

PÁGINA DOS CONVIDADOS DO EDITOR



## Cuidados de Saúde com Base no Valor, na América Latina

### Uma Discussão Urgente

Marcelo Katz, MD, PhD, Marcelo Franken, MD, PhD,  
Marcia Makdisse, MD, PhD, MBA

As doenças cardiovasculares (DCV) representam, mundialmente, um importante problema de saúde (1,2). Na América Latina, a transição epidemiológica que ocorreu mais cedo na Europa e nos Estados Unidos representará desafios importantes para o manejo do aumento das DCV (1,2). Investigações recentes demonstraram que, na América Latina, o custo econômico de apenas quatro condições cardíacas poderá totalizar mais de US\$ 30,9 bilhões anualmente (3).

Esse retrato econômico representa um desafio para todos os intervenientes nos cuidados de saúde, que precisam urgentemente considerar formas inovadoras de prestar esses cuidados, reduzindo de modo seguro os gastos em saúde da população em geral e recompensando os prestadores de cuidados de saúde com base no valor. O *status quo* – em que predomina o sistema de pagamento de uma taxa por serviço, com base no volume e nos preços dos itens e dos serviços prestados – recompensa, em última instância, a quantidade em detrimento da qualidade e, como tal, é inadequado para abordar qualquer um destes desafios (4).

Neste cenário, o movimento em direção aos cuidados de saúde com base no valor (CSCV) surgiu em alternativa à sustentabilidade do sistema. O valor nos cuidados de saúde pode ser definido como uma relação entre os resultados e os custos necessários para alcançar esses resultados (5).

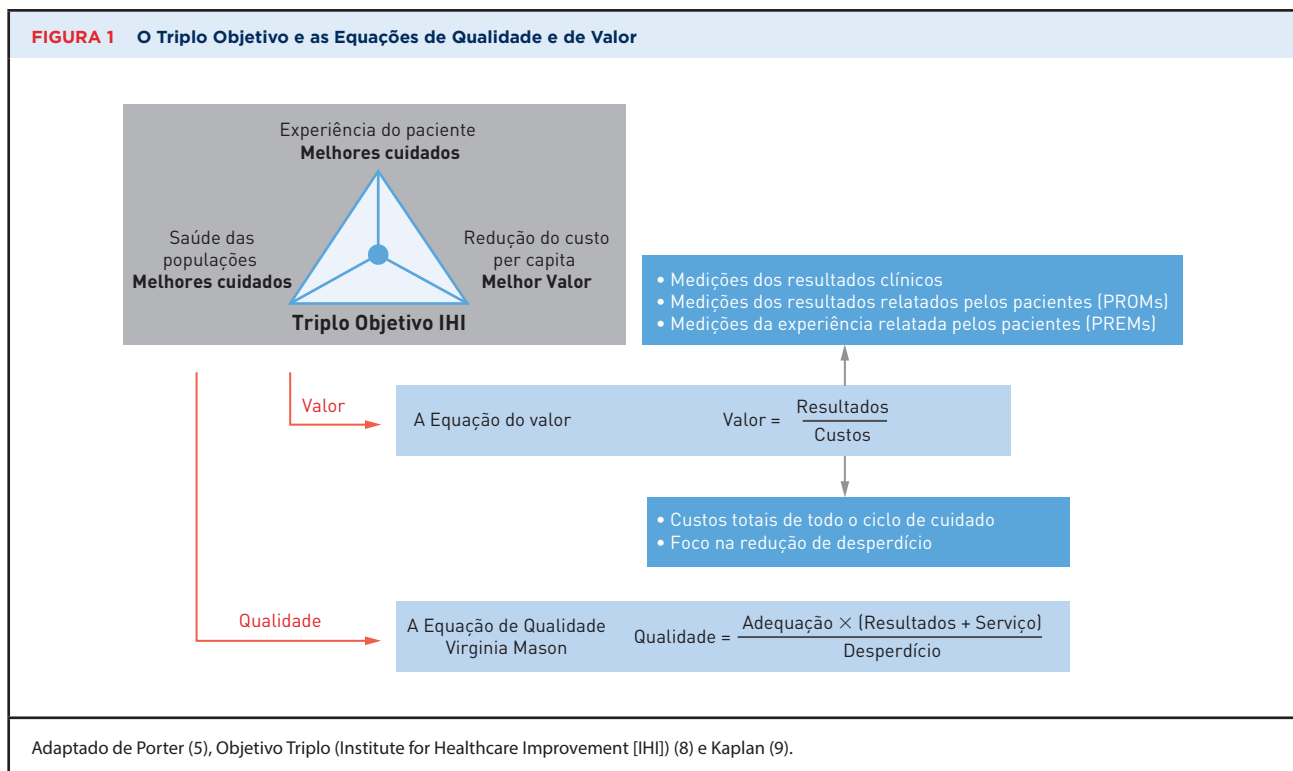
Com relação aos resultados, a maior parte dos hospitais ainda coleta e reporta medidas de resultados clínicos básicos, tais como mortalidade intra-hospitalar e taxas de complicações. Para produzir valor, os hospitais devem considerar novas métricas de desempenho que apresentem maior significado para os pacientes. Estas podem ser Medições de Resultados Relatadas pelos Pacientes (PROMs – *Patient Reported Outcome Measures*), tais como a qualidade de vida e o estado funcional, bem como Medi-

ções de Experiência Relatadas pelos Pacientes (PREMs – *Patient Reported Experience Measures*), como a percepção do paciente quanto à qualidade da prestação de cuidados e se este recomendaria o hospital à sua família e aos seus amigos (6,7).

De modo importante, os resultados devem ser medidos ao longo de todo o ciclo da prestação de cuidados com relação a uma dada condição médica, devendo os custos incluir os custos totais utilizados no tratamento de uma condição do paciente durante esse ciclo. Situações como a conveniência dos cuidados, evitando excessiva utilização e subutilização dos tratamentos, bem como a eliminação do desperdício ao longo do ciclo de cuidados também devem ser consideradas (**Figura 1**) (5,6,8,9).

Nos CSBV, presume-se que haverá competição baseada no valor entre os diferentes prestadores de cuidados, sendo que para esse efeito é necessário que as diferentes instituições meçam os mesmos resultados padronizados ao longo do ciclo de cuidados. Tal padronização, em conjunto com a transparência, são elementos fundamentais dos CSBV que permitem comparações (*benchmarking*), podendo afetar as diferentes partes interessadas: pacientes que vão preferir prestadores com base nos seus resultados esperados e na sua quota-parte do pagamento; prestadores que vão priorizar áreas onde fornecem melhores resultados a preços competitivos; pagadores que vão negociar os contratos com base nos resultados; e fornecedores que vão comercializar seus produtos com base no valor, considerando a partilha do risco, demonstrando melhoria dos resultados relativamente aos custos (5,6,10).

Os registros clínicos nacionais e internacionais, tais como o American College of Cardiology's National Cardiovascular Data Registries, fornecem avaliações (*benchmarks*) dos resultados clínicos aos hospitais, que podem ser utilizadas para orientar os esforços de melhoria da qualidade local (11). Outra iniciativa, o International Consortium for Health Outcomes Measurement, tem-se concentrado na definição global de conjuntos de padrões de resultados e na criação do programa *Global Health Outcomes Benchmarking* de modo a reunir informação dos



hospitais de todo o mundo (10). Essas iniciativas ainda estão em fase inicial na América Latina. No Brasil, o International Consortium for Health Outcomes Measurement e a National Association of Private Hospitals estão patrocinando um projeto de padronização, começando com um conjunto de normas para a insuficiência cardíaca, que irá permitir realizar comparações nacionais e internacionais entre os hospitais. Em um futuro bem próximo, com o aumento da participação dos hospitais da América Latina em tais programas, será possível a avaliação regional.

Os dados sobre os modelos de pagamento também são escassos na América Latina. Em uma avaliação global, que incluiu quatro países da América Latina – Brasil, Chile, Colômbia e México – os resultados, em média, indicaram baixa correlação com os CSBV. A Colômbia foi o único país em desenvolvimento que demonstrou correlação moderada, o que se justifica por reformas recentes, incluindo planos para organizar a prestação dos cuidados, bem como pelo fato de 95% da população ter acesso a seguros de saúde. Somente no Chile e na Colômbia foi possível observar, ao nível nacional, a presença de elementos facilitadores para os CSBV, tais como pagamentos integrados, pagamentos por desempenho (Chile) e padronização da qualidade (Colômbia), onde o governo e/ou os principais pagadores recolheram ativamente dados sobre o custo do tratamento em algumas áreas (12).

Porter e Lee (13) propuseram um programa baseado no valor para a implementação de valor nos cuida-

dos de saúde. O programa estratégico tem seis componentes: 1) organizar em unidades integradas práticas; 2) medir os resultados e os custos para cada paciente; 3) evoluir para pagamentos integrados no ciclo de cuidados; 4) integrar a prestação de cuidados por todas as instituições; 5) expandir os serviços de excelência pelas diferentes regiões; e 6) construir uma plataforma facilitadora da tecnológica de informação (13).

No entanto, no mundo real, implementar um sistema de cuidados de saúde com base no valor não constitui tarefa simples. Assim, medir os resultados e os custos para cada paciente em um pequeno conjunto de doenças selecionadas pode ser o primeiro passo para pôr em prática um programa baseado no valor. Para prosseguir com o sistema proposto, um dos passos seguintes que realizamos foi a criação de um Gabinete de Gestão do Valor, um gabinete integrado visando disseminar a cultura e alinhar os conceitos de CSBV através do sistema hospitalar, integrando os dados de diferentes fontes e fornecendo visões para definir a viabilidade dos pagamentos com base no valor para as diferentes condições médicas, com base na variabilidade da prática e dos custos. De fato, a variação injustificada dos cuidados afeta tanto os resultados quanto os custos, e uma série de procedimentos têm sido efetuados nas nossas instituições, visando a diminuição dessa variabilidade (14).

A criação de grupos multidisciplinares liderados por médicos, de modo a envolver estes e os restantes profissionais de saúde na definição de práticas baseadas

na evidência em diferentes condições médicas, constitui uma das iniciativas que tem ajudado a reduzir o desperdício, melhorar os resultados e, por fim, oferecer valor aos nossos pacientes (15).

Finalmente, a disponibilidade de uma plataforma de tecnologia de informação robusta, que inclui infraestruturas para grandes volumes de dados, "big data", pode acelerar a adoção dos CSBV e ajudar a convencer os decisores administrativos e clínicos a seguirem um programa baseado no valor para toda a organização. Na nossa instituição, o departamento de análise de grandes volumes de dados, "big data", foi criado com a missão de incorporar os conceitos de aprendizagem da máquina na rotina diária do hospital.

Em conclusão, considerando a relevância epidemiológica e o aumento dos custos para prevenir e tratar doenças cardiovasculares, os CSBV surgem como uma alternativa para a sustentabilidade do sistema de

saúde, com os reembolsos baseados na eficiência da prestação dos cuidados. Atualmente, a América Latina ainda está dando os primeiros passos em direção a um sistema de CSBV. Decidir estabelecer um programa com base no valor, começando com o monitoramento dos resultados e dos custos, parece ser o primeiro passo em direção à implementação dos CSBV na prática diária. Se for necessária uma transformação do sistema de saúde e se tal já estiver ocorrendo em muitos países, devemos iniciar agora a nossa jornada na defesa do valor.

---

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:** Dr. Marcelo Katz, Hospital Israelita Albert Einstein, Av. Albert Einstein, 627, Bloco A1, 4.º andar, Coordenação do Programa de Cardiologia, São Paulo, Brasil. E-mail: mkatz@einstein.br.

---

## REFERÊNCIAS

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386:743–800.
2. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1459–544.
3. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, Zegenhagen S. The Economic Burden of Heart Diseases in Latin America. Poster presented at: World Congress of Cardiology & Cardiovascular Health; June 4–7, 2016; Mexico City, Mexico. Available at: <http://www.deloitteaccessseconomics.com.au/uploads/File/Burden%20of%20heart%20conditions%20poster%20-%20Latin%20America.pdf>. Accessed June 21, 2017.
4. Calsyn M, Lee EO. Alternatives to fee-for-service payments in health care. Moving from volume to value. Available at: <http://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2012/09/18/38320/alternatives-to-fee-for-service-payments-in-health-care/>. Accessed June 21, 2017.
5. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477–81.
6. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med* 2016;374:504–6.
7. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* 2013;346:f167.
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI). The IHI Triple Aim. Available at: <http://www.ihio.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Accessed June 21, 2017.
9. Kaplan GS. Seeking Perfection in Healthcare. In: Batalden P, editor. *Lessons Learned in Changing Healthcare and How We Learned Them*. Toronto, Canada: Longwoods Publishing Corporation, 2010:145–59.
10. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Available at: <http://www.ichom.org>. Accessed June 21, 2017.
11. The National Cardiovascular Data Registry. Available at: <https://cvquality.acc.org/NCDRHome>. Accessed June 21, 2017.
12. Medtronic. Value-based healthcare: a global assessment. Available at: <http://vbhcglobassessment.eiu.com/value-based-healthcare-aglobal-assessment/>. Accessed June 21, 2017.
13. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, October 2013. Available at: <http://www.hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>. Accessed June 21, 2017.
14. The Advisory Board. Reducing unwarranted care variation: partnering with clinicians to deliver highvalue care. Available at: <http://www.advisory.com/international/research/clinical-operations-board/studies/2017/care-variation>. Accessed June 21, 2017.
15. Klajner S. Physicians' engagement: medical care groups. *Einstein (Sao Paulo)* 2016;14:7–12.