



VALOR EM SAÚDE

| POR GUILHERME DO ESPIRITO SANTO SILVA E ANA MARIA MALIK

Uma nova perspectiva estratégica deve provocar mudanças nos serviços e sistemas de saúde ao otimizar os resultados que são importantes para os pacientes ao longo de todo o ciclo de atendimento

O modelo predominante de serviços e sistemas de saúde está em xeque. O envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e a incorporação de novas tecnologias têm elevado os gastos no setor. No entanto, esse aumento dos custos não tem necessariamente produzido uma melhoria de qualidade – considerem-se, por exemplo, a alta restrição do acesso, o volume de eventos adversos e os índices de insatisfação dos pacientes.

Uma alternativa é redirecionar a estratégia do setor com o objetivo de entregar valor em saúde. Em 2006, Michael Porter e Elizabeth Teisberg publicaram o livro *Repensando a Saúde*, em que propõem um referencial para guiar todas as ações e os serviços: o cuidado em saúde baseado em valor (*value-based*

health care). Essa proposta define valor em saúde como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados.

A agenda da reformulação do sistema para entrega de valor envolve alguns princípios e eixos estratégicos. As ações devem ser centradas nos pacientes ao longo de todo o ciclo de atendimento, não apenas em cada procedimento. Considerando o aumento das condições crônicas de saúde, isso significa a realização de ações e serviços em médio e longo prazos, da prevenção à reabilitação e até os cuidados no fim da vida.

Os seis eixos estratégicos do modelo proposto para a intervenção no âmbito dos serviços de saúde são:

1. Organização em unidades de prática integrada

Para reduzir a fragmentação do modelo atual de assistência, a ideia é organizar o sistema em unidades responsáveis por grupos definidos de condições de saúde e que englobem o ciclo completo do cuidado. No caso da atenção primária, as ações devem ser organizadas de acordo com grupos de pacientes (crianças, adultos saudáveis, gestantes, pacientes com condições crônicas). O processo do cuidado deve ser realizado por times multiprofissionais e desenvolvido em espaços compartilhados. Os profissionais devem ter nível avançado de conhecimento sobre o ciclo de atendimento das condições de saúde com as quais trabalham.

As ações devem ser centradas nos pacientes ao longo de todo o ciclo de atendimento, não apenas em cada procedimento.

O modelo baseado em valor pressupõe uma mudança cultural nas organizações do setor, compostas de pessoas formadas para atuar de maneira individual, tomar decisões em relação ao resultado técnico e evitar considerar os custos para o sistema ou serviço.

2. Medição de desfechos e custos para todos os pacientes

Para ocorrer a competição por valor em saúde, ou pelo menos a comparação em relação a ele, é necessário medir desfechos clínicos e custos para todos os pacientes com determinada condição. Atualmente, os principais indicadores estão associados à produção e aos processos. Os desfechos clínicos são pouco mensurados e mais raramente compartilhados.

Para comparar os resultados das diferentes organizações, é fundamental a padronização da definição e do processo de acompanhamento dos desfechos. Com o objetivo de apoiar esse processo, foi criado o International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), que, até o fim de 2018, havia publicado conjuntos de padrões de desfechos para 26 condições médicas ou perfis de pacientes, cobrindo mais de 50% da carga global de doença. Esses conjuntos estão disponíveis no *website* do ICHOM (ichom.org). No Brasil, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e alguns dos seus hospitais membros estão desenvolvendo um projeto para mensuração e comparação de desfechos em algumas condições médicas.

Como a definição de valor tem a ver com os resultados que importam para os pacientes, busca-se conhecer suas perspectivas e necessidades. Estão sendo desenhadas medidas reportadas pelos pacientes sobre resultados do tratamento (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs) e sobre sua experiência (Patient-Reported Experience Measures – PREMs). Elas são importantes para avaliar desfechos como dor, capacidade funcional, qualidade de vida e a maneira pela qual os cuidados prestados foram percebidos.

Para avaliar o valor entregue aos pacientes, é necessário também conhecer o custo associado. No artigo *How to Solve the Cost Crisis*, Robert Kaplan e Michael Porter propuseram o método de custeio baseado em atividade e tempo (time-driven activity-based costing – TDABC). Essa metodologia de custeio leva em consideração o tempo dos profissionais e outros insumos utilizados durante o processo

assistencial. Por meio dela, seria possível tomar melhores decisões sobre alocação de recursos, utilização da capacidade instalada e redução de desperdícios.

3. Pagamento por todo o ciclo de cuidado

Para que a competição seja baseada em melhores resultados e menor custo, o modelo de pagamento deve ser realizado por *bundles* (pacotes), que englobem o ciclo completo de cuidado e que recompensem a entrega dos melhores desfechos. Para evitar viés de seleção e disputa por transferência de risco, o modelo precisa ser ajustado por tipos de pacientes e severidade das doenças/condições.

Algumas iniciativas para implementar novos modelos de pagamento com base em valor já estão sendo executadas nos Estados Unidos, na Europa e, mais recentemente, no Brasil. Organizações hospitalares privadas como Albert Einstein, Oswaldo Cruz, Santa Catarina e Sírio-Libanês, em São Paulo, e Mãe de Deus, em Porto Alegre, bem como operadoras de planos de saúde como Amil, Bradesco, SulAmérica e Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed), já anunciaram experiências nessa direção.

O pagamento por *bundles*, vinculados ao valor e não apenas ao volume de procedimentos, está sendo um desafio para as organizações, principalmente no curto prazo. Nas faturas hospitalares atuais, procedimentos iguais podem ter preços diferentes a depender do tipo de plano de saúde e do hospital, caracterizando variações que falam contra as teorias de qualidade. Mesmo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que o modelo de pagamento predominante é o do orçamento global, a remuneração está essencialmente relacionada ao volume de serviços, e não a indicadores de qualidade.

4. Cuidado integrado entre diferentes unidades

Para que a produção de valor englobe todo o ciclo de cuidado, a integração assistencial deve ocorrer não apenas nas unidades da mesma organização, mas em todas que

façam parte da cadeia de valor para cada condição médica. Os encaminhamentos devem dar-se com base nos melhores desfechos, e as parcerias que propõem o intercâmbio de conhecimento serão uma vantagem competitiva. O cuidado integrado é possível, por exemplo, com a criação de uma linha de cuidado em determinado município. O mesmo pode ocorrer no âmbito de algumas operadoras verticalizadas (como é o caso da Prevent Senior), ou que trabalhem de maneira integrada com seus prestadores (como é o caso da Amil/UnitedHealth Group – UHG).

5. Expansão geográfica dos serviços de excelência

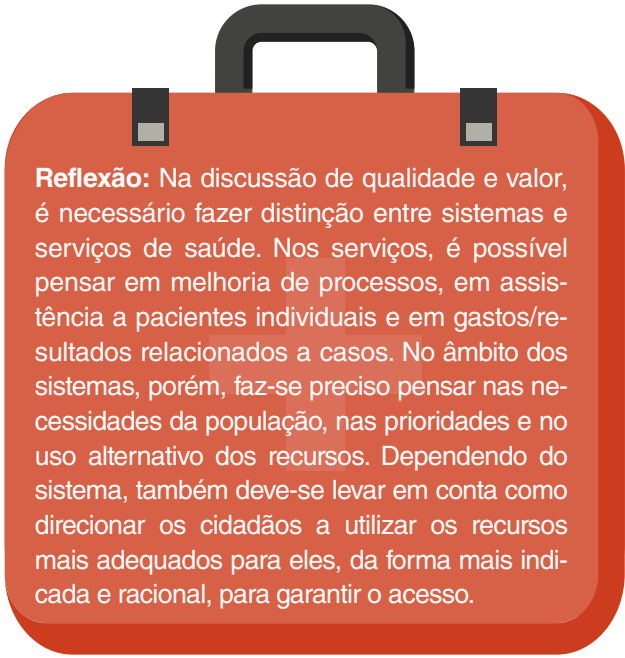
As organizações com mais capacidade de entregar valor devem ter abrangência regional ou até nacional. Com maior volume de casos, há a tendência de: acúmulo de experiências; especialização de equipes e instalações; maior capacidade de produzir conhecimento; e aumento da eficiência, por meio do ganho de escala nas compras e diluição dos custos administrativos. A telemedicina tem papel importante para potencializar a ampliação geográfica, permitindo contato e teleconsultoria a distância, melhorando os diagnósticos, tratamentos e desfechos clínicos.

6. Construção de uma plataforma de informação que permita essa transformação

Para possibilitar a mensuração de resultados e custos centrados no paciente ao longo do seu trajeto no sistema, é necessária uma plataforma de tecnologia da informação que permita a integração entre os pontos da rede de serviços. Os sistemas de informação são a base para a coleta, armazenagem e análise das informações. O paciente deve ser a unidade funcional para o monitoramento de processos, custos e desfechos.

Entretanto, sistemas integrados não sustentarão a agenda de valor caso essas informações não sejam compartilhadas com a sociedade. A competição com base em valor tem como premissas a transparência dos dados, o desenvolvimento da cultura de prestação de contas e a participação dos cidadãos na tomada de decisão sobre os cuidados relacionados à sua saúde, o que contraria a cultura vigente no setor.

A Cleveland Clinic publica seus resultados clínicos em seu *website* desde 1998. No Brasil, poucos hospitais compartilham publicamente suas informações. Vale citar o Observatório da ANAHP, que apresenta informações clínicas e administrativas consolidadas com base em dados dos hospitais membros. Essa publicação ainda não



Reflexão: Na discussão de qualidade e valor, é necessário fazer distinção entre sistemas e serviços de saúde. Nos serviços, é possível pensar em melhoria de processos, em assistência a pacientes individuais e em gastos/resultados relacionados a casos. No âmbito dos sistemas, porém, faz-se preciso pensar nas necessidades da população, nas prioridades e no uso alternativo dos recursos. Dependendo do sistema, também deve-se levar em conta como direcionar os cidadãos a utilizar os recursos mais adequados para eles, da forma mais indicada e racional, para garantir o acesso.

divulga os desfechos de cada hospital, mas pode ser utilizada como *benchmark*.

MUDANÇA DE CULTURA

O modelo baseado em valor pressupõe uma mudança cultural no interior das organizações do setor, compostas de pessoas formadas para atuar de maneira individual, tomar suas decisões em relação ao resultado técnico (cirurgia bem-sucedida não necessariamente é aquela que o paciente preferiria) e sem considerar os custos para o sistema ou serviço (manter vivo o paciente numa unidade de terapia intensiva – UTI – pode não ser o melhor nem para o paciente, nem para sua família, nem para o financiador do sistema). O trabalho coletivo, no qual se enxerga um objetivo único, desde as questões de distribuição de materiais até o agendamento dos pacientes para a realização de procedimentos, está longe de ser uma realidade. Por isso, tomar a decisão da mudança requer trabalho e constância de propósito. ●

PARA SABER MAIS:

- Michael Porter e Elizabeth Teisberg. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*, 2007.
- Michael Porter e Thomas Lee. *The strategy that will fix health care*. *Harvard Business Review*, v.1277, 2013.
- Marcia Makdisse, Marcelo Katz, Pedro Ramos, Adriano Pereira, Sandra Shiramizo, Miguel Cendoroglo Neto e Sidney Klajner. *What is a value management office? An implementation experience in Latin America*. *Value Health Regional Issues*, v.17, 2018. doi.org/10.1016/j.vhri.2018.02.002
- Guilherme do Espírito Santo Silva. *A busca pelo cuidado baseado em valor em um hospital universitário* [dissertação]. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2018. Disponível em: fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/a_busca_pelo_cuidado_baseado_em_valor_em_um_hospital_universitario.pdf

GUILHERME DO ESPIRITO SANTO SILVA > Mestre em Gestão para Competitividade pela FGV EAESP e gerente assistencial da Rede Primavera Saúde > guilherme.ess@gmail.com
ANA MARIA MALIK > Professora da FGV EAESP > ana.malik@fgvbr