidentes que temos observado em relação à promoção da saúde frente ao coronavírus baseia-se na grande quantidade de aplicativos ligados a dados estatísticos de saúde divulgados permanentemente na internet e em redes sociais com o objetivo de alertar a população sobre o progresso da enfermidade. No Brasil, temos como exemplo o trabalho desenvolvido pela Fiocruz⁷⁷.



Prevenção

Viabilizado por meio de acordo com as operadoras de telefonia Vivo, Claro, Oi e TIM para que o Governo de São Paulo pudesse consultar informações agregadas sobre deslocamento no estado, o projeto consistiu na implantação de uma central de inteligência que, analisando dados de telefonia móvel, indica as tendências de deslocamento dos indivíduos e aponta a eficácia das medidas restritivas adotadas. Com isso, vem sendo possível apontar em quais regiões do estado e dos municípios a adesão a tais medidas é maior e em quais as campanhas de conscientização precisam ser intensificadas, inclusive com apoio das prefeituras⁷⁸.



Diagnóstico

Avanços nos processos de aquisição das imagens de tomografia têm sido fundamentais para aumentar a segurança do paciente, principalmente por permitir que, mesmo com doses bastante baixas de radiação ionizante, a qualidade das imagens adquiridas seja suficientemente adequada para permitir um diagnóstico preciso, conforme citam Bertolazzi *et al.*⁷⁹ e Barbosa *et al.*⁸⁰. Farias *et al.*⁸¹, em recente publicação, citam que a geração de imagens de tórax pode eventualmente ser indicada como um método para triagem médica de pacientes com características clínicas de moderadas a graves, podendo atuar, nesse caso, como elemento de fundamental importância para suporte à decisão clínica. Os autores mencionam, ainda, a necessidade de uma interpretação mais assertiva dos achados tomográficos relacionados à Covid-19, e a elaboração de relatórios estruturados oferece vantagens ao possibilitar aos radiologistas uma tomada de decisão rápida frente à alta demanda de exames.



Tratamento

Artigos recentes relatam como o desenvolvimento de algoritmos de inteligência artificial têm sido utilizados para apoio ao tratamento. Jiang *et al.*⁸² relataram ter desenvolvido um modelo para prever se os pacientes internados em um hospital desenvolveriam síndrome do desconforto respiratório agudo com o acúmulo potencialmente fatal de líquido nos pulmões. Os pesquisadores treinaram seu modelo usando dados de 53 pacientes que testaram positivo para a Covid-19 e que foram admitidos nos hospitais de Wenzhou, na China. Com a adoção do modelo, os pesquisadores obtiveram grau de precisão entre 70% e 80% de prever se os pacientes em questão desenvolveriam a síndrome.



Reabilitação e serviços paliativos

Para a fase de reabilitação e serviços paliativos, o acompanhamento a distância do estado clínico dos pacientes é fundamental para monitorar o seu estado geral e, assim, permitir que os sistemas de saúde possam antecipar se um determinado paciente ou grupo tende a ter seu estado de saúde comprometido. Neste momento, muitas das ferramentas adotadas na fase de diagnóstico, como as ferramentas de autotriagem combinadas aos algoritmos de Inteligência Artificial, que permitem antecipar a tendência da evolução do caso, têm sido adotadas⁸³.



Engajamento e experiência do paciente

Os dispositivos “vestíveis” (*wearables*, em inglês), com suas interfaces cada vez mais amigáveis e conectividade cada vez mais ampla, são exemplos de tecnologias que

têm por objetivo o aumento do grau de interação do paciente e daqueles que zelam pela sua saúde⁹⁶. Todavia, há dois aspectos fundamentais que devem ser levados em consideração nesse contexto e que podem ser decisivos quando tratamos da participação do paciente no seu próprio cuidado.

Abismo digital: apesar da adoção cada vez mais expressiva de tecnologias digitais junto à população, em especial devido ao aumento da cobertura de telefonia móvel e a utilização de *smartphones*, ainda existem regiões do país totalmente desconectadas digitalmente;

Privacidade e proteção de dados: informações de saúde são extremamente sensíveis, e o fato de compartilhá-las em aplicativos ou interfaces digitais pode se configurar como um potencial fator de risco para a privacidade do cidadão, comprometendo, assim, a adoção de ferramentas de engajamento do paciente⁸⁴.

Gestão populacional

Finalmente, não como mais uma etapa, mas sim como uma plataforma de suporte à gestão efetiva do contínuo da saúde da população, a integração de todas as soluções visando promover a gestão da saúde da população vem sendo continuamente discutida⁹⁶.

Conclusão

Apesar da tecnologia empregada até hoje não ser um limitador para implementação de programas de saúde baseados em valor, a transformação digital será o grande catalisador da automatização e sistematização desses programas – e, com isso, eles serão escaláveis em grande volume.

A transformação digital vem mudando as indústrias e suportará as mudanças no segmento de saúde, modificando e melhorando a forma que cuidamos e gerimos os cuidados de saúde dos pacientes.

Considerações finais e caminhos para o Futuro

Fabrizio Campolina

Diretor sênior de Healthcare Transformation na J&JMD Latam; MBA na Duke University; coordenador do grupo de VBHC do Instituto Coalizão Saúde (ICOS)

O momento que vivemos evidenciou a importância do corpo assistencial e a necessidade de ampliarmos a definição de valor em saúde de acordo com os preceitos do *quadruple aim*, segundo o qual o bem-estar e o engajamento da força de trabalho foram acrescentados ao conceito inicial.

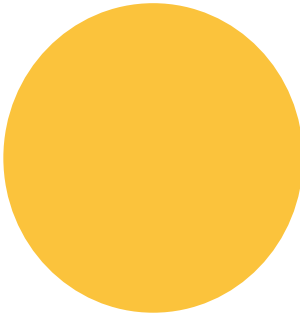


Dessa forma, é importante desde já registrar a definição atualizada de valor segundo o ICOS, como: o equilíbrio entre **1)** a percepção do cidadão quanto à **experiência assistencial**; **2)** a prevenção e os tratamentos apropriados que proporcionem **desfechos clínicos de alta qualidade**; **3)** custos adequados em todo o ciclo de cuidado, permitindo a **sustentabilidade do sistema de saúde**, e; **4)** ações para garantir o **bem-estar e engajamento da equipe de cuidado**.

Há, ainda, em andamento discussões relacionadas a um *quintuple aim*, abrangendo temas relacionados à equidade e inclusão. Trata-se de uma perspectiva bem importante que precisamos acompanhar de perto.

Outra consideração relevante é o progresso dessa jornada após três anos da primeira nota técnica. Durante esse período, o conceito de “cuidados de saúde baseados em valor” evoluiu de uma abordagem restrita a um grupo de especialistas para um tema de amplo conhecimento e aceitação em nosso mercado de saúde.

Instituições de referência implementaram iniciativas e divulgaram progressos valiosos. A contratualização de acordos baseados em desfechos (OBA) avança no mercado de saúde suplementar, chegando a cerca de 5%, e deve avançar nos próximos três anos para patamares de 15%, seguindo tendência mundial. Consultorias estratégicas como BCG e *The Economist Intelligence Unit* apontam aceleração da adoção de VBHC pós-pandemia.

Avaliando caminhos para o futuro, seguem duas reflexões estratégicas para os líderes da área de saúde em nosso país.



A primeira é a formação de grandes ecossistemas abertos (verticalização virtual) e fechados (verticalmente integrados), acelerados pela forte consolidação no setor, que integrarão os cuidados de saúde e tornarão cada vez menos competitivas as instituições que sigam atuando de forma fragmentada e depositando seu futuro no modelo tradicional de *fee-for-service*.

A integração e o compartilhamento de objetivos e riscos nesses ecossistemas promoverão redução dos desperdícios, contribuindo para a sustentabilidade de longo prazo do sistema de saúde. Portanto, a evolução para o modelo de VBHC já está acontecendo de forma acelerada e, em médio-longo prazo, a sustentabilidade das próprias instituições (e não mais do sistema como um todo) será o grande motivador para essa mudança.

A competição do futuro será entre ecossistemas, não entre empresas.

A segunda é o entendimento de que transformação digital não é sobre automatização de processos por tecnologia digital (digitização), mas sim sobre o redesenho digital das organizações de saúde para que consigam coletar, consolidar e compartilhar constantemente *insights* sobre clientes – e, por meio desses *insights*, continuamente reorganizar suas operações para criar propostas de valor que se mantenham atuais, apesar do ritmo acelerado das mudanças que vivemos.

No Brasil, já observamos experiências pioneiras de transformação digital alavancando cuidados de saúde baseados em valor, como é o caso do Hospital A.C. Camargo Cancer Center, que está desenvolvendo um projeto de VBHC para cirurgias colorretais oncológicas que engaja os pacientes em sua jornada de cuidado por meio de plataformas digitais. Essa abordagem ponta a ponta integra sistemas de informação e mapeia toda a jornada do paciente com câncer colorretal, mesmo após a alta.

Essas novas formas de trabalho permitirão que o conceito de cuidados de saúde baseados em valor ganhe escala no mercado e tenha seus benefícios ampliados, de modo que, até o final da década, seja a maioria dos modelos de pagamento em nosso sistema de saúde.

Por fim, a migração do paciente para o centro das decisões, por meio de cuidados de saúde baseados em valor, é a direção seguida pelo nosso sistema de saúde. Grandes oportunidades surgirão para aqueles que, em vez de apenas testemunharem ou mesmo resistirem às mudanças, escolherem a conexão com a realidade do sistema de saúde e permanecerem abertos e dispostos a rever suas organizações, no intuito de oferecer as melhores propostas de valor para pacientes e para o nosso sistema de saúde.

Referências

1. Instituto Coalizão Saúde (Icos). Modelos de pagamento baseados em valor [Internet]. Acessado em: 23 jun 2021. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf>.
2. Cohen RV, Nishikawa AM, Ribeiro RA, Oliveira FM, Andrade PC, Junqueira SM, Toldo B. Surgical Management of Obesity in Brazil: Proposal for a Value-Based Healthcare Model and Preliminary Results. *Value Health Reg Issues*. 2021 Feb 4;26:10-14. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109920306828>>
3. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: HBS; 2006.
4. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. 2013;91(10):50-70.
5. Kaplan RS. Improving Value with TDABC. *Healthc Financ Manage*. 2014;68(6):76-83.
6. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: HBS; 2006.
7. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. 2013;91(10):50-70.
8. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501-1509.
9. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). R\$ 28 bilhões em fraudes e desperdícios [Internet]. Acessado em : 24 jun 2021. Disponível em: <<https://iess.org.br/?p=blog&id=745>>.
10. Katz M, Franken M, Makdisse M. Value-Based Health Care in Latin America. *Journal of the American College Of Cardiology*. 2017;70(7):904-906.
11. Health Care Payment Learning & Action Network (HCPLAN). *Alternative Payment Model: APM Framework, refresh for 2017* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>>.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>>.
13. Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). *Observatório 2020* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://d3351uupugsy2.cloudfront.net/cms/files/62776/1590160349Observatorio-Anahp-2020.pdf>>.
14. Instituto Coalizão Saúde (Icos). *Modelos de Pagamento Baseados em Valor 2018* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf>.
15. Makdisse MRP et al. *Sistemas de saúde baseados em valor na América Latina: uma avaliação do estado da arte e um roadmap para 2025* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://bv.fapesp.br/pt/auxilios/100784/sistemas-de-saude-baseados-em-valor-na-america-latina-uma-avaliacao-do-estado-da-arte-e-um-roadmap-p/>>.
16. Cohen R, Nishikawa A, Oliveira F, Junqueira S, Toldo B et al. *Surgical Management of Obesity in Brazil: Proposal for a Value-Based Healthcare Model and Preliminary Results*. *ISPOR Value in Health Regional Issues*. 2021; 26(C):10-14. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109920306828>>.
17. Charter R. "Value will change in the post-COVID World": Value Based Healthcare and MedTech solutions will benefit [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/value-change-post-covid-world-based-healthcare-medtech-charter>>.
18. Imber J, Dantas O. *Covid-19 BCG Perspectives* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://www.aberje.com.br/wp-content/uploads/2020/07/COVID-BCGBrazil.pdf>>.
19. Duquesne University School of Nursing. *Important Trends in Healthcare* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://onlinenursing.duq.edu/blog/important-trends-in-healthcare/>>.
20. Leisure L. *Can AI revolutionize population health management?* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://www.mcknights.com/marketplace/can-ai-revolutionize-population-health-management>>.
21. PWC Brasil. *Determinantes sociais de saúde* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://www.pwc.com.br/pt/estudos/setores-atividade/saude/2020/determinantes-sociais-de-saude.html>>.
22. PWC China. *The urgency of addressing social determinants of health (a PwC HRI report)* [Internet]. Acessado em: 24 jun 2021. Disponível em: <<https://www.pwccn.com/en/industries/life-sciences-and-healthcare/publications/urgency-of-addressing-social-determinants-of-health.html>>.
23. Victor RG, Lynch K, Li N et al. *A cluster-randomized trial of blood-pressure reduction in black barbershops*. *N Engl J Med*. 2018;378(14):1291-1301.
24. Coalizão Saúde. *ICOS – Modelos de pagamento baseados em valor*. 2017. [Internet] Acessado em: 24 set 2021. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf>.
25. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston, Estados Unidos: Harvard Business School Press, 2006.
26. Porter ME, Lee TH. *The strategy that will fix health care*. *Harvard Business Review*. 2013;91(10):50-70.
27. Kaplan RS. *Improving value with TDABC*. *HFM (Healthcare Financial Management)*. 2014;68(6):76-83.
28. Albuquerque F; Agência Brasil. *Número de cirurgias bariátricas aumenta 84,73% em sete anos*. [Internet] Acessado em: 24 set 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/numero-de-cirurgias-bariatricas-aumenta-8473-em-sete-anos>>.
29. Cohen RV, Nishikawa AM, Ribeiro RA et al. *Surgical management of obesity in Brazil: proposal for a value-based healthcare model and preliminary results*. *Value Health Reg Issues*. 2021 Feb 4;26:10-4.
30. James BC, Poulsen GP. *The case for capitation* [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <<https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>>.

31. Brinker MR, O'Connor DP, Pierce P, Woods GW, Elliott MN. Utilization of orthopaedic services in a capitated population. *J Bone Joint Surg Am*. 2002;84(11):1926-32.
32. Quinn AE, Trachtenberg AJ, McBrien KA et al. Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: a systematic review. *Health Policy*. 2020;124(4):345-58.
33. Mathes T, Pieper D, Morche J et al. Pay for performance for hospitals [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011156.pub2>>.
34. Himmelstein DU, Ariely D, Woolhandler S. Pay-for-performance: toxic to quality? Insights from behavioral economics. *Int J Health Serv*. 2014;44(2):203-14.
35. Silva Junior J. Novos modelos de negócios em Saúde e a pandemia de 2020 [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <<https://pt.linkedin.com/pulse/novos-modelos-de-negocios-em-saude-e-pandemia-2020-junior-md-mba>>.
36. Chien AT, Rosenthal MB. A 3D model for value-based care: The next frontier in financial incentives and relationship support [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <https://newsroom.uhc.com/content/dam/newsroom/Harvard_Report_FINAL_0923.pdf>.
37. McCarthy D, Klein S. The triple aim journey: improving population health and patients' experience of care, while reducing costs. *Commonwealth Fund*. 2010;48:1-12.
38. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix Health Care [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/15_505e49ff-4d1d-434a-a8bf-fc14a6d9eb6a.pdf>.
39. Bohmer RMJ. Designing care: aligning the nature and management of Health Care [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <<https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=36028>>.
40. Caminha U, Lima JC. Contrato incompleto: uma perspectiva entre Direito e Economia para contratos de longo termo. *Rev Direito GV*. 2014;10(1):155-200.
41. Berwick DM. Elusive Waste: The Fermi paradox in US Health Care. *JAMA*. 2019;322(15):1458-1459.
42. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307(14):1513-6.
43. Limb M. A fifth of healthcare spending is wasted, says OECD report. *BMJ*. 2017;356:j215.
44. OECD iLibrary. Tackling wasteful spending on Health [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en>.
45. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501-1509.
46. Christensen CM. The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail [Internet]. Acessado em: 25 jun 2021. Disponível em: <<https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=46>>.
47. Kuziemyk C. Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthc Manage Forum*. 2016;29(1):4-7.
48. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan*. 2012;27(suppl 4):iv4-8.
49. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy Plan*. 2010;25(2):104-11.
50. Lehoux P, Roncarolo F, Silva HP et al. What Health system challenges should responsible innovation in health address? Insights from an International Scoping Review. *Int J Health Policy*. 2018;8(2):63-75.
51. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(6):1121-34.
52. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. Inovação na Gestão da Saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman; 2009.
53. Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SE, Murray R. Global budgets for hospitals. Washington: Urban Institute; 2016.
54. American Hospital Association (AHA). Centers for Medicare & Medicaid Services Regional Budget Payment Concept Request for Information [Internet]. Acessado em: 28 jun 2021. Disponível em: <<https://www.aha.org/system/files/2018-03/2016-04-27-regional-budget-payment-concept.pdf>>.
55. Jakab M, Preker A, Harding A, Hawkins L. The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform. Washington: HNP; 2002.
56. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WHO), World Bank Group. Delivering quality health services: a global imperative. Geneva: WHO; 2018.
57. World Health Organization (WHO). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO; 2018.
58. Kieny MP, Grant ET, Stefano S. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Washington: World Bank Group; 2018.
59. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine et al. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington: National Academies Press; 2018.
60. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a Saúde. Porto Alegre: Bookman; 2007.
61. What are the value-based programs? [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>>.
62. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. Paris: OECD; 2015.
63. Os resultados da implementação das diferentes normas podem ser encontrados no seguinte link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>
64. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>>.
65. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa de Qualificação de Operadoras [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>>.
66. World Economic Forum, Boston Consulting Group (BCG). Value in Healthcare: Laying the Foundation for Health System Transformation [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf>.
67. Boyce T, Brown C. Economic and social impacts and benefits of health systems [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329683/9789289053952-eng.pdf>>.
68. Swain GR. How does economic and social disadvantage affect health? *Focus*. 2017;33(1):1-6.
69. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2020 [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>.

70. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Sumário Executivo: Como o desempenho dos sistemas de saúde dos EUA se compara com outros referenciais internacionais? [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/espelhoEspelhoMeu.pdf>>.
71. EIT Health. Health system: NHS Wales [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/09/EIT-Health-HVC-Forum-Case-Study-NHS-Wales.pdf>>.
72. Value-based Healthcare Center Europe. Diabeter as a prime example of value based healthcare in chronic diseases [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www.vbhc.nl/diabeter>>.
73. EIT Health. Condition specific provider: Martini-Klini [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/09/EIT-Health-HVC-Forum-Case-Study-Martini-Klinik.pdf>>.
74. Releford BJ, Frencher SK, Yancey AK. Health promotion in barbershops: Balancing outreach and research in African American communities [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244298/>
75. Mello SFM. Comunicação e organizações na sociedade em rede: novas tensões, mediações e paradigmas [dissertação]. São Paulo: USP; 2010.
76. Institute for Healthcare Improvement. Postal Service “Call & Check Visits” for Isolated, Frail Elderly in the Community [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<http://www.ihc.org/resources/Pages/Publications/Call-and-Check-Visits-Frail-Elderly-Innovation-Case-Study.aspx>>.
77. Murphy AB, Moore NJ, Wright M et al. Alternative locales for the health promotion of african american men: a survey of african american men in Chicago barbershops. *J Community Health*. 2017;42:139-146.
78. Ministério da Saúde et al. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
79. Telessaúde do Ministério da Saúde. Quais são as funções do ACS e do ACE na estratégia saúde da família? [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<https://telessaude.saude.ms.gov.br/?p=5866>>.
80. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos, set/2020 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/2020/caderno_set20.xls>
81. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). VCMH/IESS: variação de custos médico-hospitalares, Out/2020 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/vcmh_base_mar2020.pdf>.
82. Mercer Marsh Benefícios. 29ª Pesquisa de Benefícios Corporativo, edição 2019 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<http://www.mercermarshbeneficios.com.br/capital-intelectual/investigaciones/pesquisa-de-beneficios-corporativos.html>>.
83. AON. Pesquisa de Benefícios AON, edição 2016-17 [Internet]. Acessado em: 1 jul 2021. Disponível em: <<https://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>>.
84. Boyce T, Brown C. Economic and social impacts and benefits of health systems [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329683/9789289053952-eng.pdf>>.
85. da Silva RM, Jorge MSB, da Silva Júnior AG. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas em saúde. Fortaleza: UECE; 2015.
86. Arquier F. The digital shift has happened: a transformation in three dimensions [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <https://capgemini-engineering.com/as-content/uploads/sites/7/2018/09/brochorea5_digitaltransformation_web-1.pdf>.
87. World Health Organization (WHO), World Bank Group, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>>.
88. Deloitte Centre for Health Solutions. Medtech and the Internet of Medical Things How connected medical devices are transforming health care [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-medtech-iomt-brochure.pdf>>.
89. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Historiadores da Fiocruz analisam a pandemia de Covid-19 [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/historiadores-da-fiocruz-analisam-pandemia-de-covid-19>>.
90. Portal do Governo do Estado de São Paulo. Isolamento social em São Paulo é de 47%, aponta Sistema de Monitoramento Inteligente [Internet]. Acessado em: 30 jun 2021. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/isolamento-social-em-sao-paulo-e-de-47-aponta-sistema-de-monitoramento-inteligente/>>.
91. Bertolazzi P, de Farias e Melo HJ. A importância da Tomografia Computadorizada no diagnóstico da COVID-19. *Arquivos Médicos*. 2020;65:e11.
92. Barbosa PNVP, Bitencourt AGV, de Miranda GD, Almeida MFA, Chojniak R. Chest CT accuracy in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection: initial experience in a cancer center. *Radiol Bras*. 2020;53(4):211-215.
93. De Farias LPG, Fonseca EKUN, Strabelli DG et al. Imaging findings in COVID-19 pneumonia. *Clinics (São Paulo)*. 2020;75:e2027.
94. Jiang X, Coffee M, Bari A et al. Towards an Artificial Intelligence Framework for Data-Driven Prediction of Coronavirus Clinical Severity. *CMC-Computers, Materials & Continua*. 2020;63(1):537-551.
95. Ministério da Saúde et al. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Ministério da Saúde; 2020.
96. Bove LA et al. Increasing Patient Engagement Through the Use of Wearable Technology. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2019;15:535-539.

COALIZÃO
 SAÚDE

