



**SAÚDE BASEADA EM VALOR: AFINAL, QUAL A OPINIÃO SOBRE “VALOR”
PARA OS DIFERENTES ATORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL?**

**VALUE-BASED HEALTHCARE: WHAT IS THE OPINION ABOUT “VALUE” TO
DIFFERENT PLAYERS ON BRAZIL’S HEALTHCARE SYSTEM?**

📍 **Iara Muller Bernz**

iara.bernz@gmail.com

📍 **Rosa Lucchetta**

rosa.lucchetta@mapesolutions.com

📍 **Lucas Miyake Okumura**

lucas.okumura@mapesolutions.com

📍 **Tamiris Tatiane Dias**

tamiris.dias@mapesolutions.com

📍 **Mariana Papaléo Rosim**

mariana.rosim@mapesolutions.com

📍 **Bruno Salgado Riveros**

bruno.riveros@mapesolutions.com

📍 **Gabriel Ogata Pedro**

gabriel.ogata@mapesolutions.com

📍 **Marcelo Eidi Nita**

marcelo.nita@mapesolutions.com



RESUMO

Value-based healthcare (VBHC) é um modelo que busca recompensar prestadores e tecnologias capazes de entregar resultados que agreguem valor para o paciente, de forma a otimizar a sustentabilidade na saúde. O objetivo deste trabalho foi identificar as percepções de médicos, gestores e representantes da indústria farmacêutica acerca dos conceitos relacionados a VBHC. Foram entrevistados *stakeholders* de diversas áreas dos sistemas de saúde brasileiro entre dezembro de 2018 e março de 2019 acerca de suas percepções em diferentes domínios relacionados à estrutura organizacional, gestão e gestão baseada em valor. De 100 *stakeholders* contatados, 36 responderam aos questionários. Referente ao domínio organizacional, os itens com maior concordância foram o acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a eles (mediana 8,0) e modelos aplicados a novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e operadora de plano de saúde (OPS) são de interesse da empresa (8,0). Relativo a quais itens são importantes para o processo de gestão da empresa, destacaram-se o impacto financeiro de novas incorporações, os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico, a melhoria da qualidade da atenção médica e o acompanhamento econômico de efeitos adversos, todos com mediana 10,0. Por fim, para o domínio de saúde baseada em valor, destacam-se o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes, os dados de custo-efetividade, a satisfação do paciente, a melhoria qualidade da atenção médica e o acompanhamento clínico e econômico de efeitos adversos, todos com mediana 10,0. Enquanto alguns *stakeholders* estão atentos em oferecer mais qualidade e já estão atentos à geração de valor em saúde outros estão sensíveis principalmente à questão de redução de custos especialmente. Para esse último grupo, é fundamental compreender em detalhe sua realidade e explicitar como a saúde baseada em valor agrega a esse cenário condicionando aumento de gastos com maior entrega de saúde. Incluir e engajar todos os atores do sistema de saúde para promover uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator condicionante ao sucesso da implantação de modelos de saúde baseada em valor.

Palavras-chave: participação dos interessados, remuneração, seguro de saúde baseado em valor, sistemas de saúde.



ABSTRACT

Value-based healthcare (VBHC) is a model that rewards providers and technologies capable of delivering results for the patient. The aim of this study was to identify the degree of knowledge about concepts related to different VBHC domains: doctors', managers' and pharmaceutical industry's perspectives. Stakeholders from various areas of health systems in Brazil were interviewed between December 2018 and March 2019 about their knowledge in different domains related to organizational structure, management and VBHC management. One hundred stakeholders were contacted and 36 submitted questionnaire replies. For organizational domain, the items with the highest agreement were follow-up of clinical protocols and associated costs (median 8.0) and models applied for payment for performance between providers and health care insurers (8.0). Regarding which items are important to the company's management process, the financial impact of new incorporations, the clinical, economic and financial comparators between the technologies of the same clinical protocol, the improvement of the healthcare quality and the economic follow-up of the companies were highlighted. adverse effects, all with median 10.0. For the VBHC domain, we highlight the follow-up of patients' clinical outcomes, cost-effectiveness data, patient satisfaction, improved medical care, and clinical and economic follow-up of adverse effects, all also with median 10.0. Few stakeholders are concerned with providing better services, while many are focusing on reducing costs. Engaging all actors in health system to promote a shared vision of value and efficiency is determinant to succeed in VBHC models implementation.

Keywords: stakeholder engagement, value-based purchasing, value-based health insurance, value-based purchase



1 INTRODUÇÃO

A sustentabilidade no setor da saúde é um desafio constante, sobretudo ao considerar o panorama brasileiro, cuja Constituição Federal garante que a saúde pública seja de cobertura universal e gratuita para os mais de 200 milhões de habitantes. Em 2014, foram destinados apenas 3,8% do produto interno bruto para a saúde pública do país (FIGUEIREDO, 2018). Por outro lado, dados de 2018 apontam que cerca de 24,2% da população recorreram à saúde privada através de operadoras de saúde (ANS, 2017).

Tanto na perspectiva pública como na privada, é relevante ponderar que diversos fatores pressionam os gastos em saúde, como a transição epidemiológica (envelhecimento populacional e aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas), além do advento de tecnologias cada vez mais caras. De maneira mais crítica, os altos índices de sinistralidade para o setor privado (estimados em 85% para o ano de 2017) (ANAHP, 2018), trazem à tona a discussão sobre a relação entre 4 temas que cerceiam a discussão sobre valor em saúde: os investimentos, a qualidade dos serviços prestados, os desperdícios e os resultados clínicos.

Os diversos atores envolvidos na cadeia de valor da saúde têm interesse nessa discussão, na qual são recorrentes as seguintes opiniões: i) os pagadores queixam-se de que os cuidados em saúde estão cada vez mais caros, chegando, em alguns momentos, a valores proibitivos; ii) os pacientes estão insatisfeitos com a qualidade dos serviços prestados e com os reajustes anuais das mensalidades das operadoras de saúde; iii) os prestadores e provedores de serviço (profissionais e instituições de saúde) se queixam do reembolso praticado e da limitação do uso de tecnologias mais sofisticadas, que limitam a qualidade da assistência prestada; iv) as distribuidoras e fornecedoras de tecnologias em saúde estão insatisfeitas porque sentem que o mercado está cada vez mais avesso a inovações e que as decisões são tomadas unicamente a partir de preço de produto sem considerar, de fato, o que os pacientes valorizam (FLOWER, 2015). Atualmente, o modelo preponderante de negociação em saúde é o chamado *fee for service*, pautado em realizar reembolsos com base no volume de procedimentos, sem que haja critério definido no que tange à qualidade do serviço entregue e geração de desfechos relevantes para o paciente (PORTER, 2016).

No intuito de avançar para novas formas de reembolso, *value-based healthcare* (VBHC) é um modelo que busca o caminho do reconhecimento de prestadores, serviços e tecnologias capazes de entregar resultados que agregam valor para o paciente (PORTER, 2016). As premissas desse modelo envolvem evitar desperdícios e mensurar desfechos clínicos durante



todo o ciclo de assistência, permitindo diferentes formatos de negociação entre os atores (*stakeholders*) envolvidos (KATZ, 2017).

Trata-se, pois, de uma quebra de paradigma e inovação frente aos modelos atuais de reembolso predominantes. A disseminação de VBHC ou outros modelos que valorizam o paciente depende do conhecimento dos gestores com relação a estes conceitos e da busca por esta nova prática. Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi identificar o que pensam médicos, gestores (Sistema Único de Saúde - SUS, hospitais, operadoras de saúde) e representantes da indústria farmacêutica sobre VBHC, contemplando conceitos relacionados à estrutura organizacional e gestão baseada em valor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas e privadas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LORENZETTI, 2014).

Partindo dessa premissa, podemos considerar que fazer a gestão de sistemas de saúde é uma atividade complexa. Além dos atores supracitados, tem-se o paciente, que não pode perder-se como foco durante a prestação dos serviços e cuidados. Garanvandala (2020) entende que a prestação de cuidados também contribuiu para dificuldades de gerenciamento dos sistemas de saúde. O autor ainda considera que os cuidados de saúde são prestados de forma turbulenta e em um ambiente em constante mudança que é influenciado por diversos fatores, entre eles demográficos, tecnológicos e financeiros que geralmente resultam em menos consenso sobre a direção gerencial-estratégica das organizações envolvidas no sistema.

Somado as discussões gerenciais, temos a questão da sustentabilidade do sistema. São várias as justificativas apontadas pelas empresas do setor para o aumento de custos, entre elas o envelhecimento da população, o aumento da frequência de utilização dos planos de saúde e o aumento de preços de medicamentos, mão de obra e equipamentos (DUARTE, 2017).

Diante disso, várias alternativas para resolver as dificuldades impostas aos gestores vêm sendo discutidas. Uma das possíveis soluções apontadas, são estratégias vinculadas à gestão baseada em valor (VBHC). Essas discussões começaram a se tornar mais frequentes no contexto mundial, a partir de 1999, com a publicação do *Institute of Medicine Error is human: building a safer health care system*. A partir desse momento a atenção dos pesquisadores em saúde se



transferiu para a qualidade e iniciativas que a recompensem, conhecidas como pagamento por desempenho (PORTER, 2016).

Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados (PORTER, 2016). O conceito de valor em saúde pode ser resumido na seguinte fórmula: Valor em saúde = desfechos clínicos/custos.

Para que estratégias de valor em saúde sejam implantadas de forma prática é necessário que os *stakeholders* atuem de forma sinérgica e transparente, sob risco do sucesso do modelo.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho geral do estudo

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, com dados obtidos de entrevistas individuais pré-estruturadas, cujo objeto de estudo era obter informações a partir da experiência e percepções dos diferentes atores do sistema de saúde do Brasil. A amostragem utilizada foi não probabilística intencional por tipicidade, na qual a amostra é escolhida pela facilidade de acesso ou por tipicidade constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considera representativo da população em estudo (VERGARA, 2011). As entrevistas ocorreram entre dezembro de 2018 e março de 2019 com participantes que estivessem atuando na área há mais de cinco anos.

3.2 Questionário pré-estruturado para entrevistas

O questionário foi desenvolvido por meio dos pilares de VBHC, focando em três dimensões maiores: i) estrutura organizacional, ii) gestão atual e iii) gestão da saúde baseada em valor, discriminadas a seguir.

- (I) estrutura organizacional: protocolos clínicos e tecnologias em saúde, custos associados a estes itens; além de indicadores para acompanhamento das metas; ambiente organizacional e processo de tomada de decisão e novas práticas de remuneração;



- (II) gestão atual & saúde baseada em valor: processo de implantação do modelo de pagamento por performance, informações sobre custo-efetividade de serviços e tecnologias, custo-utilidade (QALY, do inglês *quality-adjusted life years*), impacto financeiro de novas incorporações e sobreutilização de recursos, acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes, aderência a protocolos clínicos, satisfação do paciente e melhoria da qualidade da atenção médica, e cumprimento de metas clínicas

Cada uma das perguntas foi estruturada usando escala de Likert de 5 pontos (onde 5 representa o maior grau de concordância com a pergunta), de forma a permitir o estudo das respostas em nível individual e do grupo de entrevistados.

3.3 Análise

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, sem testes de hipóteses, de forma a explorar as diferentes percepções de atores do sistema de saúde sobre VBHC no Brasil. Para fins de definição, as notas atribuídas por diferentes *stakeholders* foram comparadas de duas maneiras: entre *stakeholders*, e a nota de um *stakeholder* com a nota de maior frequência (moda) ou nota mediana de cada pergunta, atribuídas em cada dimensão de VBHC.

4 RESULTADOS

De 100 profissionais contatados, 36 responderam ao questionário, correspondendo a 8 profissionais médicos, 8 profissionais da indústria farmacêutica, 7 gestores da saúde pública, 8 gestores de planos de saúde e 5 gestores de hospitais privados. A maioria dos entrevistados atuava no sudeste (>80%), e uma minoria no sul do Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos entrevistados.

Dados	n (%)
Sexo, masculino	27 (75)
Local	

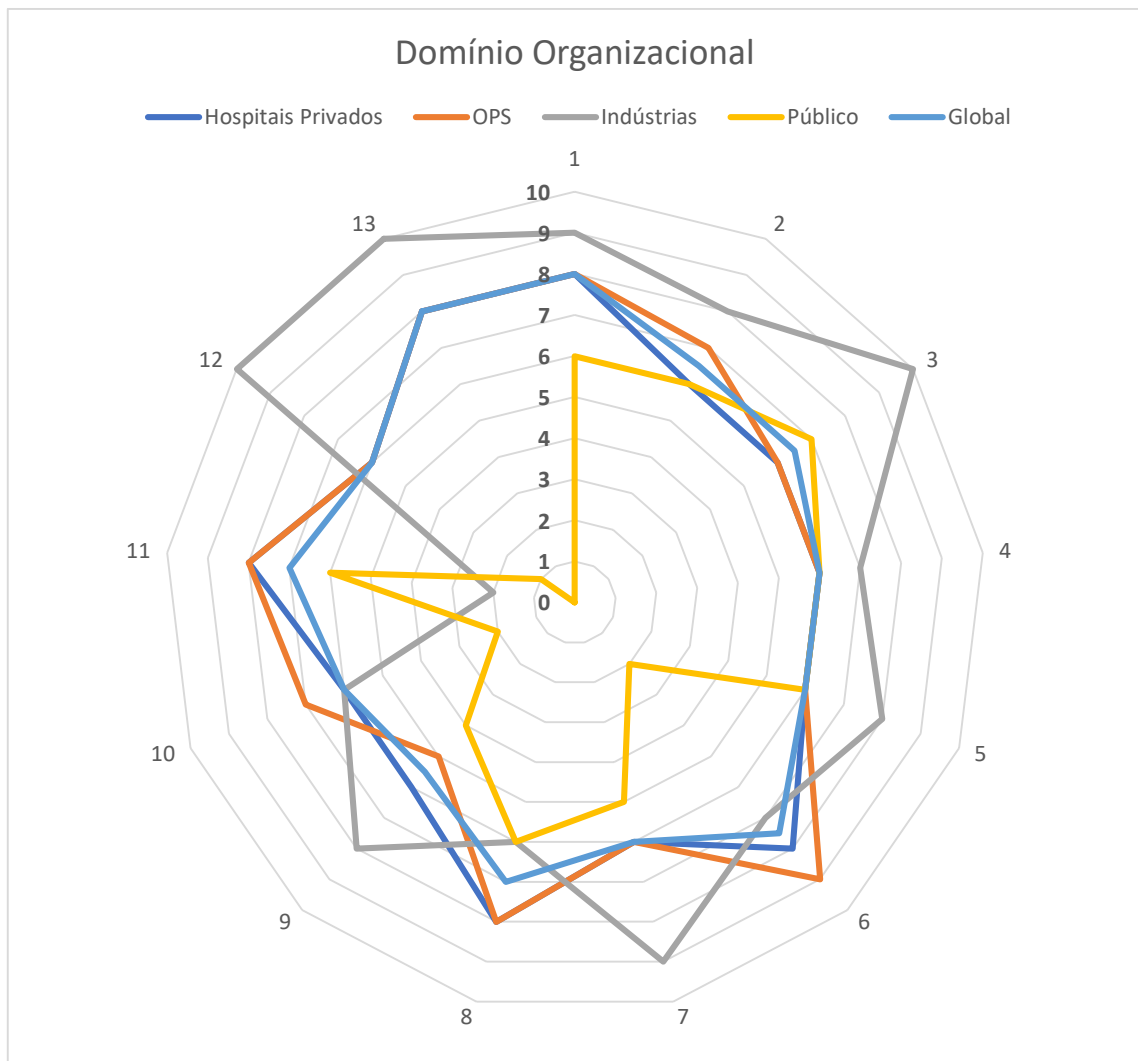


São Paulo	26 (72,2)
Outros estados	5 (13,9)
Não informado	5 (13,9)
Categoria do entrevistado	
Hospital privado	5 (13,9)
OPS	8 (22,2)
Indústria	8 (22,2)
Público	7 (19,4)
Médico	8 (22,2)
Cargo / profissão	
Acesso	5 (13,9)
Alergista	1 (2,8)
Coordenador de atenção farmacêutica	2 (5,6)
Coordenador de saúde	1 (2,8)
Diretor clínico	3 (8,3)
Diretor clínico e administrativo	1 (2,8)
Diretor de recursos próprios	1 (2,8)
Diretor de Saúde	1 (2,8)
Gerente de gestão em saúde	1 (2,8)
Gestor - Diretoria de Planejamento da Demanda de Bens e Serviços - Medicamentos Judiciais	1 (2,8)
Gestor Médico	1 (2,8)
Gestora - Hospital Público	2 (5,6)
HEOR	3 (8,3)
Núcleo Inteligência em Saúde	1 (2,8)
Pediatra	1 (2,8)



Psiquiatra	2 (5,6)
Reumatologista	4 (11,2)
Vice-Diretor clínico	1 (2,8)
Não informado	4 (11,2)

Domínio “organizacional” segundo diferentes stakeholders



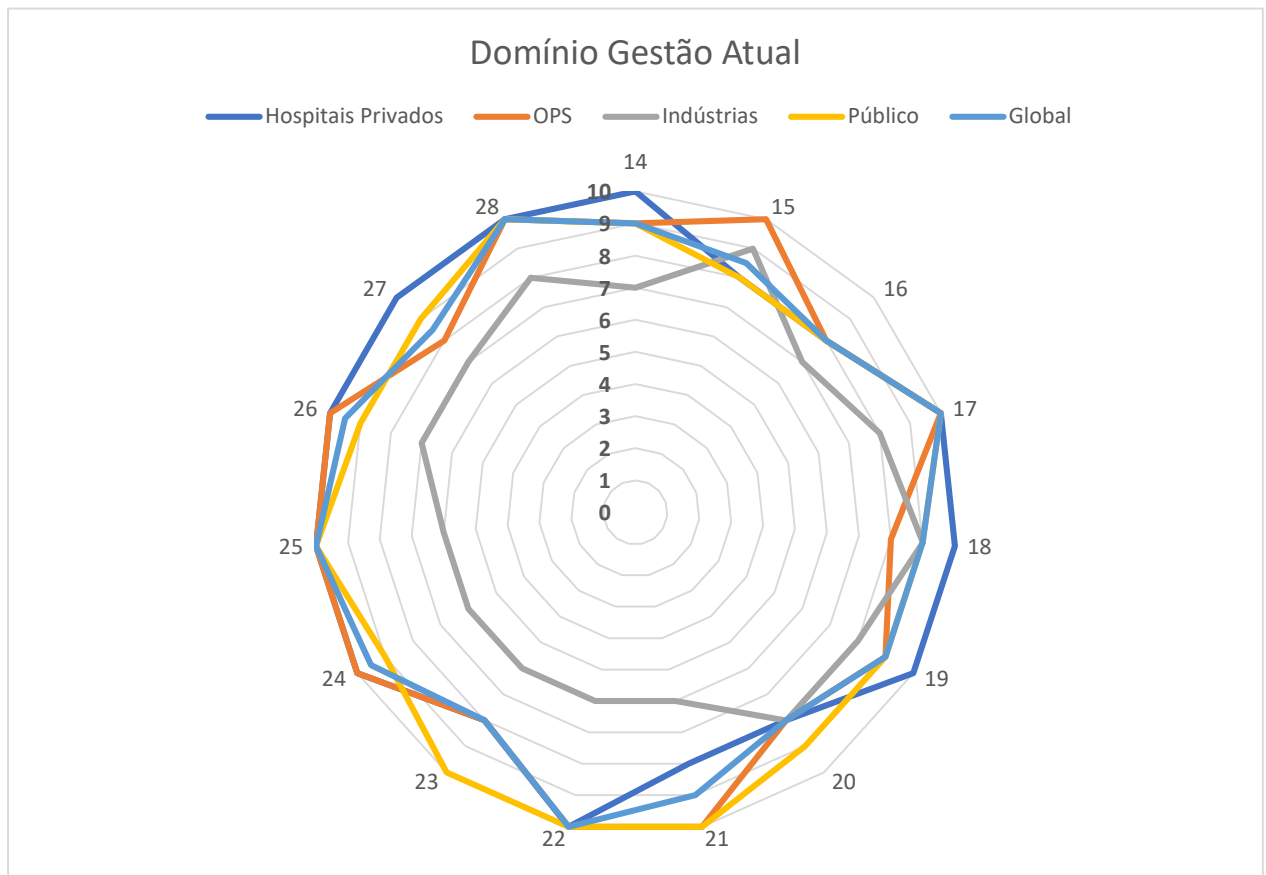
OPS: operadoras de planos de saúde; 1. O acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a ele constitui elemento explícito nas estratégias da empresa; 2. O processo de desenvolvimento é realizado com a integração das necessidades de protocolos clínicos e custos associados ao planejamento estratégico; 3. A empresa tem claramente definido em quais protocolos clínicos e tecnologias associadas devem investir; 4. A empresa tem claramente definido quais protocolos clínicos e tecnologias são promissoras do ponto de vista das linhas de cuidados existente ou para produtos novos ou afins; 5. A empresa tem claramente definido quais tecnologias oferecem oportunidade para um melhor desempenho de desfechos clínicos; 6. A empresa busca ser competitiva na introdução de novos produtos no mercado; 7. A empresa possui um plano de investimento que contempla atualização de protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde; 8. A empresa busca constantemente informações especializadas sobre alternativas em tecnologias da saúde; 9. A empresa possui experiência em contratação e negociação de tecnologia de saúde; 10. A empresa define indicadores para acompanhamento das metas em relação



às diferentes linhas de cuidado para os pacientes; 11. A empresa desenvolve um ambiente organizacional que propicia a tomada de decisão; 12. O processo decisório na empresa pode ser caracterizado como ágil e pouco burocrático; 13. Modelos aplicados à novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e OPS são de interesse da empresa.

As respostas revelaram que hospitais privados e OPS possuem opiniões semelhantes em relação a todas as perguntas realizadas a esses atores. Já o setor público e a indústria farmacêutica possuíam opiniões divergentes em relação à mediana. Foi notório que a maioria dos profissionais da indústria farmacêutica atribuiu maior pontuação aos itens 3 (necessidade de se investir em protocolos de cuidado ao paciente), 7 (se a empresa em que trabalha possui um plano de investimento em atualização sobre protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde) e 12 (a empresa possui pouca burocracia interna nos processos decisórios). Por outro lado, no setor público, as perguntas 6, 10, 12 e 13 possuem menor pontuação que a mediana, sendo que na ótica desses profissionais, (6) o setor público é pouco competitivo para lidar com a introdução de novos produtos no mercado, (10) há reduzida definição sobre indicadores para acompanhar linhas de cuidados, (12) a empresa possui pouca burocracia interna nos processos decisórios, e (13) não é de interesse novos modelos de remuneração por performance (Figura 1, Tabela S1 disponível no apêndice).

Domínio “gestão atual” segundo diferentes stakeholders.

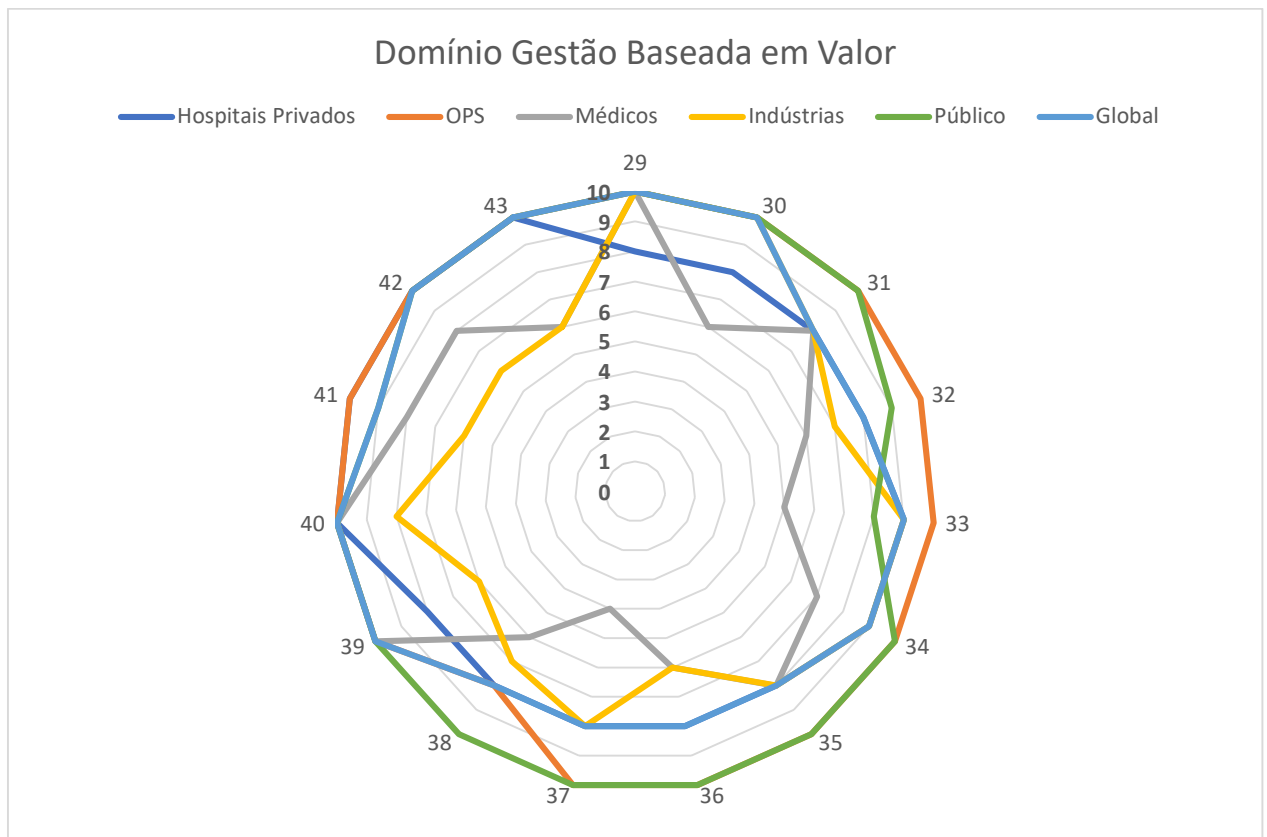




OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*). Considera importantes para o processo de gestão da empresa: 14. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes; 15. os dados de custo-efetividade; 16. o QALY; 17. o impacto financeiro de novas incorporações; 18. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos; 19. a aderência a protocolos clínicos; 20. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente; 21. o custo total dos protocolos clínicos; 22. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico; 23. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos; 24. a satisfação do paciente; 25. a melhoria qualidade da atenção médica; 26. o cumprimento de metas clínicas; 27. o acompanhamento clínico de efeitos adversos; 28. o acompanhamento econômico de efeitos adversos.

Relativo ao domínio de gestão atual, foi possível observar que as indústrias farmacêuticas discordaram da mediana, especificamente em relação às perguntas 21, 23 e 24, respectivamente sobre, 21 - os atuais reembolsos para os protocolos clínicos existentes, 23 - os comparadores e desfechos clínicos e econômicos utilizados nos protocolos clínicos ou estudos de incorporação de tecnologias, 24 - que os pacientes estão satisfeitos com os atuais produtos e serviços disponíveis no sistema. Os demais atores tiveram opiniões semelhantes sobre esse domínio, aproximando-se da mediana (Figura 2, Tabela S2 disponível no apêndice).

Domínio “saúde baseada em valor” segundo diferentes *stakeholders*.



OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*); Considera importante para a implantação do modelo de pagamento por performance: 29. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes; 30. os dados de custo-efetividade; 31. o QALY; 32. o impacto financeiro de novas incorporações; 33. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos; 34. a aderência a protocolos clínicos; 35. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do



paciente; 36. o custo total dos protocolos clínicos; 37. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico; 38. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos; 39. a satisfação do paciente; 40. a melhoria qualidade da atenção médica; 41. o cumprimento de metas clínicas; 42. o acompanhamento clínico de efeitos adversos; 43. o acompanhamento econômico de efeitos adversos.

Quanto ao domínio da saúde baseada em valor, é notória uma maior heterogeneidade dos dados. É possível observar que os pagadores (gestores públicos e privados) estão mais alinhados com a opinião. Os médicos, hospitais privados e indústrias, por outro lado, possuem opiniões divergentes da mediana, especialmente em relação aos itens: 30 (custo-efetividade), 32 (impacto financeiro), 33 (sobreutilização de exames), 34 (adesão a protocolos clínicos), 36 (custo dos protocolos de cuidado), 37 (atuais comparadores clínicos utilizados na avaliação de tecnologias em saúde), 42 (acompanhamento clínico de efeitos adversos dos tratamentos) e 43 (acompanhamento econômico dos eventos adversos). (Figura 3, Tabela S3 disponível no apêndice).

5 DISCUSSÃO

5.1 Estrutura Organizacional

Após a avaliação da perspectiva de diferentes *stakeholders* quanto aos domínios de estrutura organizacional, gestão atual e gestão baseada em valor, observou-se que o grau de importância dado a diferentes itens varia de acordo com o ponto de vista do entrevistado, tais como qualidade assistencial (efetividade clínica) *versus* custos. Por exemplo, no quesito relacionado com as definições sobre em quais protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) deve-se investir, todos os pagadores entrevistados (OPS, hospitais privados e sistema público) atribuíram um valor entre 6 e 7, diferentemente da indústria, que atribuiu o valor máximo (10), o que demonstra um descompasso da expectativa do demandante frente a uma tecnologia ou PCDT *versus* a do pagador.

Segundo Santos (1992) os principais aspectos da diferenciação entre empresas são estabelecidos pelo modelo de gestão e, em consequência, relacionam-se diretamente com a cultura organizacional e impactam o seu desempenho. Empresas voltadas à iniciativa privada, na qual há uma competitividade implícita no processo de geração de negócios, tendem a ser mais estratégicas, com melhores planos de investimento, além de propiciarem alternativas mais arrojadas quanto a sua forma de gestão. Os nossos achados corroboram estas informações: indústrias, OPS e hospitais privados têm mais claramente definido em quais protocolos clínicos



e tecnologias associadas devem investir, buscam ser competitivos na introdução de novos produtos no mercado e o custo do acompanhamento de protocolos clínicos constitui elemento explícito nas estratégias da empresa.

Como descrito por Crozatti (1998) todas as atividades em uma empresa, independentemente de sua natureza ou propósito, consomem recursos e geram produtos e serviços. A cultura organizacional, composta de crenças e valores, impacta os níveis de eficiência e eficácia das atividades executadas ao determinar o grau de importância das variáveis inerentes às atividades. Os nossos dados mostram que itens como o acompanhamento do desfecho clínico do paciente, a sobrevida ajustada pela qualidade, a aderência aos protocolos clínicos, os comparadores clínicos entre diferentes tecnologias e diferentes protocolos, a satisfação do paciente e o cumprimento das metas clínicas apresentam maior relevância para os hospitais privados, OPS e sistema público do que para as indústrias.

5.2 Gestão Atual

As organizações de um modo geral, e as organizações de saúde de um modo particular, necessitam fazer face às exigências de uma sociedade em constante mudança, o que implica adaptações quase que permanentes para manter a competitividade. Por exemplo, as profundas reformas nos sistemas de saúde de diferentes países europeus são, majoritariamente, conduzidas em função da pressão pelo controle das despesas dos serviços de saúde, face ao rápido aumento dos custos, e pela necessidade de uma maior responsabilização perante os utilizadores (CRUZ, 2012). Todos os *stakeholders* envolvidos atribuíram uma mediana elevada a tópicos envolvendo custos, tais como dados de custo-efetividade ($\geq 8,0$), impacto financeiro de novas incorporações ($\geq 8,0$) e dados de sobreutilização de recursos ($\geq 8,0$). Dados sobre o custo total dos protocolos clínicos e sobre os comparadores econômicos e financeiros entre tecnologias e entre protocolos tiveram menor relevância para os atores da indústria (mediana 6,0).

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração; e que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI, 2014). Os novos modelos de gestão reclamam organizações criativas, inovadoras, dinâmicas, com agilidade no processo de decisão. Contudo, o tipo de cultura organizacional que se apresenta como predominante nas instituições de saúde não parece ser aquele que melhor se adequa à filosofia preconizada por estes novos modelos de gestão.



Necessidade de alinhamento dos objetivos, com a sensibilização dos diferentes atores do sistema, faz-se necessária para implementação de novos modelos de pagamento.

5.3 Gestão da Saúde Baseada em Valor

Quando se trata saúde baseada em valor, enfatiza-se a necessidade dos pagadores de dados associados ao controle financeiros das instituições – dados de impacto financeiro, de sobreutilização de recursos e do acompanhamento econômico de efeitos adversos. Além disso, esses mesmos atores ainda demonstram interesse em questões clínicas, tais como o cumprimento de metas clínicas, o acompanhamento clínico de efeitos adversos, a melhoria qualidade da atenção médica e a satisfação do paciente. Médicos, OPS e hospitais privados destacam a satisfação do paciente e a melhoria da qualidade da atenção médica. As indústrias ressaltam o acompanhamento dos desfechos clínicos e os dados de custo-efetividade como indicadores importantes no processo de saúde baseada em valor.

O sistema de saúde no Brasil enfrenta um desafio recorrente: como melhorar a saúde da população mantendo os custos sob controle e agregando qualidade na entrega do serviço prestado. Com isso, gerar valor no serviço assistencial ganha cada vez mais relevância em um cenário onde a demanda cresce e a tecnologia avança, ameaçando a sustentabilidade financeira do sistema. Ademais, embora o conceito original de “valor em saúde” proposto por Porter e Teisberg (2006) seja “os resultados obtidos diante do custo para alcançá-los”, na saúde, “valor” é um conceito com diferentes conotações, o que dificulta sua compreensão e adequada utilização. Além disso, o valor na saúde é relativamente pouco mensurado (PEDROSO, 2012)

A quantidade de atores na cadeia de saúde dificulta o alinhamento em torno de uma definição de valor que represente o equilíbrio entre aqueles envolvidos na entrega do serviço e que inclua a visão do paciente. Dessa forma, o alinhamento do conceito do valor para os diferentes *stakeholders* torna-se essencial para a aplicação de modelos de saúde baseada em valor. O processo de implementação de Modelos de Pagamento Baseados em Valor pode ser um catalisador na construção de uma visão conjunta e conseqüentemente maior alinhamento e confiança entre os agentes.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a identificar as percepções de médicos, gestores e representantes da indústria farmacêutica acerca dos conceitos relacionados a VBHC. Nesse



sentido, enfatizamos o conceito que valor em saúde, envolve indicadores vinculados aos desfechos clínicos e seus custos assistenciais.

Percebemos importantes divergências entre os *stakeholders* do sistema. Embora seja consenso que indicadores vinculados à qualidade e desfechos sejam importantes para a implantação de modelos de gestão de saúde baseada em valor, quando mencionado indicadores vinculados aos custos percebe-se diferenças importantes. Tal dado é preocupante, uma vez que valor em saúde não objetiva a redução de custos *per si*, tampouco o uso indiscriminado de tecnologias em saúde.

A saúde baseada em valor vem sendo discutida como uma solução para oferecer melhores serviços de saúde aos pacientes e, ao mesmo tempo, gerar previsibilidade sobre os gastos envolvidos. Alcançar uma redefinição de valor que represente todos os atores da cadeia e aplicá-la é altamente complexo, mas ao mesmo tempo necessário para contribuir diretamente para a sustentabilidade na saúde. Incluir e engajar todos os atores do sistema de saúde para promover uma visão conjunta de valor e eficiência é um fator condicionante ao sucesso da implantação de modelos de saúde baseada em valor.

Como sugestão para pesquisas futuras, pode-se pensar em estudar *cases* de implantação de VBHC, e como dados de qualidade e desfechos estão relacionando-se com dados de custos, bem como compreender como as divergências encontradas nesse estudo estão sendo resolvidas sob uma perspectiva prática.

Referências

ANAHP. *Observatório 2018*. Disponível em: <https://bit.ly/2Jg08vJ>. Acesso em: 13 maio 2019.

ANS. TabNet Linux 2.7: Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais Disponível em: <https://bit.ly/34Cdcnj>. Acesso em :18 dez. 2017.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, n.18, p.01-20, 1998.

CRUZ, Sofia Gaspar; FERREIRA, Maria Manuela Frederico. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v.serIII, n.6, p.103-112, mar. 2012.

DUARTE, André Luis de Castro Moura *et al.* Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.2753-2762, ago. 2017.

FIGUEIREDO, J.O.; PRADO, N.M.B.L.; MEDINA, M.G.; PAIM, J.S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, v.42, n.37-47, 2018.



- GARANVADALA, U. S. An Integrative Approach to Strategic Management in Health Services. *CLEAR International Journal of Research in Commerce & Management*, v.11, n.3, p.19–22, 2020.
- FLOWERS, J. *How to Get What We Pay For: A Handbook for Healthcare Revolutionaries: Doctors, Nurses, Healthcare Leaders, Inventors, Investors, Employers, Insurers, Governments, Consumers, You*. Califórnia: The Change Project, 2015.
- KATZ, M.; FRANKEN, M.; MAKDISSE, M. Value-Based Health Care in Latin America: An Urgent Discussion. *Journal of the American College of Cardiology*, v.70, p.904-06, 2017.
- LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.23, p.417-25, 2014.
- LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.23, n.2, p. 417-425, jun. 2014.
- PEDROSO, M.C.; MALIK, A.M. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, p.2757-72, 2012.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- PORTER, M.E.; KAPLAN, R.S. How to Pay for Health Care. *Harvard business review*, v.94, p.88-98, 2016.
- SANTOS, N.M.B.F. *Impacto da cultura organizacional no desempenho das empresas, conforme mensurado por indicadores contábeis - um estudo interdisciplinar*. 1992. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, USP, 1992.
- VERGARA, S.C. A utilização da construção de desenhos como técnica de coleta de dados. In: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D.M. (eds.). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.



Apêndice

Tabela S1 – Mediana do domínio “estrutura organizacional” obtidas dos diferentes *stakeholders*.

Itens	Hospitais Privados	OPS	Médicos	Indústrias	Público	Mediana	Moda
1. O acompanhamento de protocolos clínicos e custos associados a ele constitui elemento explícito nas estratégias da empresa.	8,0	8,0	NA	9,0	6,0	8,0	8,0
2. O processo de desenvolvimento é realizado com a integração das necessidades de protocolos clínicos e custos associados ao planejamento estratégico	6,0	7,0	NA	8,0	6,0	6,5	7,0
3. A empresa tem claramente definido em quais protocolos clínicos e tecnologias associadas devem investir	6,0	6,0	NA	10,0	7,0	6,5	6,0
4. A empresa tem claramente definido quais protocolos clínicos e tecnologias são promissoras do ponto de vista das linhas de cuidados existente ou para produtos novos ou afins	6,0	6,0	NA	7,0	6,0	6,0	6,0



5. A empresa tem claramente definido quais tecnologias oferecem oportunidade para um melhor desempenho de desfechos clínicos	6,0	6,0	NA	8,0	6,0	6,0	6,0
6. A empresa busca ser competitiva na introdução de novos produtos no mercado.	8,0	9,0	NA	7,0	2,0	7,5	7,0
7. A empresa possui um plano de investimento que contempla atualização de protocolos clínicos e novas tecnologias em saúde	6,0	6,0	NA	9,0	5,0	6,0	6,0
8. A empresa busca constantemente informações especializadas sobre alternativas em tecnologias da saúde	8,0	8,0	NA	6,0	6,0	7,0	8,0
9. A empresa possui experiência em contratação e negociação de tecnologia de saúde	6,0	5,0	NA	8,0	4,0	5,5	6,0
10. A empresa define indicadores para acompanhamento das metas em relação às diferentes linhas de cuidado para os pacientes	6,0	7,0	NA	6,0	2,0	6,0	6,0



11. A empresa desenvolve um ambiente organizacional que propicia a tomada de decisão	8,0	8,0	NA	2,0	6,0	7,0	8,0
12. O processo decisório na empresa pode ser caracterizado como ágil e pouco burocrático.	6,0	6,0	NA	10,0	1,0	6,0	6,0
13. Modelos aplicados à novas práticas de remuneração por performance entre prestadores e OPS são de interesse da empresa	8,0	8,0	NA	10,0	0,0	8,0	8,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde



Tabela S2 – Mediana do domínio “gestão atual” obtidas dos diferentes *stakeholders*.

Itens	Hospitais Privados	OPS	Médicos	Indústrias	Público	Mediana	Moda
Considera importantes para o processo de gestão da empresa:							
14. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes	10,0	9,0	NA	7,0	9,0	9,0	9,0
15. os dados de custo-efetividade	8,0	10,0	NA	9,0	8,0	8,5	8,0
16. o QALY	8,0	8,0	NA	7,0	8,0	8,0	8,0
17. o impacto financeiro de novas incorporações	10,0	10,0	NA	8,0	10,0	10,0	10,0
18. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos	10,0	8,0	NA	9,0	9,0	9,0	9,0
19. a aderência a protocolos clínicos	10,0	9,0	NA	8,0	9,0	9,0	9,0
20. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente	8,0	8,0	NA	8,0	9,0	8,0	8,0
21. o custo total dos protocolos clínicos	8,0	10,0	NA	6,0	10,0	9,0	8,0
22. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico	10,0	10,0	NA	6,0	10,0	10,0	10,0



23. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos	8,0	8,0	NA	6,0	10,0	8,0	8,0
24. a satisfação do paciente	10,0	10,0	NA	6,0	9,0	9,5	10,0
25. a melhoria qualidade da atenção médica	10,0	10,0	NA	6,0	10,0	10,0	10,0
26. o cumprimento de metas clínicas	10,0	10,0	NA	7,0	9,0	9,5	10,0
27. o acompanhamento clínico de efeitos adversos	10,0	8,0	NA	7,0	9,0	8,5	8,5
28. o acompanhamento econômico de efeitos adversos	10,0	10,0	NA	8,0	10,0	10,0	10,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*)



Tabela S3 – Mediana do domínio “saúde baseada em valor” obtidas dos diferentes stakeholders.

Itens	Hospitais Privados	OPS	Médicos	Indústrias	Público	Mediana	Moda
Considera importante para a implantação do modelo de pagamento por performance:							
29. o acompanhamento de desfechos clínicos dos pacientes	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
30. os dados de custo-efetividade	8,0	10,0	6,0	10,0	9,0	10,0	10,0
31. o QALY	8,0	10,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
32. o impacto financeiro de novas incorporações	9,0	10,0	6,0	7,0	10,0	8,0	10,0
33. os dados de sobreutilização de exames, medicamentos e outros recursos	9,0	10,0	5,0	9,0	10,0	9,0	9,0
34. a aderência a protocolos clínicos	8,0	10,0	7,0	9,0	10,0	9,0	9,0
35. o acompanhamento clínico com o objetivo de fomentar a prevenção de piora do quadro do paciente	8,0	10,0	8,0	8,0	10,0	8,0	8,0
36. o custo total dos protocolos clínicos	8,0	10,0	6,0	6,0	10,0	8,0	8,0
37. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros entre as tecnologias de mesmo protocolo clínico	8,0	10,0	4,0	8,0	10,0	8,0	8,0



38. os comparadores clínicos, econômicos e financeiros com protocolos alternativos	8,0	8,0	6,0	7,0	10,0	8,0	8,0
39. a satisfação do paciente	10,0	10,0	10,0	6,0	9,0	10,0	10,0
40. a melhoria qualidade da atenção médica	10,0	10,0	10,0	8,0	10,0	10,0	10,0
41. o cumprimento de metas clínicas	10,0	10,0	8,0	6,0	10,0	9,0	10,0
42. o acompanhamento clínico de efeitos adversos	10,0	10,0	8,0	6,0	10,0	10,0	10,0
43. o acompanhamento econômico de efeitos adversos	10,0	10,0	6,0	6,0	10,0	10,0	10,0

NA: não se aplica; OPS: operadoras de planos de saúde; QALY: custo-utilidade (do inglês *quality-adjusted life years*)