

MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR: UMA PERCEPÇÃO DOS GESTORES DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Value-based reimbursement models: a perception of healthcare payers'
managers

AUTORES

Iara Muller Bernz¹

Ana Maria Malik¹

Alberto Ogata¹

¹ Fundação Getúlio Vargas - Escola
de Administração de Empresas de
São Paulo

CONTATO

Iara Muller Bernz

iara.bernz@gmail.com

Av. 9 de julho, 2029, Bela
Vista, São Paulo - SP

CEP 01313-902

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de uma amostra de gestores de Operadoras de Saúde participantes do projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor, acerca da transição do Fee For Service para um modelo baseado em valor.

Métodos: Pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com uma amostra de gestores participantes do projeto. A análise de conteúdo foi o modelo de análise de dados selecionado. A frequência de aparição das unidades de registro permitiu o tratamento quantitativo dos achados.

Resultados: Para os gestores o processo de transição entre os modelos é permeado por barreiras e dificuldades, principalmente no que tange à negociação com a rede prestadora e aos sistemas de informação. Apesar de não ser um tema novo, a compreensão sobre a aplicação dos conceitos de pagamento por valor ainda é heterogênea. Ainda não se observa consenso entre os tomadores de decisão, nem entre os responsáveis pela implantação. Os pacientes não são considerados como parte do modelo decisório até a terceira década dos anos 2000.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Gestão em saúde, Controle de Gastos em Saúde, Financiamento em saúde

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of a sample of managers of healthcare plans participating in the Value-Based Remuneration Models project, proposed by the National Supplementary Health Agency (ANS), about the transition from Fee For Service to a value-based model in the period between July to August 2021.

Methods: The research was developed with a qualitative and descriptive approach. Data collection was carried out through semi-structured interviews with a sample of managers participating in a project in this sense. Content analysis was the selected data analysis model. The frequency of appearance of the registration units allowed the quantitative treatment of the findings.

Results: For managers of health insurers and third-party payers, the transition process from Fee For Service to value-based models is permeated by barriers and difficulties, especially concerning negotiation with provider networks and information systems. Despite not being a new topic, understanding the application of payment by value concepts is still heterogeneous. There is still no consensus among decision-makers or those responsible for implementation. Patients are not considered part of the decision-making model until the third decade of the 2000s.

Keywords: Supplementary health, Health management, Health Expenditure Control, Health Financing

INTRODUÇÃO

Dados públicos do setor da saúde brasileiro mostram que nas primeiras décadas dos anos 2000, após o desempenho de ações regulatórias por parte da Agência nacional de saúde suplementar (ANS), o subsetor suplementar foi responsável pela cobertura de assistência médica de cerca de 48 milhões de beneficiários, por meio de aproximadamente 700 operadoras de saúde médico hospitalares ativas (ANS, 2021). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961 de 2000, é responsável pela regulação do setor e tem a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (Lei n. 9.961, 2000). Dessa forma, a agência possui papel na condução do subsetor suplementar de saúde rumo às boas práticas, visando a melhoria constante da qualidade da atenção à saúde e à sustentabilidade, que está entre os objetivos da chamada remuneração baseada em valor. O conceito mais conhecido de valor em saúde é representado pela relação entre os resultados que importam para o paciente (desfechos clínicos) e o custo incorrido para atingir esses resultados, além do foco exclusivo na redução de gastos (Porter & Teisberg, 2006).

É reconhecida a centralidade da prática médica nos interesses dos prestadores de serviço e nos fornecedores dos insumos, em detrimento da alegada motivação para a geração de valor para os usuários do sistema (Miller, 2017; Ayvaci et al, 2021). No subsetor privado brasileiro, por meio das operadoras ou por outros pagadores, o *Fee For Service* (FFS) é o modelo hegemônico para a remuneração de prestadores de serviço. Nesse modelo, a remuneração é calculada pelo somatório de todos os procedimentos realizados, estimulando a sua realização. Isto acaba não se refletindo em qualidade assistencial e ainda se torna uma das razões do descontrole do crescimento dos gastos com a saúde (ANS, 2019).

Como este não é um fenômeno brasileiro, Porter e Teisberg (2006) apontam que uma das causas para esta realidade está numa competição com base em custos sem considerar os resultados mais adequados. Ao considerar resultados que importam aos pacientes, o valor deveria ser avaliado também pelos usuários do sistema e apenas pelos prestadores (Mendes, 2019).

Já se observa no Brasil, particularmente na saúde suplementar, algumas iniciativas voltadas para outros modelos, como a capitação e a orçamentação global, além

de outros modelos baseados em valor (Abicalaffe & Schafer, 2020). Além desses projetos, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz se destaca por ter divulgado o modelo *Fee For Performance*, que avalia a relação entre as ações dos médicos e o custo para atingi-las, com foco na qualificação dos procedimentos (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2019).

No âmbito do subsetor público podemos citar projeto JOINVASC, que se desenvolve desde o início do século XXI, tendo, inclusive, recebido o prêmio VBHC 2021 (SAFANELLI *et al*, 2019). No subsetor hospitalar privado se destaca o projeto da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) com atuação voltada para prestadores de serviços, porém, sem uma aferição de custos (Abicalaffe & Schafer, 2020). Em 2017, essa associação deu início a um projeto-piloto, pioneiro no Brasil, com foco em mensuração de indicadores de desfechos clínicos relatados pelos pacientes que segue a metodologia estabelecida pela *International Consortium for Health Outcome Measurements* (ICHOM), que visa a promover o conceito de saúde baseada em valor (Francisquini, 2020). Os indicadores mais conhecidos do ICHOM têm como siglas PROMs e PREMs (em tradução livre, indicadores de desfechos clínicos relatados pelos pacientes e indicadores de experiência relatados por pacientes).

Já um projeto da ANS, com foco nas operadoras de saúde instituiu, em 2016, o Grupo Técnico (GT) de Modelos de Remuneração, no âmbito do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial, contando com participação de vários *stakeholders* do setor, incluindo gestores de operadoras de saúde, hospitais, profissionais da saúde e fornecedores. Em 2019, a agência lançou o edital de participação no projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor centrado na remodelação das formas de remuneração praticadas na saúde suplementar, que seguiu até 2021 e que em 2023 teve sua segunda edição lançada.

Em outros países observam-se iniciativas similares, como nos *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) nos Estados Unidos (Bosko et al., 2016), no Hospital Martini Klini, na Alemanha e no Hospital Karolinska na Suécia (Van Der Nat et al., 2020). O site do prêmio VBHC permite acompanhar alguns desses projetos no decorrer do tempo. Cabe notar que nesses serviços/locais os projetos dificilmente têm dimensão integral – eles costumam ocorrer para uma condição ou em um departamento, o que evidencia o acerto da proposição original de valor, que enfatiza que a construção da jornada do paciente deve ser em torno de uma linha de cuidado, com foco em desfechos centrados no paciente e custos incorridos com a jornada (Porter&Teisberg, 2016).

Trata-se de uma grande oportunidade de mudança para o setor da saúde, com vistas a promover controle de custos e melhoria da assistência. O questionamento mais frequente é em relação ao foco dos projetos: se são apenas em redução de custos ou se são capazes de sair de uma perspectiva teórica e de exceção e atingirem escalabilidade, que é uma das características esperadas de projetos de inovação, principalmente em saúde (CHARIF et al, 2020).

Além disso, há uma necessidade de análise da transição do FFS para outros modelos e da experiência de mudanças na prática. Como apontam Kash *et al* (2014), fatores de sucesso relacionados à implementação de iniciativas de mudança são documentados e discutidos na literatura de gestão, porém não são bem documentados na área de gestão em saúde. Considerando o contexto, o artigo teve como objeto projetos selecionados pela ANS e busca analisar a vivência na transição entre modelos de remuneração, sob a perspectiva de gestores das operadoras de saúde. Isto posto, as questões da pesquisa são: Qual a percepção de gestores de operadoras de saúde acerca do processo de transição do FFS para o pagamento por valor? Como esses modelos vêm sendo implantados?

A estrutura deste artigo consta das seguintes seções: referencial teórico, em que se identificam os modelos de remuneração na saúde suplementar e as implicações das transições dos modelos de remuneração para o setor; o método, em que são apresentados os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados; os resultados e suas discussões e as conclusões.

REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção são apresentados os modelos de remuneração na saúde suplementar brasileira, o pagamento por valor e as implicações sobre a transição entre os modelos.

Tabela 1: Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar

Modelo de Remuneração	Definição	Vantagem	Desvantagens
<i>Fee for service</i>	Cada procedimento é mensurado por um valor e pago separadamente. Sua operacionalização	Pagamentos maiores para pacientes que precisam de mais procedimentos. Pagamentos ao	Não considera resultados ou qualidade dos serviços prestados. Sobreutilização dos serviços,

	requer uma lista de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e seu pagamento é sempre retrospectivo. Os riscos são absorvidos pelas operadoras (Bosko et al, 2016)	prestador não dependem de aspectos que fujam do seu controle. Garantia de acesso aos procedimentos. Garantia da prestação dos melhores cuidados disponíveis, desde que os pagamentos compensem o custo marginal do cuidado.	principalmente os de remuneração superior. Valores pagos frequentemente inferiores ao de custos apropriados para ser de alta qualidade. Não realiza pagamentos relevantes de profissionais não médicos e de educação em saúde. Dificulta a estimação de serviços totais de um tratamento e a comparação de custos entre prestadores. O modelo pode contribuir com gastos em saúde mais altos do que o necessário e para a qualidade e os resultados do cuidado abaixo do desejável. Valor pago não está atrelado ao custo efetivo de cada paciente tratado. Seleção de paciente de acordo com o quadro clínico. Pode induzir ao aumento do número de internações e a duração da internação.
Diárias hospitalares	Específico para a remuneração de internações hospitalares e constitui-se de valores estabelecidos por dias de permanência do paciente a partir da estimativa de custo da internação.	Previsão de gastos e receitas por diária da internação. Pode-se incluir a formação de pacotes de pagamento, dando maior previsibilidade aos gastos hospitalares.	Valor pago não está atrelado ao custo efetivo de cada paciente tratado. Seleção de paciente de acordo com o quadro clínico. Pode induzir ao aumento do número de internações e a duração da internação.
Orçamentação global	Repasse periódico de um montante de recursos definidos por meio da realização de uma programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente com o órgão financiador	Previsão de gastos do órgão financiador. Previsão de receitas à unidade de saúde. Contenção de custos pode ser alcançada.	Não gera incentivos ao bom desempenho do prestador. Possível subutilização – redução do acesso e da utilização dos serviços e seleção adversa de risco. Responsabilização total por parte dos prestadores pelos riscos, lucros e perdas, em casos de

Pagamento por desempenho	Pagamento de bônus (ou penalidades) para encorajar o melhor desempenho nas medidas de qualidade e gastos, associado a um método de pagamento já existente.	Acompanhamento da qualidade da assistência por meio de indicadores. Diminuição do risco e consequências não previstas. Apresenta desempenho positivo de equidade e custo-efetividade	orçamentação muito rígida. Complexidade de implementação e mensuração de indicadores, especialmente quando existem múltiplos pagadores de serviços vinculados ao estabelecimento, como é o caso do Brasil Não garante que os serviços prestados sejam apropriados, de alta qualidade e alcancem os resultados desejados para um paciente específico. Prestador continua sendo remunerado quando um serviço é prestado a um paciente individual, mesmo que o serviço não atenda ao padrão de qualidade para esse paciente específico. Não estimula continuidade de melhorias, uma vez alcançadas as metas estabelecidas.
<i>Capitation</i>	Modelo de remuneração de médicos e prestadores por meio de um estabelecimento de um valor fixo por paciente cadastrado, para uma população definida e por um período fixo.	Previsibilidade de gastos do órgão pagador. Previsibilidade da receita do prestador; redução de custos; gerenciamento da utilização do serviço pelo médico, podendo reduzir exames e procedimentos necessários e estimular a adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde para diminuição da utilização de serviços e	Pode induzir a uma redução dos acessos aos serviços ou diminuir a qualidade, se os valores pactuados forem muito baixos. Subprodução de serviços, já que o recebido pelo prestador independe da produção, sendo atrelado ao número de pacientes adstritos e não aos tratados. Maior concentração de riscos. Necessidade de acompanhar dados estatísticos. Pode gerar

Pagamento por pacote de serviço ou pagamento por episódio	Por meio de uma classificação detalhada do produto, é estabelecido um preço fixo por procedimento ou diagnóstico baseado em valores médios	<p>permitir a continuidade da atenção</p> <p>Previsão de gastos ao órgão financiador.</p> <p>Previsão de receitas às unidades de saúde.</p> <p>Contenção de custos pode ser alcançada.</p>	<p>impacto negativos nos resultados em saúde</p> <p>Não gera incentivos ao bom desempenho do prestador. Possível subutilização – redução do acesso e da utilização dos serviços e seleção adversa de risco.</p> <p>Responsabilização total por parte dos prestadores pelos riscos, lucros ou perdas</p> <p>Complexidade da implementação</p>
Pagamento por pacote de melhoria do cuidado (bundles)	Um pacote de cuidados de serviços a serem ofertados para uma condição específica de saúde, remunerado de forma única e dependente da entrega de bons resultados.	Incentiva a coordenação da aderência a protocolos de atendimento.	

Fonte: Adaptado de ANS, 2019; Bosko et al., 2016; Porter et al., 2016 Uga e Lima, 2013.

Pagamento por valor

Cada vez mais, percebe-se um reconhecimento que o valor em saúde pode ser medido e melhorado, talvez em função do estímulo ao desenho de modelos de remuneração alternativos ao FFS associados aos pagamentos por performance. Uma das abordagens mais aceitas para mensurar valor é a preconizada pelo *Institute of Medicine* (IOM) que considera que os cuidados em saúde devem ser seguros, tempestivos, efetivos, eficientes, equitativos e centrados no paciente (Agrwal et al., 2016). A definição do que medir é central nesse modelo, com vistas a melhorar a qualidade na entrega dos serviços (Mendes, 2019). Como apontam Katz et al. (2017) boa parte dos hospitais fazem a medição dos resultados por meio da coleta e divulgação de desfechos clínicos básicos, como mortalidade e taxas de complicação.

No entanto, tais desfechos ainda são centrados no prestador e não no paciente.

O *Patient Reported Outcomes* (PROMs) e o *PREMs Patient-Reported Experiences* (PREMs) são instrumentos desenvolvidos para medir o que importa para o paciente. Os PROMs são questionários autoperenchidos que medem o estado de saúde

e/ou a qualidade de vida antes e depois de uma intervenção de saúde (Westerby, 2012) e os PREMs são questionários elaborados para capturar a experiência do paciente no atendimento, medindo a qualidade dos serviços prestados, informando as ações de melhoria e avaliando o desempenho dos serviços prestados (Lungu et al., 2020). No Brasil, para algumas afecções já se observam algumas tentativas de obter essas informações, embora sem continuidade e sem divulgação.

Estudos demonstram que os altos custos com a saúde não são diretamente proporcionais à entrega de melhores resultados. Exemplo são os Estados Unidos, onde os gastos *per capita* com saúde são muito elevados, inclusive em porcentagem do PIB, mas seus indicadores de saúde não estão entre os melhores quando comparados a outros países (Agrwal et al., 2016).

Para Zanoto et al. (2020), a alternativa para medir custo seria utilizando a metodologia de microcusteio, que fornece alto grau de detalhamento, principalmente onde os serviços são mais complexos ou onde os recursos humanos têm peso maior. Mendes (2019) aponta que só será possível enfrentar os problemas de saúde no tempo e lugar certo, com o custo e a qualidade certa se os objetivos dos sistemas de atenção à saúde estiverem alinhados com o sistema de pagamento e com os incentivos econômicos.

Implicações das transições dos modelos de remuneração para o setor

Os novos modelos de pagamento recebem críticas principalmente quanto à questão da racionalização, muitas vezes confundida propositalmente como racionamento, onde são estabelecidos cortes de gastos por parte das operadoras de planos de saúde com o objetivo de reduzir custos, sem levar devidamente em conta a avaliação da qualidade dos serviços prestados (ANS, 2019).

Wu e Hu (2012) apontam que os pagamentos por desempenho não demonstraram melhorias consistentes nos resultados sanitários nem na redução dos custos. Em alguns casos, chegaram a desviar a atenção de importantes áreas da assistência à saúde, como a experiência do cuidado, e a exacerbar as desigualdades, ao não estimular médicos e organizações que alegadamente se preocupavam mais em cuidar de pessoas com condições de saúde mais complexas (Mendes, 2019). Para Pedroso e Malik (2012) conflitos entre prestadores e operadoras acarretam ineficiências sistêmicas, quando cada um deles atua para atender seus objetivos próprios, em detrimento da melhoria da cadeia de valor como um todo. Esses conflitos, somados à assimetria de informação entre os

atores, inclusive com os próprios pacientes, podem tornar modelos de remuneração alternativos ao FFS improváveis na perspectiva da cadeia de valor (Conrad, 2015) e do sistema como um todo.

Apesar das críticas, outros estudos vêm demonstrando resultados promissores, como o estudo de Veghel et al. (2018) onde apresentaram contribuições em relação à implementação de um novo modelo de remuneração entre um hospital e uma seguradora de saúde para atendimento de pacientes com doença coronariana ou fibrilação arterial, apontando a ocorrência de melhorias nos resultados em saúde, na Holanda. Mais uma vez, observa-se uma condição específica em uma relação individual entre financiador e prestador. Estudo realizado por Barnett et al. (2019) apresentou resultados da implantação do *bundle* na substituição do quadril ou joelho e demonstrou que houve redução dos gastos em saúde sem aumento das taxas de complicações. Nesse caso tratou-se da implantação de um protocolo nacional, patrocinado pelo Medicare, nos EUA. O mesmo tipo de achado foi obtido por Colombari (2019), em um hospital próprio de uma operadora, em São Paulo, Brasil. Kinukawa, por sua vez, também em 2019 avaliou, sob uma perspectiva teórico-prática, a viabilidade de implementação da equação de valor de Porter no tratamento de catarata em uma clínica oftalmológica de São Paulo concluindo que é possível realizar a mensuração do cuidado baseado em valor, alinhando qualidade e redução de custos. Esses exemplos vêm sugerindo que, em situações bem controladas, programas de remuneração baseados em valor podem levar a dois dos 3 objetivos do triple aim: melhores custos e melhores resultados na assistência (Berwick, 2008).

METODOLOGIA

Os dados específicos levantados para o presente artigo são produto de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, com vistas a buscar um aprofundamento sobre modelos de remuneração baseados em valor com foco na experiência prática de gestores de operadoras de saúde.

A amostragem da pesquisa baseou-se no interesse em estudar a vivência prática na transição entre os modelos de remuneração, sob a perspectiva das operadoras de saúde, sendo prestadores ou outros stakeholders envolvidos excluídos da amostra. Dessa forma, o objeto de estudo são os projetos-pilotos selecionados pela ANS e os gestores envolvidos.

Em 2019, a ANS lançou um edital para participação no projeto de modelos de Remuneração Baseados em Valor que passaram por uma análise com o objetivo de selecionar 10 projetos para serem acompanhados.

A aprovação para participação do projeto foi vinculada aos seguintes critérios:

1. Justificar a escolha do modelo de pagamento adequado ao contexto clínico escolhido (atenção primária em saúde, atenção hospitalar, etc).
2. Especificar o grupo de procedimentos ou situações clínicas abordadas no Projeto.
3. Estimar o número e o percentual de beneficiários a serem contemplados no projeto em um período de um ano.
4. Descrever aspectos demográficos e epidemiológicos da população a ser abrangida pelo Projeto.
5. Especificar quais ferramentas e/ou recursos humanos serão utilizadas para assegurar centralidade no paciente e realizar a coordenação do cuidado.
6. Descrever quais protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidências, serão utilizados.
7. Descrever quais modulações para os possíveis vieses serão implementadas.
8. Descrever e justificar a melhoria da qualidade para o sistema de saúde com a implementação do novo modelo.
9. Descrever e justificar a melhoria da qualidade do cuidado para o paciente a serem alcançadas com novo modelo.
10. Descrever como será realizado o monitoramento e a avaliação dos resultados em saúde, incluindo os indicadores a serem utilizados e sua periodicidade.
11. Demonstrar qual será a forma de divulgação do Projeto e de seus resultados para os beneficiários da Operadora e para a sociedade em geral.

Cada tópico supracitado estava vinculado a um número de pontos e para serem aprovados, o projeto deveria ter alcançado, no mínimo 8 pontos, sendo os itens 1, 6 e 10 obrigatórios.

O quadro 1 abaixo apresenta os projetos selecionados pela ANS.

Quadro 1: Projetos selecionados pela ANS

	Projeto Selecionado	Operadora Responsável
1	Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)	Amil Assistência Médica Internacional

2	Remuneração Baseada em Valor na Atenção Primária à Saúde: Novas Perspectivas e Desafios para a CEMIG Saúde	Cemig Saúde
3	VITALLIS: Projeto Piloto de Modelo de Remuneração Baseado em Valor	Medisanitas Brasil Assistência Integral a Saúde S.A
4	Projeto de Remuneração Baseada em Valor NotreLife 50+	NotreDame Intermédica
5	Projeto Remuneração Baseada em Valor	Porto Seguro Saúde S.A
6	Projeto Remuneração Baseado em Valor: Case APS São Francisco	São Francisco Saúde
7	Projeto Modelo de Remuneração Baseado em Valor: Tratamento Hemodinâmico de Doença Coronária	SulAmérica Companhia de Seguro Saúde
8	Modelo de Remuneração Baseado em Valor: Centro de Reabilitação Ambulatorial ao Paciente com Acidente Vascular Encefálico	UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
9	Projeto para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	UNIMED Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico
10	Projeto para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor	UNIMED Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico
11	Projeto Atenção Integral à Saúde - Centralidade no Cuidado com Equipe Multiprofissional - Remuneração Baseada em Valor	UNIMED Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico
12	Projeto Oncologia	UNIMED Seguros Saúde S.A
13	Projeto Parto	UNIMED Seguros Saúde S.A

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019b

Um roteiro de entrevista semiestruturado foi utilizado como instrumento de coleta de dados, com questões definidas baseadas no objetivo do estudo. Foi realizado um teste-piloto para refinar e desenvolver o roteiro final, com um gestor de uma operadora de saúde com experiência prática em relação a transição de modelos de remuneração. No total, 12 gestores foram selecionados e 8 deles tiveram disponibilidade de participar das entrevistas que foram realizadas por meio de videoconferência, durante o período de julho a agosto de 2021. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (Parecer n. 044/2021).

Para fundamentar a discussão científica em torno do problema de pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico utilizando documentos disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online*

(*Scielo*), bem como livros e trabalhos acadêmicos sobre saúde baseada em valor. Como estratégia de busca, os descritores foram utilizados da seguinte forma: “pagamento em saúde AND saúde suplementar”; saúde suplementar AND saúde baseada em valor; saúde suplementar AND pagamento baseado em valor; *value-based healthcare*; *healthcare payments*.

Considerando a característica descritiva da pesquisa para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), que permite uma interpretação tanto quantitativa quanto qualitativa. Os dados foram tratados de forma quantitativa, tendo como alicerce a frequência de aparição das unidades de registro. Para minimizar o potencial viés de uma inferência quantitativa, principalmente no que tange ao risco de elementos importantes serem deixados de lado, ou de serem tidos como elementos não significativos, foi realizado um grupo focal em setembro de 2020 com especialistas em valor em saúde, saúde coletiva, economia e gestão da saúde e profissionais vinculados à ANS.

Além do grupo focal, durante todo o processo da construção da análise até a consolidação dos resultados, foi utilizada a técnica de *debriefing*, através de uma pesquisadora especialista em valor em saúde e familiarizada com a metodologia de análise de conteúdo de Bardin.

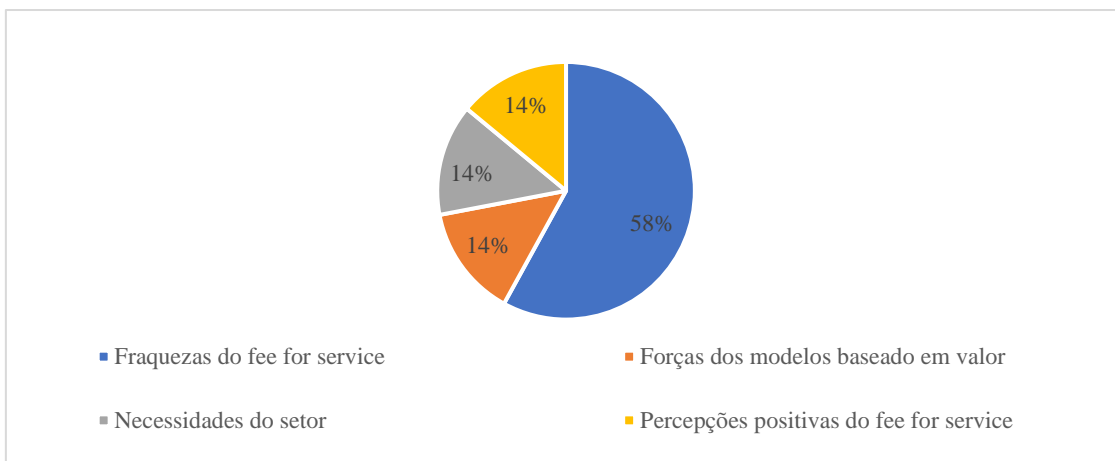
A discussão da pesquisa foi embasada na inferência quantitativa realizada utilizando operação estatística simples, na análise qualitativa dos resultados, na teoria e nos tópicos discutidos no grupo focal.

RESULTADOS

Os resultados das entrevistas foram categorizados por temas, e os dados apresentados em quadros. O tema 1 buscou analisar a percepção dos gestores quanto às motivações para promover a transição entre modelos de remuneração. Esse tema foi dividido em 2 categorias: Percepção quanto às motivações para a transição do FFS para modelos baseado em valor e Motivações para participar de um projeto coletivo de remuneração baseada em valor.

O gráfico 1 abaixo apresenta os dados sobre as percepções dos gestores quanto às possíveis motivações para promover a transição entre os modelos de remuneração.

Gráfico 1: Percepção quanto às motivações para a transição do FFS para modelos baseado em valor

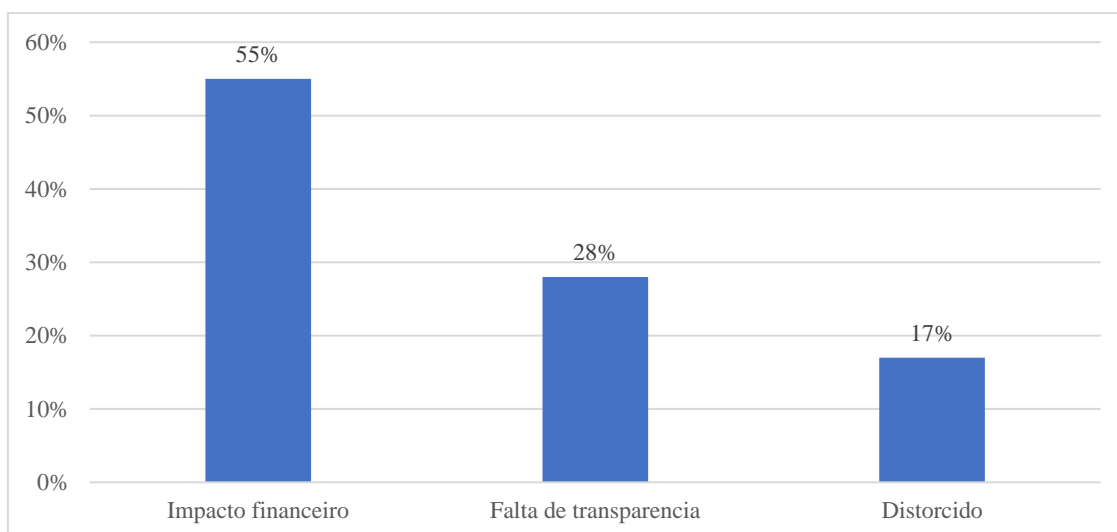


Fonte: Elaborado pelos autores

As fraquezas do FFS são apontadas pelos gestores como a principal motivação para a transição para modelos baseados em valor (58%). Mesmo admitindo que o FFS é detrator para o sistema de saúde, os gestores consideram aspectos positivos ao modelo, como o acesso direto do paciente a determinados serviços.

Tais fraquezas estão relacionadas ao impacto financeiro (55%), que acaba gerando desperdícios (56%) relacionados à baixa regulação do modelo no quesito transparência (28%), remunerando e incentivando solicitações de exames e procedimentos considerados desnecessários. Também foram citadas diferenças de preços nos medicamentos, insumos, equipamentos e procedimentos utilizados.

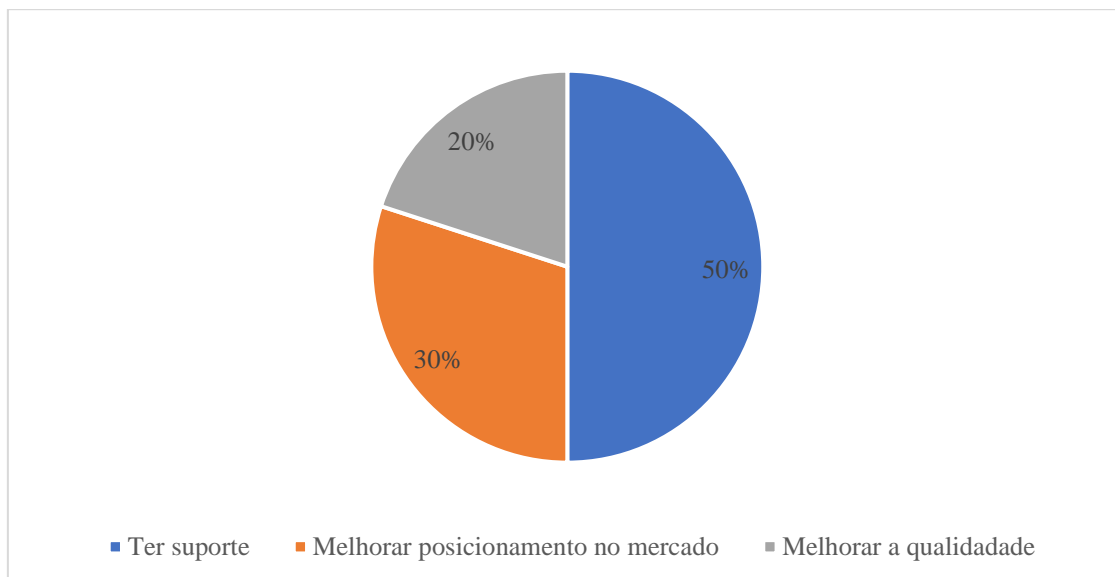
Gráfico 2: Elementos relacionados às fraquezas do modelo FFS



Fonte: Elaborado pelos autores

No gráfico 3 são apresentados os dados relacionados às motivações para participar de um possível projeto coletivo de remuneração baseada em valor.

Gráfico 3: Motivações para participar de um projeto coletivo de remuneração baseada em valor

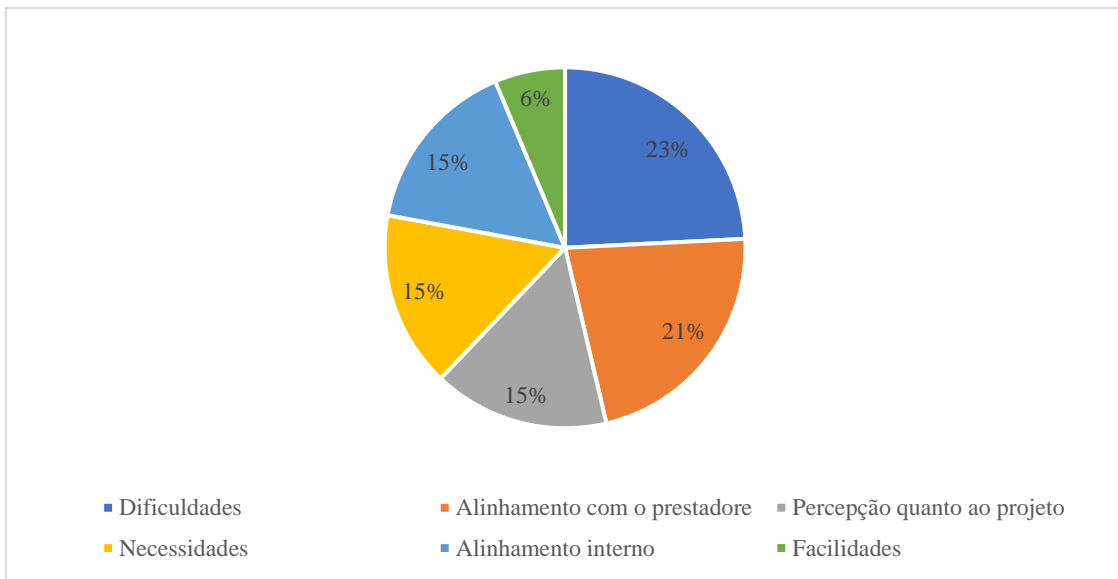


Fonte: Elaborado pelos autores

Ter suporte (50%) foi o principal motivo apontado pelos gestores para participação de um projeto coletivo. Na subcategoria ter suporte, a maioria dos elementos estão vinculados à troca de experiências. Ressalta-se aqui que a troca de experiências entre organizações diferentes não costuma ser incentivada no setor, no Brasil, salvo em casos muito específicos (como alguns grupos técnicos da ANAHP). Assim, o compartilhamento de informações e conhecimentos e abertura de um canal de comunicação entre os atores são expectativas louváveis.

O tema 2 buscou analisar a percepção dos gestores quanto ao processo de construção do projeto e se existe necessidade de alinhamentos entre setores internos e externos das operadoras de saúde. Esse tema possui apenas a categoria: Processo de construção do projeto e o quadro 3 abaixo apresenta os resultados dessa categoria.

Gráfico 4: Categorias - Processo de construção do projeto

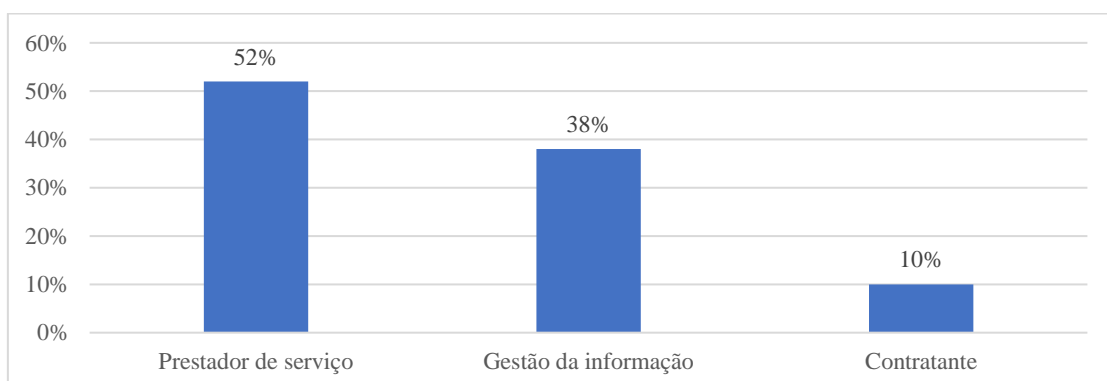


Fonte: Elaborado pelos autores

Os elementos representados na subcategoria I são: dificuldades (23%), alinhamento com o prestador (21%), percepções quanto ao projeto (21%), necessidades (15%), alinhamento interno (15%) e facilidades (6%) (gráfico 4)

As dificuldades para a construção de projetos de modelos de remuneração baseados em valor, estão relacionadas ao prestador de serviço (52%), gestão da informação (38%) e contratantes (10%). Esses elementos se referem a características de locais ou processos que podem dificultar a construção de projetos de modelos de remuneração baseados em valor. Os gestores apontam entre as dificuldades (23%) no processo de construção do projeto o relacionamento com os prestadores de serviços (52%), principalmente no quesito à negociação (gráfico 5) destacando a necessidade de alinhamento externo. Os gestores têm resistência por parte dos prestadores credenciados em compartilhar risco financeiro, tornando as negociações complexas, sendo necessário um processo de convencimento dos envolvidos na rede.

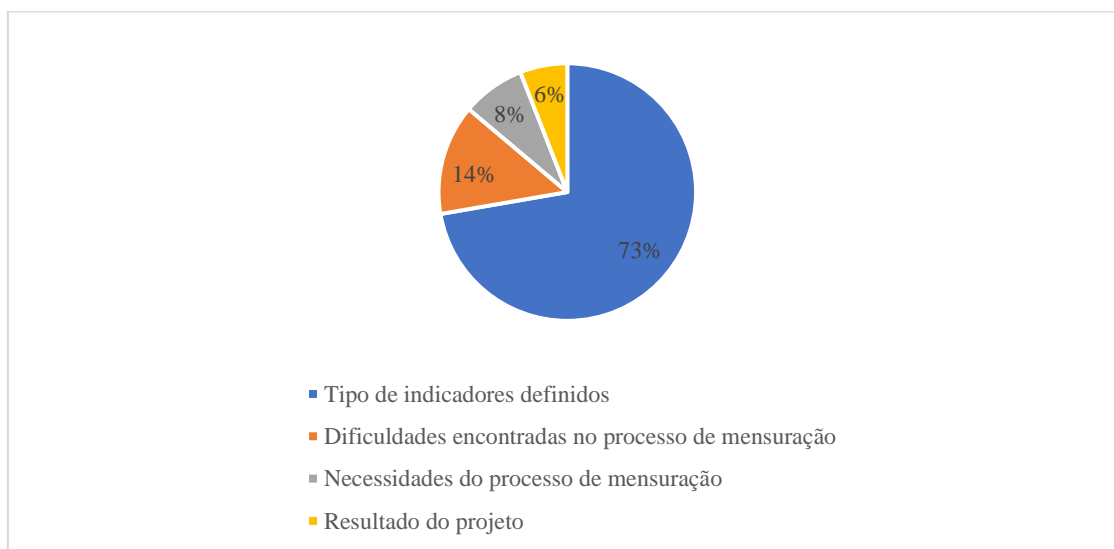
Gráfico 5: Processo de construção do projeto – Subcategoria dificuldades



Fonte: Elaborado pelos autores

O tema 3 buscou analisar a percepção dos gestores quanto ao processo de definição de indicadores utilizados no projeto. Esse tema possui apenas uma categoria: indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseados em valor. O gráfico 6 abaixo apresenta os dados referentes a essa categoria.

Gráfico 6: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseados em valor.

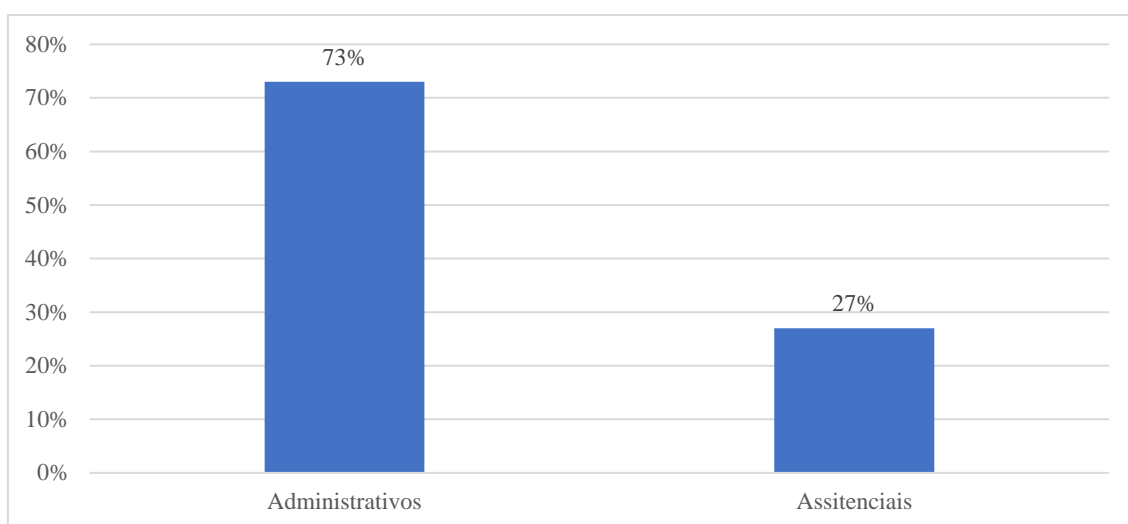


Fonte: Elaborado pelos autores

Perguntamos aos gestores como foi o processo do desenvolvimento, implantação e monitoramento dos indicadores centrados no paciente e de custos.

Os elementos mencionados pelos gestores utilizados na construção de projetos de modelos de remuneração baseados em valor: tipo de indicadores definidos (73%), dificuldades encontradas no processo de mensuração (14%); necessidade do processo de mensuração (8%) e resultados do projeto (6%) (gráfico 6).

Gráfico 7: Processo de definição de indicadores utilizados no projeto de implantação de modelos de remuneração baseados em valor.



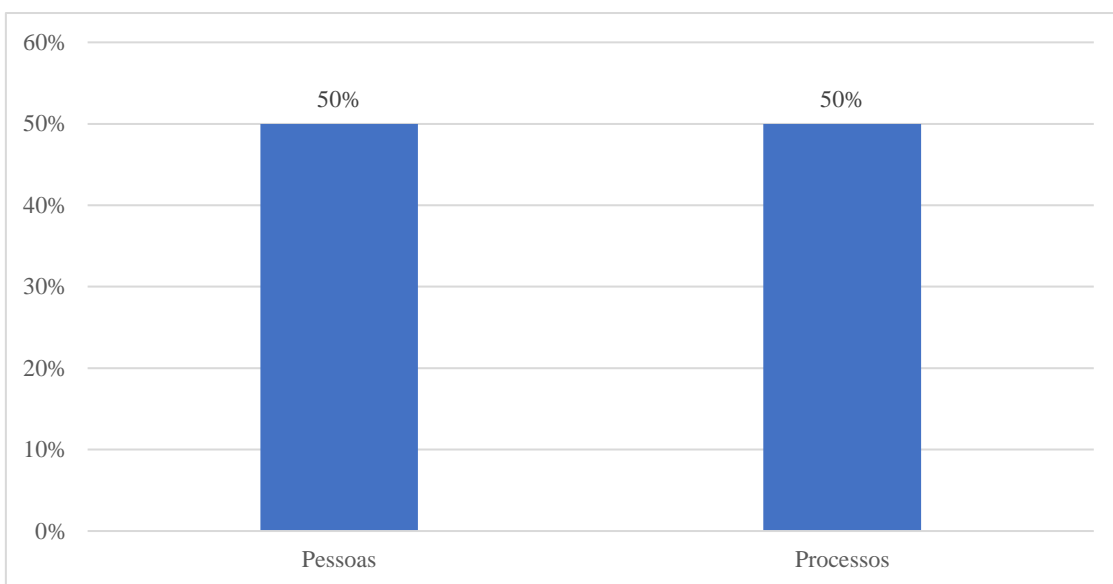
Fonte: Elaborado pelos autores

Os tipos de indicadores são subdivididos em duas áreas temáticas: administrativos (73%) e assistenciais (27%). As unidades de contexto dos indicadores administrativos relacionam-se a procedimentos e internações (41%), principalmente no quesito redução desses procedimentos, (redução de idas ao especialista, redução de idas ao pronto-socorro, controle no número de diárias, redução na quantidade de exames); fidelização (26%) refere-se a manter o paciente sob cuidado de um mesmo prestador, evitando atendimentos duplicados; custo geral (19%) refere-se ao custo médio por paciente ou custo médio de um procedimento; e Net promoter score (NPS) (15%) trata-se de uma medida de satisfação com o serviço prestado.

O tema 4 buscou analisar a percepção dos gestores quanto aos fatores facilitadores e os limitantes para a transição dos modelos de remuneração na saúde suplementar. Esse tema possui a categoria: Fatores facilitadores e limitantes. Perguntamos aos gestores: “quais os principais fatores que facilitam o processo de transição do modelo *fee for service* para um modelo baseado em valor na saúde suplementar? / Na sua perspectiva quais os principais fatores que limitam o processo de transição do modelo *fee for service* para um modelo baseado em valor na saúde suplementar?”

No gráfico 8 são apresentados os dados referentes aos fatores facilitadores e no gráfico 9 os dados referentes aos fatores limitantes.

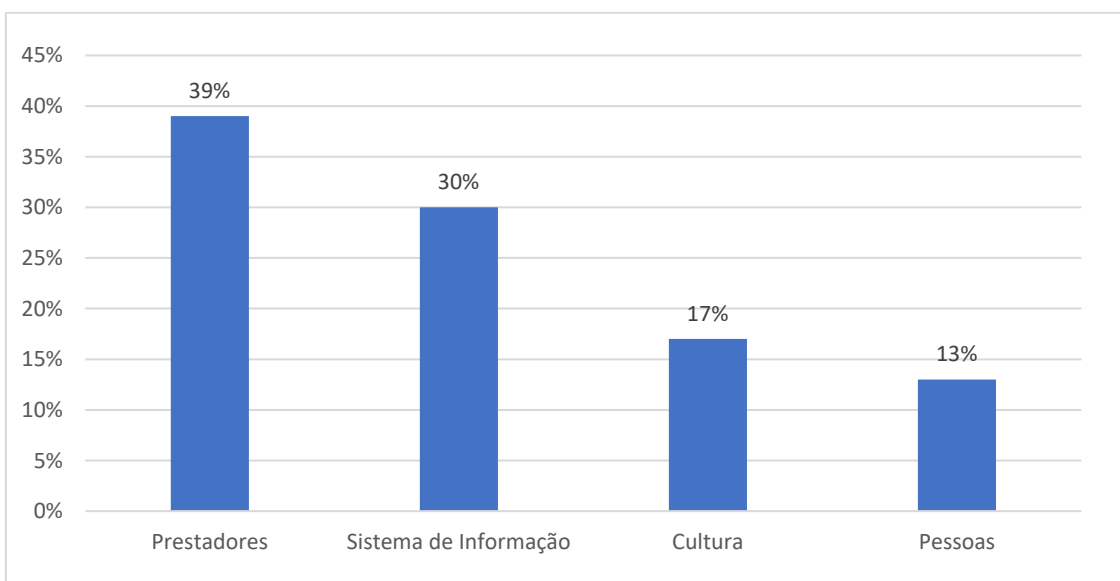
Gráfico 8: Fatores Facilitadores



Fonte: Elaborado pelos autores

Observa-se que os fatores facilitadores (gráfico 8) são as pessoas (50%) e os processos (50%). O indicador pessoas se refere à disponibilidade de profissionais especializados (33%), assumindo que profissionais com conhecimento sobre modelos baseados em valor, como consultorias especializadas e/ou investimentos na capacitação da equipe, facilitam a transição. E quanto aos processos, a parceria (58%) é apontada como um instrumento útil no sentido de criar relacionamentos de confiança entre prestador e operadora.

Gráfico 9: Fatores Limitantes

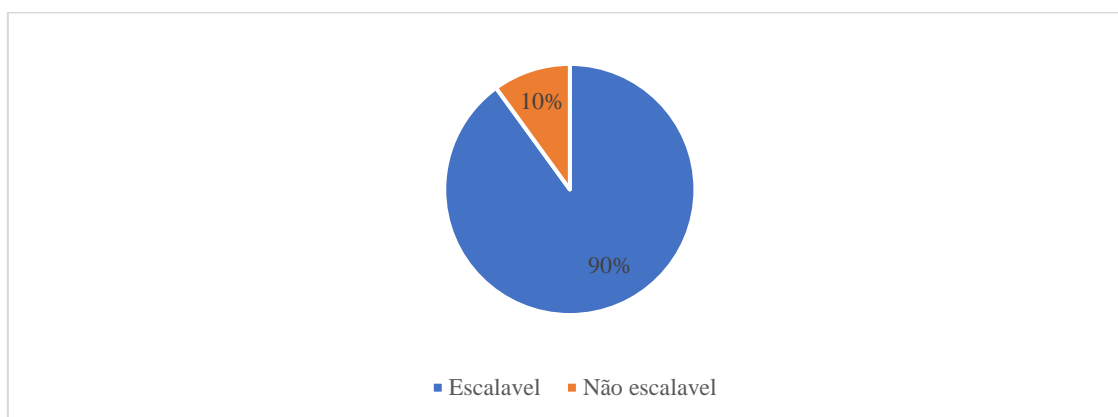


Fonte: Elaborado pelos autores

Como fatores limitantes, foram indicados os prestadores (39%) e os sistema de informação (30% - gráfico 9). A menção aos prestadores está relacionada à falta de apoio (56%), pois os gestores percebem que a inserção de modelos baseados em valor não ocorre se o prestador não tem conhecimento a respeito e inexistente estrutura adequada. Já em relação aos sistemas de informação, os dados (100%) habitualmente coletados e monitorados não são suficientes para a implantação dos novos modelos de remuneração, havendo necessidade de adaptação dos sistemas.

O tema 5 buscou analisar a percepção dos gestores quanto à escalabilidade dos modelos de remuneração baseados em valor. Esse tema possui somente a categoria: Escalabilidade. No gráfico 10 são apresentados os dados dessa categoria.

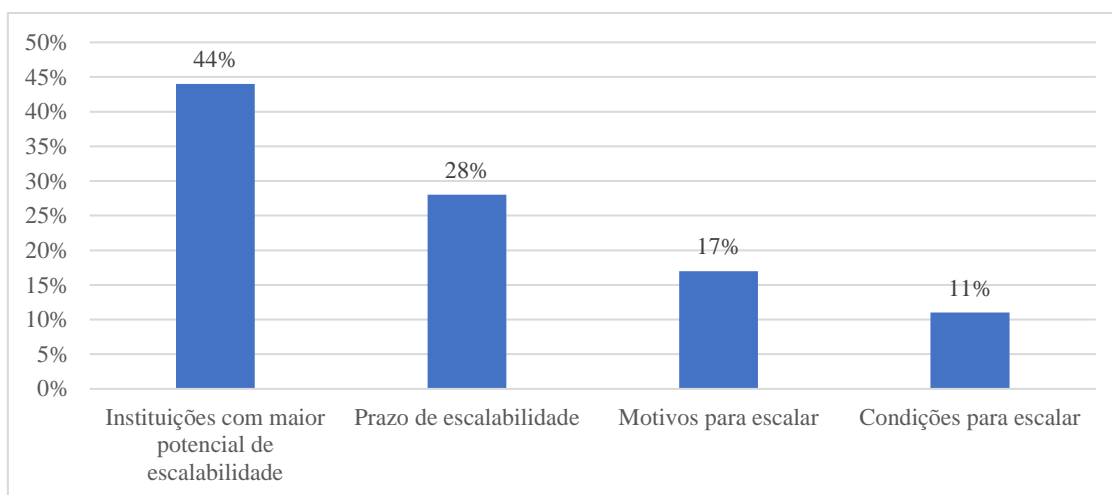
Gráfico 10: Escalabilidade



Fonte: Elaborado pelos autores

O gráfico 10 aponta que os gestores acreditam que os modelos de remuneração baseados em valor possuem potencial de escalabilidade (90%) relacionado ao tipo de instituição (44% - gráfico 11), apresentando maior potencial de escalabilidade às instituições verticalizadas e as grandes operadoras (38%).

Gráfico 11: Escalabilidade – Categoria escalável



Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, observa-se que na primeira categoria do tema 1, a maioria dos elementos referidos pelos entrevistados estão relacionados às fraquezas do FFS (58%), com destaque para o impacto financeiro negativo que o modelo traz para as operadoras de saúde (55%), relacionado à potencial sobreutilização dos serviços e consequente aumento de gastos desnecessários. Esse dado é validado pelo estudo de Francisquini (2020) que realizou uma pesquisa com os líderes hospitalares, demonstrado que, assim como os gestores das operadoras de saúde, eles também possuem a compreensão dos impactos negativos do sistema FFS. Em uma estrutura de remuneração organizada essencialmente pela demanda de serviços, tanto a demanda quanto o custo podem ser irregulares e imprevisíveis. Mendes (2017) sugere que a assimetria de informações presente no setor saúde colabora para um fenômeno dos serviços de saúde: a indução da demanda pela oferta. Assim, os serviços de saúde induzem a demanda pois receberão mais remuneração oferecendo mais serviços.

Nas menções sobre o impacto financeiro negativo do FFS, a maioria dos elementos se refere ao desperdício (56%), sendo identificada uma associação do modelo a uma sobreutilização dos recursos disponíveis, agravando a situação de um setor onde os recursos financeiros são escassos. Ressalta-se que o desperdício está diretamente atrelado ao desenvolvimento de ações que não agregam valor ao produto ou serviço produzidos, mas apenas custos e despesas, sem atender de fato a necessidade do cliente (Castilho et al., 2011).

Em relação à categoria 2, questionados sobre a motivação para inscreverem seus projetos, 50% responderam ter expectativas de suporte, tanto de seus pares quanto da ANS. Os resultados indicam que, apesar da sensibilidade à necessidade de mudança, ainda há desconhecimento sobre o processo operacional da transição, levando os gestores a buscar conhecimentos sobre o tema bem como experiências práticas dentro do setor.

Sobre alinhamentos internos, 100% dos elementos se referiam à equipe, com ênfase na equipe administrativa (58%), principalmente nos núcleos ou departamentos envolvidos. Percebe-se necessidade de envolvimento intersetorial (setores de relacionamento com a rede prestadora, órgãos de auditoria, tecnologia da informação e gestão de sinistros). No que tange à mudança do modelo de remuneração, todas as iniciativas relatadas partiram das operadoras de saúde, mediante duas formas de organização interna: a organização de um time responsável pela gestão do projeto, envolvendo sempre uma área assistencial e uma área financeira e/ou a organização de um setor interno dedicado.

Em relação aos alinhamentos externos, chama a atenção os elementos que surgiram referenciando-se aos alinhamentos com os prestadores, tanto nas subcategorias dificuldades, alinhamentos com o prestador e necessidades.

A ANS (2019), destaca a resistência dos prestadores de serviço em relação aos modelos diferenciados de pagamentos como um desafio para a implementação de modelos de remuneração baseados em valor. De fato, os entrevistados demonstram que a transferência de riscos é uma preocupação dos prestadores de serviço. De fato, o modelo mais tradicional de pensamento no setor (a rigor superado desde que se começou a trabalhar com orçamento global) é que deveria caber às operadoras a gestão do risco, enquanto os prestadores garantiriam resultados assistenciais. Tal premissa é similar ao resultado encontrado no estudo de Francisquini (2020) que apontou para a preocupação de gestores hospitalares acerca do risco financeiro que o hospital deve assumir nos contratos de *Value Based Health Care* (VBHC). Quando os prestadores se tornam responsáveis por desfechos e custos e passam a receber por valor, contratos de compra entre fornecedores insumos e prestadores precisam, também, de uma mudança de modelo, onde o fornecedor também partilhe o risco financeiro, responsabilizando-se pelo valor que seus produtos estão gerando para o paciente. Ao invés da negociação com fornecedor ficar atrelada unicamente a preço e volume, estes contratos de compra devem, no mínimo incluir cláusulas relacionados a desfecho e custos relacionados ao desempenho das

tecnologias (Veghel et al., 2021). Nessa situação aparecem os contratos denominados de *risk sharing* ou acordos de compartilhamento de risco por meio dos quais a fonte pagadora concorda com a utilização temporária de um novo insumo enquanto o fornecedor aceita receber pelo produto um preço que será determinado em função de seu desempenho em condições reais de uso (Curi, 2014).

A literatura aponta que o pagador deve ir além da responsabilidade do reembolso dos custos incorridos pelos cuidados e da mudança do modelo. Ele poderia atuar como incentivador da integração e coordenação do cuidado além da prevenção e promoção da saúde (Agrwal et al., 2016). Nesse sentido, em modelos de financiador único (como é o caso do SUS ou dos sistemas europeus) os resultados de pesquisas permitiram a descoberta de novas estratégias para a construção dos modelos de remuneração baseados em valor. Para o alinhamento de interesses surgiu o termo *payvider* (do inglês *provider e payer*), que é viabilizado por meio de verticalização de redes. A escolha pela verticalização possibilita às instituições participantes maior domínio sobre as diferentes etapas viabilizando, dessa forma, a partir da redução da fragmentação, maior eficiência na coordenação e gerenciamento dos processos (Silva et al., 2009). Essa contratualização permite a aplicação do conceito de *sharing savings*, onde a economia gerada no sistema de saúde é dividida entre os pagadores (operadoras) e os prestadores de serviço, mediante desfechos pré-acordados.

No tema 3, os resultados apontam que o processo de definição dos indicadores não foi rígido, sugerindo que o amadurecimento do projeto leva a mudanças e aperfeiçoamento daquilo que se quer medir, mediante acordos entre financiador (no caso a operadora) e o prestador de serviços.

Os indicadores em saúde, particularmente aqueles relacionados à qualidade dos serviços prestados, são considerados instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado. Além disso, a utilização dos indicadores para medir o desempenho dos prestadores tornou-se prática padrão nos últimos anos (Bao et al., 2019). Na perspectiva de modelos de remuneração baseados em valor, a identificação e a mensuração de indicadores de confiáveis e que reflitam a qualidade dos prestadores é um desafio. A principal limitação das medidas de desempenho com base nos resultados de saúde é que elas podem refletir a combinação de casos (ou o case-mix) que vão além da qualidade hospitalar (Lisi et al., 2020), e que podem ser controlados com vista a forçar o atingimento dos indicadores.

Importante destacar os indicadores citados nas entrevistas: indicadores de qualidade hospitalar, desfechos clínicos relacionados às linhas de cuidados, monitoramento da jornada assistencial, número de consultas com os especialistas, números de idas ao pronto socorro, número de solicitação de exames, taxa de internação, número de diárias excedidas, NPS, custo médio do paciente e custo médio do evento em saúde. Até o momento não existe consenso na literatura em relação a quais métricas devem ser utilizadas para mensuração de desfechos e custos. Nesse contexto, surgiu o *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)* que foi criado no intuito de responder ao desafio de delinear conjuntos mínimos de desfechos padronizados e fatores de risco, via um processo estruturado. (GUSMÃO, 2021). Apesar de ser uma metodologia difundida para mensuração de resultados em saúde e alinhada ao conceito de valor, os indicadores da ICHOM, não são utilizados na aplicação prática. Observa-se que, para os gestores, a coleta de desfechos através dos questionários da ICHOM é difícil, pois exigem treinamento específico dos profissionais responsáveis pela coleta, além de serem longos e caros. Quando os questionários são autorreferidos há dificuldades de os beneficiários preencherem na sua integralidade. Dessa forma, os gestores optam por utilizar escalas de qualidade de vida mais simples, porém consensuadas entre sociedades médicas, por exemplo.

Já em relação a indicadores de custo, surgiram elementos que permitiram sua categorização em indicadores administrativos e em dificuldades encontradas no processo de mensuração, particularmente no quesito de provar o desperdício gerado pelo modelo de remuneração FFS.

No tema 4, os resultados apontam que 51% dos elementos se referiam a fatores facilitadores relacionados a pessoas (50%) e processos (50%). Os requisitos eram voltados à necessidade por profissionais especializados, apoio da alta gestão da operadora, apoio do prestador e envolvimento da equipe. Ou seja, as organizações de saúde dependem do conhecimento profissional para integrar e analisar procedimentos clínicos, prescrições, faturamento, cadeias de abastecimento e relações com os pacientes, dentro e através das fronteiras organizacionais. Quanto aos processos, os entrevistados apontam que parcerias (58%) devem ser construídas com transparência e confiança, principalmente com o prestador de serviços, reforçando a importância do relacionamento operadora-prestador.

No tema 5, a categoria escalável aparece com 90% dos elementos relacionados às instituições com maior potencial de escalabilidade (44%), priorizando as operadoras verticalizadas e as de grande porte. A verticalização é vista com um ambiente adequado para escalar modelos de remuneração baseados em valor, por minimizar, as necessidades de negociação com o prestador. Percebe-se maior capacidade de integração das informações das operadoras verticalizadas em relação às não verticalizadas. As maiores operadoras também são percebidas como um *locus* favorável, por sua maior capacidade de negociação com prestadores e por sua capacidade de investimento em inovação.

Chamou a atenção um ponto não mencionado durante as entrevistas, mas destacado no grupo focal: a ausência do paciente. Afinal, em tese a premissa dos novos modelos de remuneração é alcançar bons resultados em saúde para o paciente (Miller, 2017; ANS, 2019). Ao definir o valor, a perspectiva do paciente inclui desfechos de mortalidade, sobrevida, complicações, retorno à atividade normal e acesso ao cuidado (Agrwal et al., 2016), indo além de pesquisas de experiência, como o *Net promoter score* (NPS). Nesse sentido, os indicadores relatados pelos pacientes (PREMS e PROMS) são importantes, porém de difícil aplicação na prática, ao menos na perspectiva dos entrevistados.

CONCLUSÕES

Gestores de operadoras parecem ser sensíveis às fraquezas do FFS e a seus impactos negativos no setor, sejam eles financeiros ou assistenciais. Suas fragilidades emergiram como um dos principais motivadores para a eventual transição entre os modelos. Dessa forma, ainda se está em busca de caminhos para compreender e implantar modelos alternativos de remuneração sempre associados com coleta e monitoramento de indicadores que incentivem a qualidade assistencial.

O processo de construção de modelos baseados em valor aparece permeado de dificuldades, principalmente nos aspectos de negociação com a rede prestadora e de gestão da informação. Persiste uma barreira quando se fala em transferência de risco financeiro da operadora para o prestador. Compreender o pagamento baseado em valor como algo além de um transferidor de riscos é fundamental para a sedimentação do modelo. Vencida essa etapa, o alinhamento com o prestador permeia várias subcategorias, que sugerem envolvimento de toda a equipe assistencial até chegar ao contrato e ao

volume de remuneração propriamente dita. Verificou-se neste trabalho que os setores internos envolvidos nos projetos de implantação de novos modelos de remuneração incluem áreas de relacionamento com a rede prestadora, auditoria, tecnologia da informação e gestão de sinistros, sugerindo necessidade de um movimento multidisciplinar e intersetorial.

Não há consenso em relação ao processo de definição dos indicadores. Este processo exige testar indicadores até chegar naqueles considerados ótimos. Relacionar desfechos centrados no paciente e indicadores de custo relacionados à quantidade dos procedimentos assistenciais não é simples.

Profissionais especializados em modelos baseados em valor, sistemas de informação voltados para a gestão desses novos modelos e apoio da alta direção são considerados facilitadores importantes para a transição entre modelos. Apesar das dificuldades percebidas, os gestores das operadoras de saúde entrevistados acreditam não seu potencial de escalabilidade na saúde suplementar brasileira.

Mais pesquisas são necessárias para explorar o processo de transição do modelo FFS para modelos baseados em valor e as práticas e resultados desse processo, uma vez que, apesar do incentivo para adoção de novos modelos, estes ainda são incipientes dentro das operadoras. A maior parte dos projetos participantes da presente pesquisa era considerada ainda em fase de teste até meados de 2021. Para estudos futuros sobre a temática sugere-se investigações sobre a visão de gestores hospitalares e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Abicalaffe C, Schafer F. Opportunities and Challenges of Value-Based Health Care: how Brazil Can Learn from U.S. Experience. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2020;26(9):1172. [Link]
2. Agência nacional de saúde suplementar. Boletim Covid-19: saúde suplementar. 2021;1(17). [Link]
3. Agência nacional de saúde suplementar. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. 2019. [Link]
4. Andreazzi MFS. Formas de remuneração de serviços de saúde. IPEA, 2003; p. 35.

5. Agrwal N, Skochelak SE, et al. Value in health care. In: Skochelak SE, et al (ed.) Health systems science. Elsevier; 2016.
6. Ayvaci M, Cavusoglu H, Kim Y, Raghunathan S. Projetando contratos de pagamento para serviços de saúde para induzir o compartilhamento de informações: a adoção e o valor das trocas de informações de saúde (HIEs). *MIS Quarterly*. 2021;45(2):637-692. [Link]
7. Bao ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):377-84.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70; 2016.
9. Barnett ML, Wilcock A, McWilliams JM, Epstein AM, Maddox KEJ, Orav EJ, et al. Two-Year Evaluation of Mandatory Bundled Payments for Joint Replacement. *N Engl J Med*. 2019;380(3):252-62. [Link]
10. Bosko T, Dubow MJ, Koenig T. Understanding value-based incentive models and using performance as a strategic advantage. *Journal of Healthcare Management*. 2016;61(1):11-4. [Link]
11. Britton JR. Healthcare reimbursement and quality improvement: Integration using the electronic medical record: Comment on “fee-for-service payment: an evil practice that must be stamped out?” *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(8):549-551. [Link]
12. Castilho V, Castro LC, Couto AT, Maia FOM, Sasaki NY, Nomura FH, et al. Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:1613-1620. [Link]
13. Ben Charif A, Zomahoun HTV, Massougbodji J, Khadhraoui L, Pilon MD, Boulanger E, et al. Assessing the scalability of innovations in primary care: a cross-sectional study. *CMAJ Open*. 2020;8(4):E613-E618. doi: 10.9778/cmajo.20200030.
14. Conrad DA. The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. *Health Services Research*. 2015;50:2057-2089.

15. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications; 2017.
16. Escrivão Junior A, Koyama MF. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(4):903-914. [Link]
17. Francisquini F. *Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor*. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo; 2020. [Link]
18. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7ª ed. Atlas; 2019.
19. Hospital Alemão Oswaldo Cruz implementa modelo de prestação de cuidados fee for performance. 2019. [Link]
20. Van Der Nat PB, Van Veghel D, Daeter E, Crijns HJ, Koolen J, Houterman S, et al. Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management*. 2020;13(3):189-192. [Link]
21. Kash BA, Spaulding A, Johnson CE, Gamm L. Success factors for strategic change initiatives: a qualitative study of healthcare administrators' perspectives. *Journal of healthcare management*. 2014;59(1):65-81. [Link]
22. Katz M, Franken M, Makdisse M. Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(7):904–906. [Link]
23. Keyhani S, Falk R, Howell EA, Bishop T, Korenstein D. Overuse and systems of care: a systematic review. *Medical care*. 2013;51(6):503-508.
24. Kinukawa AS. *Medição de valor na saúde: uma análise sobre a implementação do modelo de mensuração de cuidados em saúde baseado em valor no Brasil*. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Getúlio