

Oportunidades e desafios da saúde baseada em valor: como o Brasil pode aprender com a experiência dos Estados Unidos

Opportunities and challenges of value-based healthcare: how Brazil can learn from the United States' experience

César Luiz Abicalaffe¹, Jeremy Schafer²

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):96-100

Palavras-chave:

saúde baseada em valor, valor em saúde, sistemas de pagamento

Keywords

value health based, value in health, payment systems

RESUMO

O movimento em direção à saúde baseada em valor é uma evolução que ocorre em muitas nações do mundo. O crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida e o custo crescente com uma saúde de alta tecnologia exigem que os pagadores públicos e privados de todo o mundo criem novas maneiras de garantir que os gastos com saúde sejam feitos nas intervenções de maior impacto. Nesse ponto de vista, apresentamos o caso da transformação da saúde baseada em valor, que está atualmente em sua infância no Brasil. O Brasil possui pagadores públicos e privados e ainda paga os serviços na maioria das vezes no modelo de pagamento por procedimento. Comparamos isso com a experiência recente nos Estados Unidos, onde a saúde baseada em valor está, de maneira lenta, mas segura, se tornando a norma. O Sistema de Saúde Brasileiro tem muitas oportunidades de aprender com a mudança ocorrida nos EUA para um modelo de saúde baseado em valor – incluindo o desenvolvimento de medidas de qualidade, a transição para pagamento baseado em valor e a melhoria dos dados para avaliar o desempenho nos sistemas de saúde brasileiros. As indústrias de produtos farmacêuticos no Brasil também podem desempenhar um papel, com acordos baseados em valor e parcerias com pagadores. Cada nação seguirá seu próprio caminho para uma saúde baseada em valor, mas a oportunidade de aprender um com o outro possibilita melhores chances de sucesso.

ABSTRACT

The movement toward value-based care is an evolution occurring in many nations of the world. The increasing population, longer life expectancy, and rising cost for high-tech care necessitates that government and private payers around the world devise new ways to ensure that healthcare dollars are spent on the most impactful interventions. In this viewpoint, we present the case of the value-based care transformation that is currently in its infancy in Brazil. Brazil has a mix of private and public payers but still largely reimburses based on a fee-for-service model. We contrast that with recent experience in the United States, where value-based care is slowly but surely becoming the norm. The Brazilian system has many opportunities to learn from the US shift to value-based care – including the development of quality measures, transition to value-based payment, and leveraging data to rank performance across Brazilian health systems. Pharmaceutical manufacturers in Brazil can play a role as well, with value-based agreements and partnerships with payers. Each nation will travel on its own path to value-based healthcare, but the opportunity to learn from each other presents one of the best chances for success.

Recebido em: 02/02/2020. Aprovado para publicação em: 12/07/2021.

1. MD e MSc em Economia da Saúde. Presidente do IBRAVS (Instituto Brasileiro de Valor em Saúde) e Diretor executivo da 2iM S/A.
2. PharmD, MBA. Anteriormente Vice-Presidente Sênior da Precision Value and Health.

Financiamento e divulgação: César Abicalaffe recebeu financiamento da Janssen América Latina para a preparação do manuscrito. Jeremy Schafer não tem conflitos de interesse.

Autor correspondente: César Luiz Abicalaffe. Rua Duque de Caxias, 638, Curitiba, PR, Brasil. CEP: 80530-040. Telefone: +55 (41) 99926-0806. Email: cesar.abicalaffe@ibravs.org

Situação atual de reembolso e valor no Sistema de Saúde Brasileiro

O setor privado no Brasil abrange atualmente 22,5% da população brasileira, mas esse setor é responsável por 57% de todos os gastos com saúde no Brasil, incluindo despesas reembolsáveis. A assistência médica privada é acessada por meio de empregadores ou como seguro complementar adquirido por indivíduos. Os planos de saúde privados são regulamentados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e são classificados em diversos tipos, que compreendem diferentes formas de operação, como HMOs (Organizações de Manutenção de Saúde nos EUA), seguradoras de saúde, empresas de autossseguro, filantropias e cooperativas médicas. Em novembro de 2018, segundo dados da ANS e ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados), o Brasil contava com 746 planos de saúde com um total de 47,38 milhões de beneficiários (ANS, n.d.; ANAHP, 2019). O modelo de reembolso predominante no setor privado de saúde no Brasil ainda é o pagamento por serviço. No entanto, essa dinâmica está crescendo para outros modelos de pagamento, como capitação e pagamento de orçamento global ajustado, um reembolso fixo por um período de tempo em uma população de pacientes específica.

A Assistência à Saúde baseada em Valores (VBHC, em inglês) é um tópico atual discutido na maioria dos setores da saúde. Infelizmente, a maior parte da discussão permanece em campos teóricos no Brasil, com ações mínimas realizadas até o momento. O movimento para VBHC está começando. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) está implementando os padrões do ICHOM (Consórcio Internacional para Medições de Resultados de Saúde) para Insuficiência Cardíaca, Derrame e Osteoartrite de Quadril e Joelho. Alguns hospitais da ANAHP já instalaram um departamento VBHC para executar este projeto. Este é um bom começo, mas a maioria deles não está medindo custos, apenas resultados. A agência reguladora de planos privados de saúde (ANS) começou a discutir modelos de pagamento baseados em valores em 2019 (ANS, 2019). O setor público está começando a discutir a VBHC, embora ainda não haja uma implementação prática.

Em 2019, uma organização sem fins lucrativos foi criada para discutir a VBHC no Brasil. É denominada IBRAVS (Instituto Brasileiro de Valor em Saúde). Sua missão é consolidar, validar e padronizar as informações dos resultados de pacientes, a fim de melhorar a prestação de cuidados com base no valor. O IBRAVS fará convocatória de propostas de projetos de VBHC a serem apresentadas por hospitais, planos de saúde, fabricantes de produtos farmacêuticos e dispositivos, entre outros participantes da área da saúde. A publicação dos projetos selecionados será apresentada em um Segundo Congresso Latino-Americano sobre VBHC no início de 2021. Além de apresentar projetos de VBHC, o IBRAVS terá webinars mensais com profissionais de saúde proeminentes em

seu Conselho Consultivo para alinhar e divulgar os conceitos e ideias de VBHC para promulgação no Brasil.

Um dos maiores desafios para a implementação da VBHC no Brasil é capturar dados para medir valor. Devido ao sistema fragmentado, bem como aos sistemas de informação de saúde disponíveis no Brasil, cujo foco principal está no processo de faturamento e controle de estoque, o desafio de ter dados é ainda pior do que ter os dados certos para medir o valor.

Existem outros desafios, os mais impactantes, além de acessar os dados: mudanças na mentalidade de provedores e pagadores de décadas de foco em um modelo orientado a oferta para um sistema mais centrado no paciente; transparência – existem fortes regulamentações e restrições políticas sobre o que pode ser divulgado para os pacientes, comprometendo sua capacidade de escolha e aumentando a assimetria de informação; alinhar os interesses das partes interessadas pela cultura do relacionamento de soma zero que paira no setor; entre outros.

Como o Brasil pode construir esses sistemas de medição e iniciar a transição para o atendimento baseado em valor pode depender da aprendizagem com os exemplos dessas nações que têm sua transição em andamento.

A evolução norte-americana ao atendimento baseado em valor

O cenário de saúde em evolução dos EUA pode fornecer lições para o Brasil, à medida que o sistema brasileiro começa uma transformação de pagamento baseado em volume para aquele baseado em valor. Após a Segunda Guerra Mundial, os planos de saúde patrocinados por empregadores proliferaram nos Estados Unidos, transferindo os gastos com saúde dos consumidores para os empregadores. A introdução do Medicare e do Medicaid na década de 1960 expandiu ainda mais a cobertura e tornou o governo dos EUA uma parte interessada significativa nos gastos com saúde (CMS, n.d.). No entanto, à medida que os custos começaram a crescer, os compradores norte-americanos perguntavam cada vez mais o que estavam recebendo pelo seu dinheiro. Nas décadas que se seguiram, sucessivas leis, incluindo o *Employee Retirement Income Security Act* [Lei de Proteção da Renda de Aposentadoria dos Assalariados Americanos] e o *Affordable Care Act* [Assistência acessível] começaram a introduzir o conceito de qualidade e pagamento com base nos resultados dos cuidados com a saúde nos EUA (KFF.org, n.d.; NCSL, 2011).

Um componente central da transformação dos Estados Unidos tem sido a capacidade de medir os elementos do atendimento. O mercado norte-americano de saúde, ainda hoje, é notoriamente fragmentado com uma miríade de pagadores privados, sistemas de saúde e outros interessados. No topo dessa estrutura confusa estão os pagadores do governo e diversas metodologias de reembolso. No entanto, a variedade de partes interessadas da saúde nos EUA está sendo

agora avaliada quanto ao desempenho por um conjunto igualmente variado de métricas de desempenho. Os planos de saúde possuem o Conjunto de Dados e Informações de Eficácia em Saúde (HEDIS); os planos do Medicare têm o Sistema de Classificação de Qualidade Cinco Estrelas; os sistemas de saúde têm programas de medição, como o Programa de Redução de Readmissão em Hospitais; e os provedores individuais têm o Medicare Access e CHIP Reauthorization Act (MACRA) [Lei de Reautorização de Acesso a Medicare e CHIP] (Meola, 2019). Muitos desses sistemas de medição começaram voluntariamente ou com relatórios obrigatórios, mas sem efeito no reembolso. Conforme as partes interessadas se acostumam a relatar dados, pagadores como os Centros de Serviços Medicare e Medicaid introduziram o reembolso de pagamento por desempenho. Ao introduzir gradualmente a medição e a geração de relatórios, os pagadores norte-americanos gradualmente trouxeram as partes interessadas da saúde a bordo, tornando mais fácil vincular o desempenho ao reembolso nos anos posteriores.

A transição dos EUA para o valor continua em ritmo acelerado, com pagadores públicos e privados apresentando modelos de reembolso mais baseados em valor. Além disso, a evolução de modelos de pagamento está crescendo e começando a abordar algumas das questões de custo mais complexas do sistema norte-americano, incluindo o Modelo de Atendimento Oncológico para terapia do câncer. Os fabricantes de produtos farmacêuticos também se juntaram e desenvolveram contratos baseados em valor com pagadores privados em diversas áreas de doenças, como colesterol alto, artrite reumatoide, oncologia e diabetes. O exemplo dos Estados Unidos demonstra que a transição que o Brasil enfrenta pode ser alcançada, mas requer o compromisso de todas as partes interessadas e pode ser um processo gradual.

Oportunidades para o Brasil com base na experiência norte-americana

Um dos aspectos que o Brasil pode aprender com a experiência dos Estados Unidos é a estratégia de iniciar a divulgação das medidas de forma voluntária ou com algum bônus. O aspecto benéfico é que inevitavelmente a separação entre entidades que estão indo bem e aquelas que estão indo mal começará a aparecer. Quando isso acontecer, haverá oportunidades de trazer esses dados de volta para as partes interessadas, governo e pagadores privados e dizer: "Estamos coletando essas informações; por que você está pagando ao hospital A o mesmo que paga ao hospital B, quando os resultados do hospital A são muito piores do que no hospital B?" Isso vai começar a incutir uma mentalidade de pagar pela qualidade, ao mesmo tempo que estimula a natureza competitiva dos hospitais e fornecedores para proporcionar melhores assistências médicas.

A medida certa é aquela que é confiável e consistente, mas viável ou fácil de medir. Quando falamos sobre a seleção de critérios adequados para a transição do Brasil para VBHC, menos pode ser mais. Significa escolher o mínimo possível de métricas para obter resultados acionáveis e relevantes. O Brasil deve solicitar *feedback* de uma ampla gama de partes interessadas, incluindo pagadores, provedores e hospitais para obter não apenas um conjunto de padrões relevantes, mas também um que possa ser medido e relatado com precisão.

No entanto, depois de escolher os padrões corretos, é importante compô-los. Quando falamos sobre qualidade ou medição de desempenho, é importante compreender que apenas uma medição por si só não transmite o entendimento correto de quão boa ou ruim ela é. No entanto, ao compor as métricas corretas, você pode ter uma visão mais ampla do desempenho, qualidade ou, melhor, de valor. O desafio também é como compor essas medidas da maneira certa. A escolha de uma opção confiável, consistente, relevante e viável é um aspecto. Outro aspecto é pesá-las, pois uma medida pode ser mais importante que outras. O Brasil pode analisar quais questões de saúde são mais urgentes para os gastos com saúde do país e focar as medidas iniciais em torno dessas áreas.

Existem algumas iniciativas de medição de valor em andamento no Brasil. Um delas se chama EVS (Escore de Valor em Saúde) que cria medidas de qualidade considerando processos, resultados e experiência do paciente e relaciona essas medidas compostas com custos. Este EVS rende um escore único de 0 a 5. Essa abordagem foi usada para avaliar programas de pagamento com base em valor, bem como o desempenho do fornecedor. Relatar os dados e mudanças ao longo do tempo para o EVS pode ser útil para trazer mais partes interessadas brasileiras a bordo para adotar o VBHC (2iM Inteligência Médica, n.d.).

Outra lição aprendida com os EUA é que você deve ter uma parte interessada influente (grande pagador, governo etc.) para apoiar o VBHC e publicar histórias de sucesso. Por que o Ministério da Saúde do Brasil e a ANS não unem esforços para estabelecer as medidas de qualidade e valor e sugerir incentivos para prescritores e hospitais para a adoção de estratégias de VBHC? As associações médicas e de especialidades também podem ajudar a desenvolver algumas medidas que são importantes para uma condição clínica específica. Por exemplo, a associação médica ortopedista pode validar as medidas utilizadas para avaliar os processos e resultados de uma artroplastia de quadril.

Os autores também sugerem o envolvimento de terceiros para ajudar a medir o valor e a qualidade. Sabe-se que o Ministério da Saúde está trabalhando com o Banco Mundial no apoio ao Brasil no programa de Atenção Primária. Por que não convidar a ANS para participar da discussão e estabelecer

algumas métricas não só para o público, mas também para o setor privado? Essa padronização será muito boa para todo o mercado. Um terceiro, escolhido pelas partes interessadas, também pode reduzir qualquer desconfiância entre as diferentes partes interessadas do sistema de saúde no Brasil.

Outro aspecto importante é que, hoje no Brasil, os pagadores não possuem a quantidade de dados necessária para medir métricas básicas baseadas em valor. Um pôster recente apresentado na ANAHP mostrou que menos de 45% das altas dos principais hospitais geraram dados suficientes para medir o desempenho (Abicalaffe *et al.*, 2018). A conclusão do estudo recomendou alterar a quantidade de dados que é enviada do provedor aos pagadores, cabendo ao órgão regulador definir o que é mínimo. Os fornecedores de prontuários eletrônicos devem participar dessa discussão porque seus sistemas devem capturar o que é necessário para medir o valor, bem como ter sistemas que sejam compatíveis para enviar dados e/ou integrar com os pagadores e outros sistemas usados para coletar dados. A mudança no sistema de pagamento de taxa por serviço para qualquer modelo de pagamento baseado em valor causará uma alteração profunda no lado do fornecedor. Os fornecedores terão que assumir alguns riscos. Os pagadores não presumem que todos os fornecedores sejam eficientes e tenham melhor desempenho. Os fornecedores serão avaliados com base em dados objetivos, inseridos por fornecedores e sistemas de saúde e informados por resultados e tendências nos dados de saúde da população. O sistema dos EUA também está fazendo isso, com dados sobre o desempenho do hospital e do fornecedor se tornando cada vez mais visíveis aos pagadores e consumidores, pressionando os fornecedores a evoluir e fornecer um atendimento otimizado.

Finalmente, o envolvimento e o empoderamento do paciente no sistema de saúde com base em valores devem ser abordados. A transparência dos dados e das medidas baseadas em valores é fundamental para mudar o sistema, pois permite que os pacientes tomem suas próprias decisões. No Brasil, infelizmente, a divulgação dessas informações aos pacientes é um desafio. No entanto, simplesmente educar os pacientes sobre a evolução em direção aos cuidados de saúde baseados em valores e a ideia de que os cuidados de saúde no Brasil serão cada vez mais medidos pela qualidade dos resultados, e não pelo volume de pacientes, enviará uma forte mensagem de que o Brasil está evoluindo nos cuidados de saúde para melhoria do atendimento ao paciente. Isso aumentará o apoio ao paciente e ajudará a acelerar a mudança.

Papel dos fabricantes de produtos farmacêuticos na evolução do valor do Brasil

A participação de empresas farmacêuticas e fabricantes de dispositivos na VBHC pode ser desafiadora, mas vital. Muitos dos contratos baseados em desempenho e valor são entre

pagadores e fornecedores. Os fabricantes não são diretamente envolvidos. No entanto, os fabricantes são afetados quando os fornecedores e hospitais fazem perguntas aos fabricantes, tais como resultado esperado, relação custo-benefício, métricas de valor diferentes se o medicamento for alterado etc.

Essencialmente, o IBRAVS e seu conselho consultivo estão discutindo no Brasil um envolvimento mais profundo, além de acordos de descontos. Os fabricantes têm a oportunidade de participar de projetos de VBHC apoiando pagadores e fornecedores em termos de tecnologia, conhecimento e investimento para ajudar as partes interessadas a se envolverem no ciclo completo de atendimento ao paciente, coletando os conjuntos de dados corretos e divulgação dos resultados. A aquisição de dados do mundo real beneficia os fabricantes e pode incentivar a participação. O acesso à medida certa permite que os fabricantes participem de diferentes acordos de reembolso, como compartilhamento de risco ou contrato baseado em valor.

Os contratos de VBHC entre pagadores e fabricantes estão começando a surgir no Brasil. Em abril de 2019, foi assinada uma decisão para a inclusão do medicamento nusinersen no Sistema Único de Saúde (SUS). O Nusinersen, utilizado no tratamento da atrofia muscular espinhal, é o medicamento mais caro já incorporado pelo SUS (Caetano *et al.*, 2019).

Por outro lado, no setor privado existe um projeto em andamento com pacientes com câncer de mama. Neste projeto, o pagador, o fornecedor e os fabricantes se encontraram e discutiram como eles podem rastrear esses pacientes e segui-los em sua jornada dentro do sistema de saúde. Uma parte interessante deste projeto é que os fabricantes terceirizam toda a implementação das ferramentas analíticas a uma empresa terceirizada que é responsável por coletar os dados, produzir as medidas e divulgá-las às partes interessadas. Pela primeira vez no Brasil, o fabricante, o pagador e o fornecedor sentam juntos para discutir o que é melhor para o paciente e como podem medir isso.

A próxima etapa deste projeto é desenvolver um contrato de compartilhamento de risco entre pagadores e fabricantes e o fornecedor preferencial. Sabe-se que quem faz a mudança é quem paga a conta. Porém, estamos discutindo no Brasil que é possível estimular essa mudança apoiando o fornecedor por meio de tecnologia, *know-how* e ferramentas para entregar valor e, assim, ser pago também com base no valor.

Os pagadores privados nos Estados Unidos experimentaram modelos de formulário baseados em valor, onde o acesso ao medicamento é principalmente determinado pelo valor gerado para o sistema de saúde por meio de maiores compensações de custos e redução da utilização da assistência médica (Yeung *et al.*, 2017). Os fabricantes que trazem produtos para o Brasil devem estar preparados para discutir compensações de custos médicos e quaisquer reduções na

utilização de serviços de saúde que um produto pode proporcionar. Os pagadores e fornecedores no Brasil, por sua vez, podem motivar o uso de terapias de alto valor por meio de acesso mais fácil e maior prescrição.

Resumo

A nova década promete ser de mudanças para a saúde no Brasil. O sistema baseado, predominantemente, em taxas por serviço deve evoluir para que o Brasil continue a cuidar de sua população, tanto pública quanto privada. O exemplo dos Estados Unidos, particularmente a introdução de sistemas de medição e desempenho recompensador, pode ser uma forma de o Brasil conduzir sua evolução para VBHC. No entanto, isso exigirá o envolvimento de um amplo conjunto de partes interessadas brasileiras, incluindo hospitais, pagadores, fornecedores e agências governamentais. Apesar dos desafios, a evolução é possível e imperativa. A VBHC não apenas ajudará na prestação de cuidados com boa relação custo-benefício, mas também beneficiará o mais importante de todos os interessados na área da saúde: o paciente brasileiro.

Referências bibliográficas

- 2iM Inteligência Médica. Escore de Valor em Saúde – EVS (Health Value Score) [Internet]. n.d. Available from: <https://2im.com.br/escore-de-valor-em-saude/>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- Abicalaffe CL, Osimo A, Ielpo R. Avaliação de Desempenho da Rede Hospitalar: Por que é tão difícil? Poster at ANAHP Congress; 2018.
- ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados (National Association of Private Hospitals). Observatory 2019 [Internet]. 11th ed. Available from: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2019-anahp>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Supplementary Health Agency). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor (Guide for implementing value-based payment models) [Internet]. 2019. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf. Accessed on: Aug 6, 2020.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Supplementary Health Agency). Sector data and indicators [Internet]. n.d. Available from: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Accessed on: Aug 10, 2020.
- Caetano R, Hauengen RC, Osorio-de-Castro CG. A incorporação do nusinersena no Sistema Único de Saúde: uma reflexão crítica sobre a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(8).
- CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS' program history [Internet]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- KFF.org. ERISA plans [Internet]. n.d. Available from: <https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/3/2015/06/c11.pdf>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- Meola A. How and why the value-based payment model is trending in the healthcare industry [Internet]. *Business Insider*. June 27, 2019. Available from: <https://www.businessinsider.com/value-based-care-pay-for-performance-healthcaremodel>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- NCSL – National Conference of State Legislatures. The Affordable Care Act: a brief summary [Internet]. March 2011. Available from: <https://www.ncsl.org/research/health/the-affordable-care-act-brief-summary.aspx>. Accessed on: Aug 6, 2020.
- Yeung K, Basu A, Hansen R, Watkins J, Sullivan S. Impact of a value-based formulary on medication utilization, health services utilization, and expenditures. *Med Care*. 2017;55(2):191-8.