Saúde baseada em valor: será que isso vai dar certo?

Value-based healthcare: will it work?

Wilson Follador¹

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):108-12

Nesta edição especial do JBES, estamos discutindo o tema “eficiência nos sistemas de saúde”. Para começar um assunto, é sempre bom estabelecer algumas definições.

Eficiência pode ser definida como *o uso racional dos meios dos quais se dispõe para alcançar um objetivo previamente determinado*. Outra definição é: *a capacidade de alcançar objetivos e metas desejados com o menor dispêndio possível de recursos*. Onde é que a busca pela maior eficiência em saúde se associa com a Saúde Baseada em Valor (tradução livre do termo *Value-Based Healthcare – VBHC*)?

No meu entender, isso vai depender de duas definições básicas: 1. Quais são os objetivos que desejamos atingir em saúde; e 2. O que entendemos por Valor em Saúde?

Ahluwalia *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática de publicações em inglês, no período entre os anos de 1999 e 2016, visando identificar qual é o conceito que melhor define os objetivos de organizações de saúde de alto desempenho, chegando à conclusão de que nenhum deles permeava todas as organizações de maneira consistente. A definição de alto desempenho foi expressa em diferentes dimensões entre os artigos, com maior frequência para a dimensão qualidade (93% dos artigos), seguida por custo (67%), acesso (35%), equidade (26%), experiência do paciente (21%) e segurança do paciente (18%). A maioria dos artigos utilizou mais de uma dimensão para definir alto desempenho (75%), e as dimensões mais comumente pareadas foram qualidade e custo (63%) (Ahluwalia *et al.*, 2017).

Usar o termo “qualidade” como uma dimensão que estabelece os objetivos da eficiência exige um novo aprofundamento de caráter filosófico: o que se define por “qualidade em saúde”? A qualidade é, em uma definição ampla, a percepção que uma pessoa ou grupo tem a respeito da utilidade de um bem ou serviço recebido e dos *trade-offs*¹ necessários para obtê-los. E no âmbito dos sistemas de saúde, com muita frequência, os *trade-offs* resultam das escolhas feitas em nome desses indivíduos/grupos pelos tomadores de decisões das organizações de saúde. E, é óbvio dizer, sempre haverá uma parte das pessoas que concordará com a escolha, enquanto outra discordará. É a presença de um balanço positivo entre os grupos que discordam *versus* os que discordam de uma escolha que define, em última análise, o valor de uma escolha em saúde.

A menção dos termos “acesso” e “equidade” como objetivos a serem alcançados para atingir alto desempenho de organizações em saúde é uma questão mais afeita a um ponto de vista social, que pode ser entendida como a capacidade de o sistema ou organização de saúde ser capaz de incluir o maior número possível (talvez a totalidade) de indivíduos de uma coletividade, oferecendo a eles o mesmo nível de bens e serviços. É evidente

1 *Trade-off* é um termo em inglês, sem tradução adequada em português, que define uma situação na qual há conflito de escolha, ou seja, quando a escolha de uma alternativa (p. ex., gastar dinheiro em um bom tratamento) implica o abandono de outra alternativa (p. ex., usar o mesmo dinheiro para fazer uma viagem de férias).

Recebido em: 03/08/2021. Aprovado para publicação em: 14/12/2021.

1. PhD, MScD, PharmD, Sano-Efiko Consultoria em Saúde, Vice-presidente do Capítulo Brasil da ISPOR - International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; Professor na FGV/EAESP - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade, São Paulo, SP, Brasil

Autor correspondente: Wilson Follador. E-mail: wfollador@sano-efiko.com.br

que, do ponto de vista ético e humanístico, é um objetivo de elevadíssimo valor, mas requer um *trade-off* significativo para ser atingido: renunciar a resultados individuais em favor do resultado coletivo. Com os níveis atuais de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), não será possível atingir os melhores objetivos individuais possíveis sem sacrificar os objetivos coletivos, assim como não será possível atingir os melhores resultados de acesso e equidade ao mesmo tempo em que todos os objetivos individuais, em todas as doenças, sejam atingidos com os melhores recursos existentes – simplesmente não haveria dinheiro para bancar tudo isso ao mesmo tempo.

Ainda tratando da publicação de Ahluwalia *et al.* (2017), o custo é o segundo item mais frequentemente citado pelos artigos usados na revisão e é a chave que dá a partida para a discussão a respeito tanto da eficiência quanto da Saúde Baseada em Valor. Ninguém desconhece o fato de que os custos da assistência à saúde vêm crescendo de forma desproporcionalmente maior do que outros indicadores de inflação e que esse fato é reputado como um enorme risco à sustentabilidade dos sistemas de saúde. A respeito desse aumento dos custos em saúde, também são frequentes e conhecidas as críticas dirigidas às indústrias farmacêuticas e de equipamentos e dispositivos médicos, por estarem continuamente lançando no mercado inovações cujos preços aumentam em espiral e sem uma relação entre o custo e a efetividade que possa servir como justificativa.

Há um *frisson* no ar a respeito da Saúde Baseada em Valor, que, igual a outros movimentos que antecederam, tais como a Medicina Baseada em Evidências (MBE), o *Managed Care* (Cuidados Gerenciados) e a Farmacoeconomia, é saudada por muitos como sendo a nova oportunidade de controlar a progressão dos custos em saúde e melhorar a qualidade dos resultados. Não há a menor dúvida de que as outras metodologias tenham trazido importantes contribuições, mas, desde que elas emergiram – aproximadamente nos anos 1972 (Cochrane, 1972), 1973 (Patel & Rushefsky, 2006) e 1986 (Mauskopf, 2001), respectivamente –, os custos continuaram a subir. No Brasil, de acordo com o IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS, 2021), entre os anos de 2010 e 2020, a mediana da inflação da assistência à saúde no setor privado foi de 15,9% (variando de 7,6% até 20,6%), contra uma mediana da inflação (medida pelo IGP-M) de 7,3% (variando de -1,17% até 23,1%) (Mariano, 2021).

O aumento de custos, por si, é um problema muito grave, observando-se o que é dito sobre a ameaça que paira sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde (algo que também me parece lógico e razoável, mas que eu venho ouvindo desde que me graduei, nos anos 1980). Mas o que mais me incomoda é que não há, especialmente no Brasil, uma preocupação tão grande com a qualidade dos resultados em saúde. Vou ressaltar a frase “uma preocupação TÃO GRANDE com a qualidade dos resultados”. Não estou

afirmando ou mesmo insinuando que não tenhamos qualidade em saúde no Brasil, mas o que eu terei a pretensão de afirmar é que nenhum de nós tem dados concretos para atestar que o sistema de saúde no Brasil, como um todo, apresenta a qualidade que deveria oferecer. Como é que podemos pretender aumentar o valor das intervenções em saúde se nem mesmo sabemos como é que esses resultados se apresentam atualmente?

Há uma certeza de que contamos com várias ilhas de excelência, tanto em profissionais quanto em instituições de saúde. Mas, observando pela maior frequência dos serviços assistenciais em saúde, todas as afirmações que pudermos fazer, a favor ou contra o sistema, serão fruto de impressões, amostragens e conceitos pessoais. Não contamos com sistemas (e não me refiro a sistemas informatizados, em particular) que permitam capturar a realidade do que ocorre com a assistência à saúde para doenças específicas, limitando-nos a dados sobre a mortalidade.

Como poderemos implementar qualquer processo de grande porte de Saúde Baseada em Valor se os dados de que dispomos como ponto de partida são insatisfatórios ou inexistentes? Por exemplo, como é que poderemos oferecer um projeto de Saúde Baseada em Valor para a redução da morbimortalidade associada ao acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico se as informações mais disponíveis são as internações e os óbitos? E mesmo esses dados são limitados aos eventos por si, sem a possibilidade de realizar uma avaliação longitudinal a respeito das jornadas dos pacientes desde a primeira ocorrência do AVC até o óbito, passando por todos os casos que cursam com óbito precoce ou que sobrevivem com sequelas, as quais, muitas vezes, são as causas registradas dos óbitos, sem que o AVC tenha sido computado, como causa-raiz?

Mas se essa fosse a única causa do meu pessimismo em relação à Saúde Baseada em Valor, eu poderia até acreditar que não seria difícil que os entes participantes dos sistemas de saúde se organizassem para começar a registrar e avaliar as doenças de maneira mais profunda, para poder investigar quais são os resultados das ações e/ou das omissões que ocorrem ao longo da casuística. Tal conhecimento permitiria qualificar e quantificar os efeitos e determinar as suas causas, para poder gerar intervenções mais eficientes. Se não for possível aplicar tais ideias a todas, pelo menos algumas doenças mais importantes poderiam ser escolhidas para iniciar um movimento de autêntica busca de melhorias.

A questão central é que poucos agentes à frente desse movimento no Brasil estão realmente buscando o coração da filosofia da Saúde Baseada em Valor, que é oferecer, até onde é possível, os melhores resultados para os pacientes, ao menor custo. A busca principal é o controle de gastos.

A diferença entre controlar gastos e oferecer os melhores resultados ao menor custo parece clara, ao menos para mim.

Se o objetivo é focado simplesmente no controle de gastos, qualquer intervenção é ineficiente, pois qualquer valor financeiro acima de zero é um gasto. No entanto, quando se sabe qual é o resultado que deve ser entregue, podemos começar a discutir qual é a maneira mais eficiente de executar essa entrega. Para tornar essa colocação mais clara, vou recorrer a uma metáfora: se eu for fazer uma viagem e não tiver uma cidade como meta, o simples ato de ligar o automóvel para viajar é de uma ineficiência inestimável, mas se eu for de São Paulo para o Rio de Janeiro, eu poderei estabelecer como objetivos fazer essa viagem com o menor tempo de estrada, ou com o menor consumo de combustível, ou pelo caminho mais curto, ou da forma mais segura, ou ainda com uma combinação desses objetivos.

O mesmo poderia ser dito em relação ao tratamento do AVC. Podemos estabelecer alguns objetivos com relação a essa condição médica: reduzir a sua incidência, reduzir a sua morbimortalidade ou modificar alguns parâmetros específicos, tais como a taxa de pacientes com sequelas ou a melhoria da qualidade de vida, assim como assumir outras premissas importantes, tais como o horizonte temporal da avaliação. Em um primeiro momento, poderíamos mensurar quais são as taxas de ocorrência desses indicadores e efetuar comparações entre instituições, entre regiões ou até entre países, para saber quais são os valores factíveis e desejáveis a serem alcançados para essas taxas. Tendo esses dados em mãos, poderíamos avaliar os custos e os desfechos atualmente observados em nossas instituições e, a partir de então, determinar se e como podemos melhorar os nossos resultados.

Já analisando esse arremedo de projeto que mencionei, é fácil perceber que isso vai implicar novos custos, iniciando pelos custos associados à mensuração e à comparação de resultados, algo que é muito pouco praticado entre nós. Em seguida, será necessário implementar melhorias nos processos, as quais poderão avançar até mesmo sobre fatores primários, tais como campanhas de conscientização da população sobre os fatores de risco para AVC e aumentar a eficiência do atendimento de urgência realizado por ambulâncias, para reduzir o tempo entre o evento e os primeiros cuidados. Será necessário otimizar a infraestrutura com profissionais e equipamentos para dar o devido atendimento a cada caso, desde a primeira apresentação até os cuidados crônicos aos pacientes sequelados, com integração de todos os níveis dos sistemas de saúde e assistência social. O grande objetivo disso tudo seria reduzir a morbimortalidade de pessoas que, na sua maioria, será constituída de indivíduos cuja média de idade variará entre 53 e 68 anos no Brasil (Santos & Waters, 2020). Essa faixa etária compreende pessoas que, se sobreviverem ao AVC com sequelas graves, vão gerar custos elevados e prolongados, que serão mais frequentemente de natureza indireta (perda da capacidade de trabalho e necessidade de cuidadores, por exemplo). Quais desses incidirão sobre o

sistema de saúde e quais terão que ser absorvidos pelos próprios pacientes e seus cuidadores? É sobre essa questão que repousa a análise da maioria dos sistemas de saúde: se não houver uma relação de custo-benefício favorável à adoção de medidas eficazes para a redução da morbidade, os custos da manutenção dos pacientes sequelados por AVC pode ser inferior aos custos para adotar medidas efetivas para reduzir a ocorrência de sequelas.

Por razões dessa natureza é que a Saúde Baseada em Valor precisa ser entendida muito mais como uma filosofia do que na aplicação de novos modelos de remuneração, que é a faceta desse conceito apresentada com maior frequência. Fala-se bastante dos modelos de remuneração por *risk sharing*, pagamento por *bundles*, capitação e outros, mas qualquer um desses modelos será insuficiente para prover o verdadeiro valor em saúde se os desfechos de interesse ao paciente não forem considerados como o produto final a ser entregue. Esses modelos se mostram, em um primeiro momento, como maneiras de não lançar todo o risco do negócio e o peso financeiro das intervenções em saúde sobre os ombros do pagador, mas, em última instância, esses modelos precisam exigir a entrega de valor ao paciente.

A definição dos “desfechos de interesse ao paciente” é talvez a parte mais desafiante dessa abordagem. O ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*), organização internacional que há alguns anos vem promovendo o VBHC, tem trabalhado na criação de diversos conjuntos de desfechos de interesse para muitas doenças,² os quais são construídos por meio da atuação cooperativa de profissionais de diversas áreas (de acordo com a doença). Os conjuntos de desfechos são específicos para cada doença, e o grande objetivo de criá-los é dar um norte para a mensuração dos desfechos que são percebidos como valiosos para cada doença. Além disso, o estabelecimento de conjuntos de desfechos bem-definidos para cada doença permite que os resultados obtidos em instituições, regiões ou até mesmo países possam ser comparados entre si. Isso permite que esses entes separados se comparem entre si e, ao identificar aquele que obtém os melhores resultados para determinados desfechos, busquem reproduzir as boas práticas que levaram a essa qualidade. Com isso, a retroalimentação vai oferecendo a possibilidade de melhoria contínua dos cuidados e, constantemente, aumentando o valor para os pacientes.

Essa é uma das maneiras existentes e já em prática para atingir bons objetivos em saúde. Surge, então, o desafio de alcançar esses resultados de uma maneira financeiramente eficiente, o que não é fácil no Brasil quando se observa que os partícipes dos sistemas de saúde vêm se relacionando de forma assíncrona (uma parte querendo aumentar o volume

2 <https://www.ichom.org/standard-sets/#standard-sets>

de gastos e outra querendo reduzir ou controlar esse aumento), além de não conseguirem entrar em acordos que não sejam os de “soma zero”: para um ente ganhar, o outro tem que perder.

As métricas que medem a eficiência dos entes da saúde são quase sempre vinculadas a desempenho financeiro, resultante de preços altos ou grandes volumes de produção – e quando me refiro a esse fato, não estou citando apenas os materiais e medicamentos. Não temos informações sobre quais instituições apresentam as melhores (nem mesmo as piores) taxas de desfechos clínicos, o que traz todas as escolhas de prestadores de serviços para o campo das opiniões e das aparências externas.

Já que toquei no assunto das opiniões, esse item formaria um capítulo à parte da discussão a respeito da percepção de valor, principalmente por parte dos pacientes. Em geral, o valor percebido pelos usuários de um serviço de saúde é medido em termos de indicadores de pouca relação direta com a saúde, tais como tempo para atendimento, número de reclamações e quantidade de prestadores à disposição, com pouca ou nenhuma correlação com a qualidade dos resultados de saúde alcançados. Outro fator que impacta fortemente a percepção do valor das intervenções em saúde é a expectativa dos pacientes em relação aos resultados, com uma parcela deles mostrando-se frustrados por não terem obtido os benefícios que idealizaram obter, impactando também a percepção de valor em relação aos profissionais e às organizações envolvidos.

Qualquer mudança relevante nos modelos atualmente em uso na saúde brasileira também terá que contemplar a satisfação dos profissionais envolvidos, particularmente os médicos. É relativamente óbvio, mas sempre importante mencionar, que o sucesso de qualquer atividade depende do engajamento das pessoas envolvidas, e me parece necessário que o nível dessa satisfação dos profissionais seja mensurado, para orientar a tomada de decisões que mantenham um nível adequado de prazer com as condições de trabalho e, evidentemente, os ganhos.

Um item de extrema importância para aqueles que avançarem na implementação de modelos de remuneração utilizando princípios da Saúde Baseada em Valor é a coleta de informações. A avaliação objetiva de resultados é uma chave para que se possa justificar os investimentos (monetários, de tempo e de expectativas) nessas mudanças. Sem essas mensurações, não há sequer condições de poder afirmar que o valor desejado está sendo entregue e ainda menos condições de avaliar as melhorias obtidas, se houver. E, claro, apenas com uma mensuração adequada é que se poderá verificar se há correções ou melhorias possíveis, especialmente se os dados coletados forem compartilhados com outras instituições.

A comparação dos resultados obtidos entre instituições diferentes também é um aspecto que me preocupa, pois

não existe a cultura do compartilhamento de dados no Brasil, especialmente na área da saúde. Tudo que realmente interessaria no âmbito dos resultados em saúde é tratado como confidencial, em boa parte porque os dados não são coletados, mas também porque existe um receio de haver julgamentos. Maus resultados podem ser interpretados como incompetência ou até mesmo com um grau de culpabilidade que talvez não fosse devido diante do contexto; por essa última situação, eu quero me referir a casos clínicos que são difíceis por si mesmos, portanto muito propensos a maus resultados, mas que, por ignorância ou má-fé dos julgadores, podem destruir reputações ou dar ensejo a consequências ainda piores. Na avaliação das intervenções em saúde, a exposição de dados sobre resultados não pode ser um processo de mera apresentação, posto que o contexto pode ser decisivo na obtenção de resultados. Não é adequado, por exemplo, esperar que um hospital de nível terciário, que seja referenciado para receber os casos mais complicados de uma determinada patologia, apresente os custos de tratamento e as taxas de mortalidade iguais aos de um hospital de nível secundário que só lida com os casos de complexidade leve a moderada.

Como último, e provavelmente mais importante, fator dificultador da implementação de processos que aumentem o valor e a eficiência da saúde no Brasil, podem-se citar as distorções que existem nas relações entre os entes dos sistemas de saúde. Uma das maiores e mais conhecidas delas é a comercialização de medicamentos e materiais, mediante a qual os prestadores de serviços auferem lucros por meio da diferença entre os valores de compra (preços reais) e os valores de reembolso (preços de lista) desses itens. Essa prática foi iniciada há décadas como uma maneira encontrada pelos prestadores de serviços em saúde de compensar os baixos valores pagos por outros itens da assistência (consultas, exames, diárias de internação, cirurgias etc.) e, com o passar do tempo, foi se consolidando entre todos os entes dos sistemas de saúde e envolvendo os fornecedores de insumos, a um ponto tal que a reformulação dessas relações de financiamento entre pagadores e prestadores de serviços se tornou algo tão complexo quanto tentar conciliar os interesses de todos esses partícipes (todos querem ganhar e ninguém abre mão de seu quinhão).

Embora não seja impossível buscar uma maneira de reorganizar essas relações e torná-las menos tóxicas, será necessário haver uma ruptura nos atuais modelos de remuneração e nos processos de informação, o que gera incertezas por todos os lados. Por essa razão, tais mudanças terão que começar como projetos-piloto, de pequeno porte, com seus acertos e erros servindo como aprendizados para os próximos projetos.

Como conclusão deste texto, eu colocaria que antevejo enormes obstáculos para a implementação de uma filosofia

de Saúde Baseada em Valor, conforme explicitarei ao longo deste texto. Minhas opiniões, aqui expressas, podem e devem ser alvo de críticas e contra-argumentos, pois estou generalizando questões que podem não ser tão pessimistas quanto estou mencionando. Outra crítica que posso receber com tranquilidade é que não estou sugerindo possíveis soluções para as dificuldades que menciono e, se não faço isso, é porque acredito que a maior dificuldade a sobrepujar será superar a intenção de simplesmente reduzir e/ou controlar custos e/ou aumentar lucros, que é o que eu observo na maioria dos partícipes dos sistemas de saúde (englobando aqueles que fornecem insumos para esse sistema). No momento em que as prioridades dessa cultura se transmutarem para uma autêntica preocupação com o controle das doenças e o bem-estar dos pacientes, me sentirei mais otimista em relação à Saúde Baseada em Valor.

Referências bibliográficas

- Ahluwalia SC, Damberg CL, Silverman M, Motala A, Shekelle PG. What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017;43(9):450-9.
- Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services.* [s.l.]: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.
- IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. VCMH/IESS. 2021. Available from: <https://iessdata.iess.org.br/dados/vcmh>. Accessed on: July 14, 2021.
- Mariano F. Tabela IGP-M. 2021. Available from: <https://www.idinheiro.com.br/tabelas/tabela-igp-m/>. Accessed on: July 15, 2021.
- Mauskopf JA. Why study pharmacoeconomics? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2001;1(1):1-3.
- Patel K, Rushefsky M. *Health care politics and policy in America.* 3rd ed. [s.l.]: Armonk, NY: M.E. Sharpe; 2006.
- Santos LB, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Braz J Develop.* 2020;6(1):2749-75.