

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/338051273>

SAÚDE BASEADA EM VALOR: MODELOS DE VBHC NO MUNDO

Presentation · November 2019

DOI: 10.13140/RG.2.2.27521.40807

CITATIONS

0

READS

142

1 author:



Andre Cezar Medici

Universal Health Monitor

447 PUBLICATIONS 958 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Success Factors for Maternal and Child Health [View project](#)



Labor Market and Income Distribution in Brazil [View project](#)

SAÚDE BASEADA EM VALOR: MODELOS DE VBHC NO MUNDO



ANDRÉ CEZAR MEDICI

Senior Health Economist
The World Bank

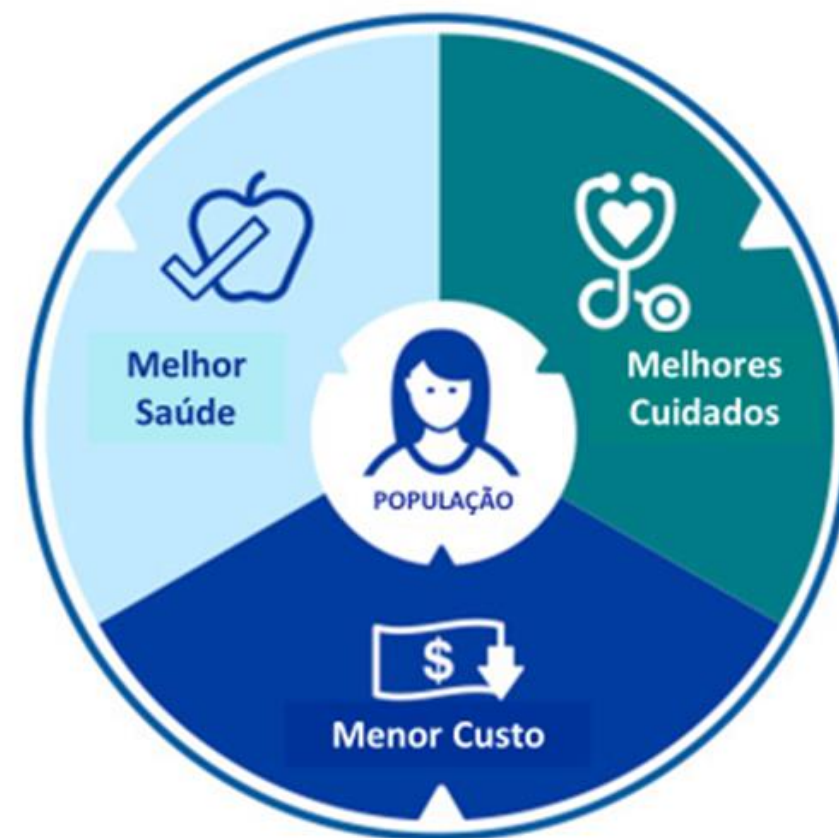


São Paulo (SP), 27 de Novembro de 2019

Sumário

- Desafios e Razões para o VBHC
- O hospital como centro num modelo de VBHC
- Modelos de VBHC no mundo

VBHC – Value-Based Health Care



A photograph of a person lying in a hospital bed, covered with a blue blanket. Their hands are being held by another person's hands. The person in the bed has a light blue hospital identification band on their left wrist. The background is a blurred hospital room with a circular light fixture on the wall. A semi-transparent blue banner is overlaid across the middle of the image, containing the title text.

Desafios e Razões para o VBHC

Desafios Globais dos Mercados em Saúde

1. **Desafios Sociais:** A cobertura universal de saúde passou a ser um compromisso em todos os países e a população passa a cobrar dos governos e da sociedade a tarefa de cumpri-lo.
2. **Desafios Competitivos:** Provedores e financiadores procuram formas inovadoras e rentáveis para a organização dos cuidados integrados de saúde, centradas no paciente, baseadas em resultados, remuneradas por valor e com uso em massa de tecnologia da informação.

Cerca de 100 milhões de pessoas estão na extrema pobreza (menos de US\$1.90 por dia) por terem que pagar mais do que podem por serviços de saúde;
Cerca de 12% da população mundial (800 milhões) pagam mais de 10% de sua renda mensal com serviços de saúde;
Pelo menos 50% da população mundial não tem cobertura completa dos serviços essenciais básicos de saúde;

Aumentar eficiência, qualidade e remuneração numa economia da saúde cheia de incertezas;
Mudanças no perfil da força de trabalho em saúde;
Engajar o paciente e avaliar sua experiência nos serviços;
Responder a complexas regulações e políticas de saúde;
Investir em tecnologias que reduzem custo, aumentam o acesso e melhoram a qualidade;
Passar da remuneração em volume para valor.

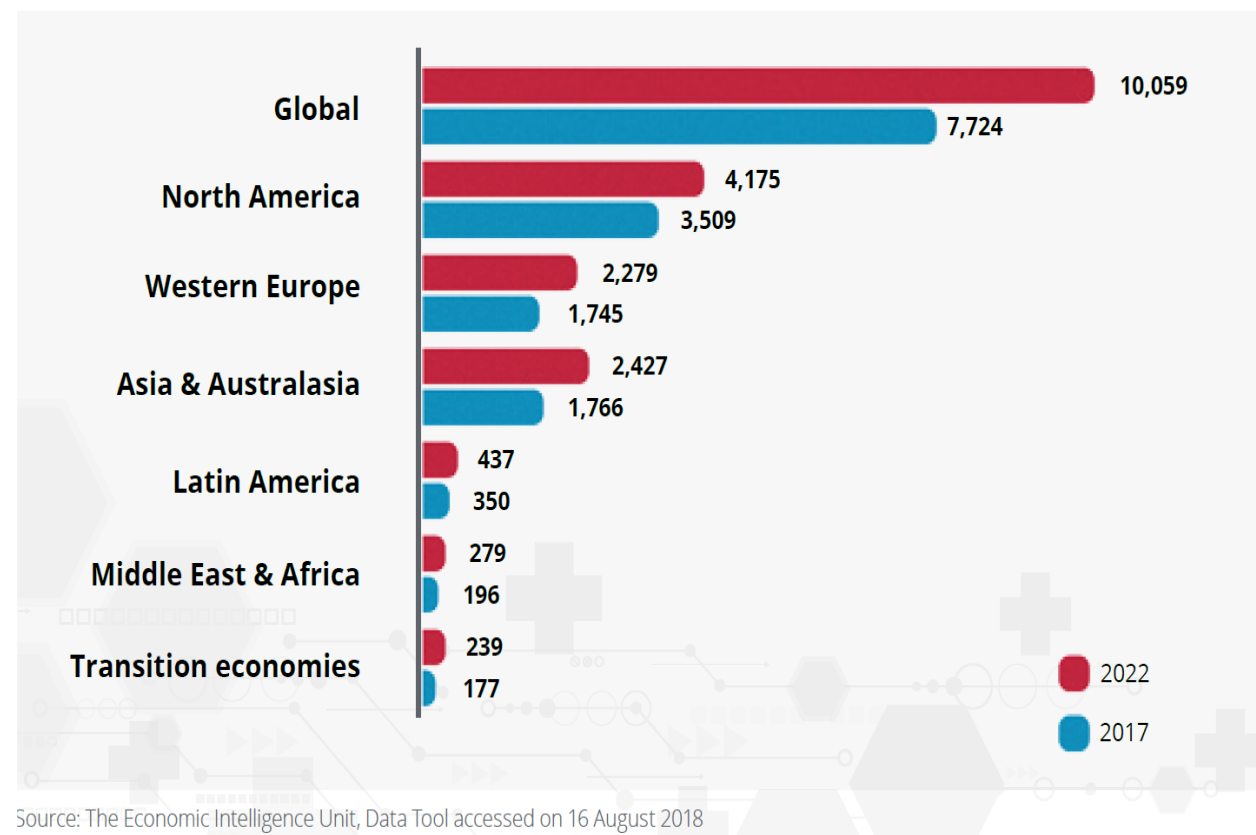
Tendências do Gasto Mundial em Saúde

O gasto mundial com saúde deverá crescer a uma taxa anual de 5,4% entre 2018-2022, comparada com um aumento de 2,9% em 2013-2017 (Deloitte, 2019 Global health care outlook. Shaping the future).

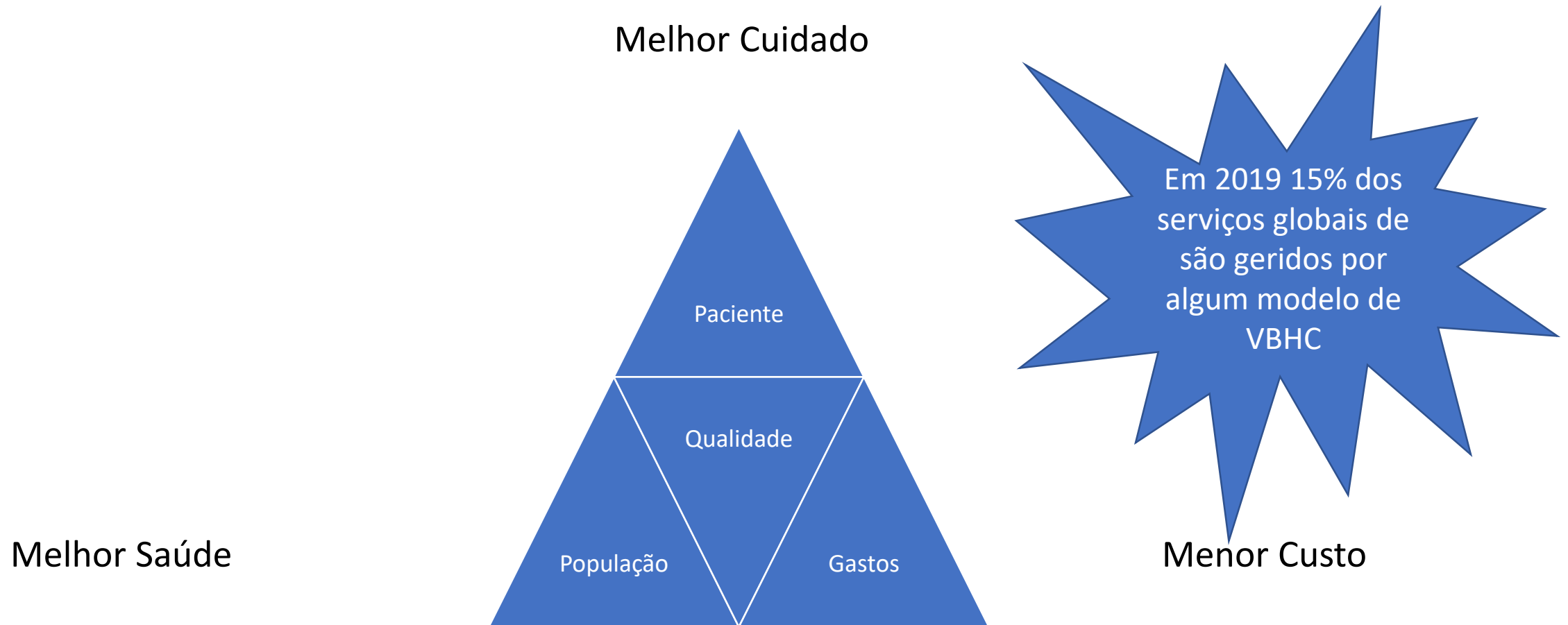
Este aumento decorrerá:

- do fortalecimento do dólar em relação ao euro e outras moedas;
- da expansão da cobertura de assistência médica nos países em desenvolvimento;
- Do envelhecimento da população;
- De novos tratamentos e tecnologias em saúde e;
- Do aumento dos custos com mão-de-obra no setor de saúde.

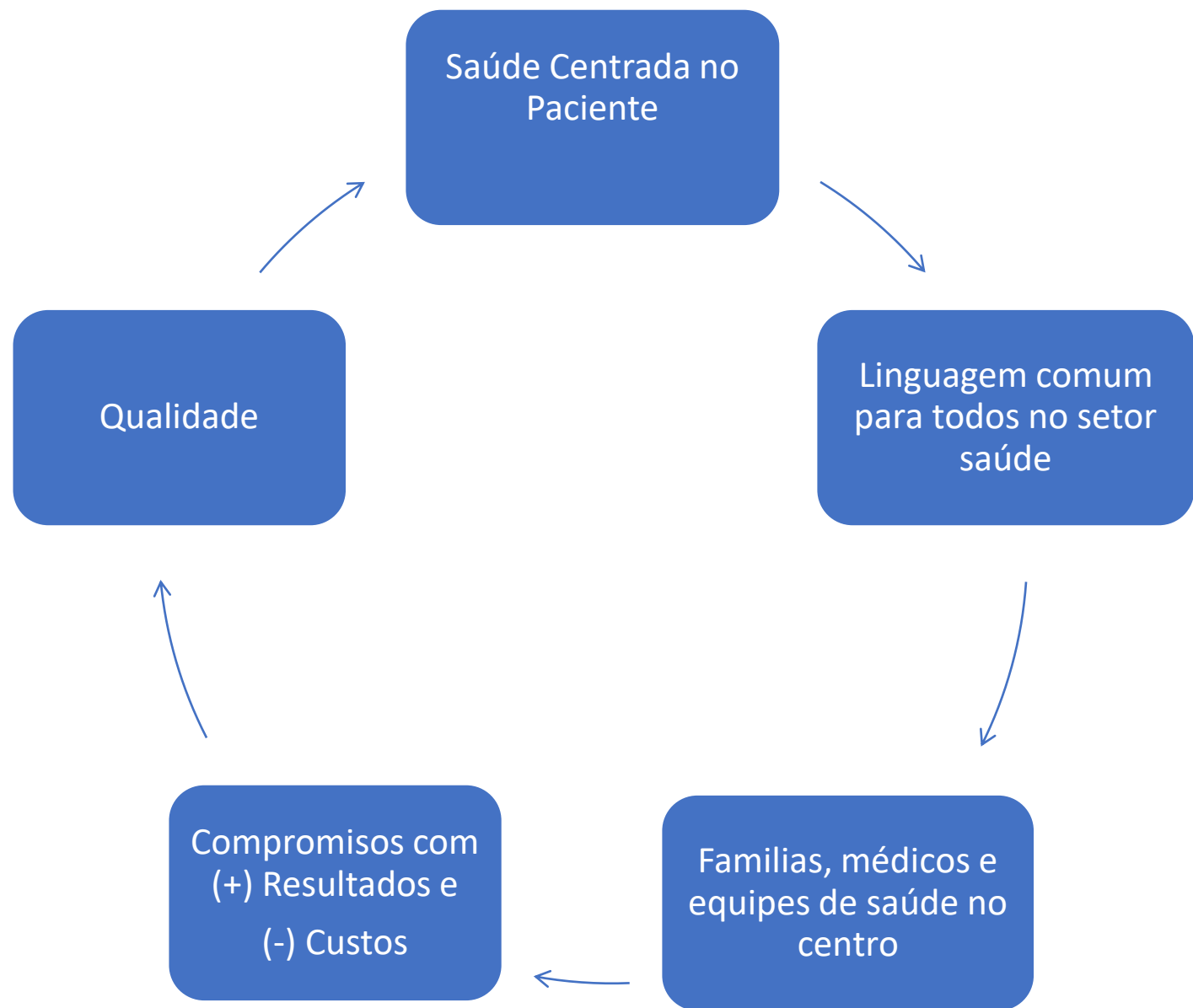
Gasto Mundial com Saúde em 2017 e Perspectivas para 2022 (Em US\$ bilhões)



Solução - Administrar e Remunerar o Cuidado de Saúde com Base na Geração de Valor



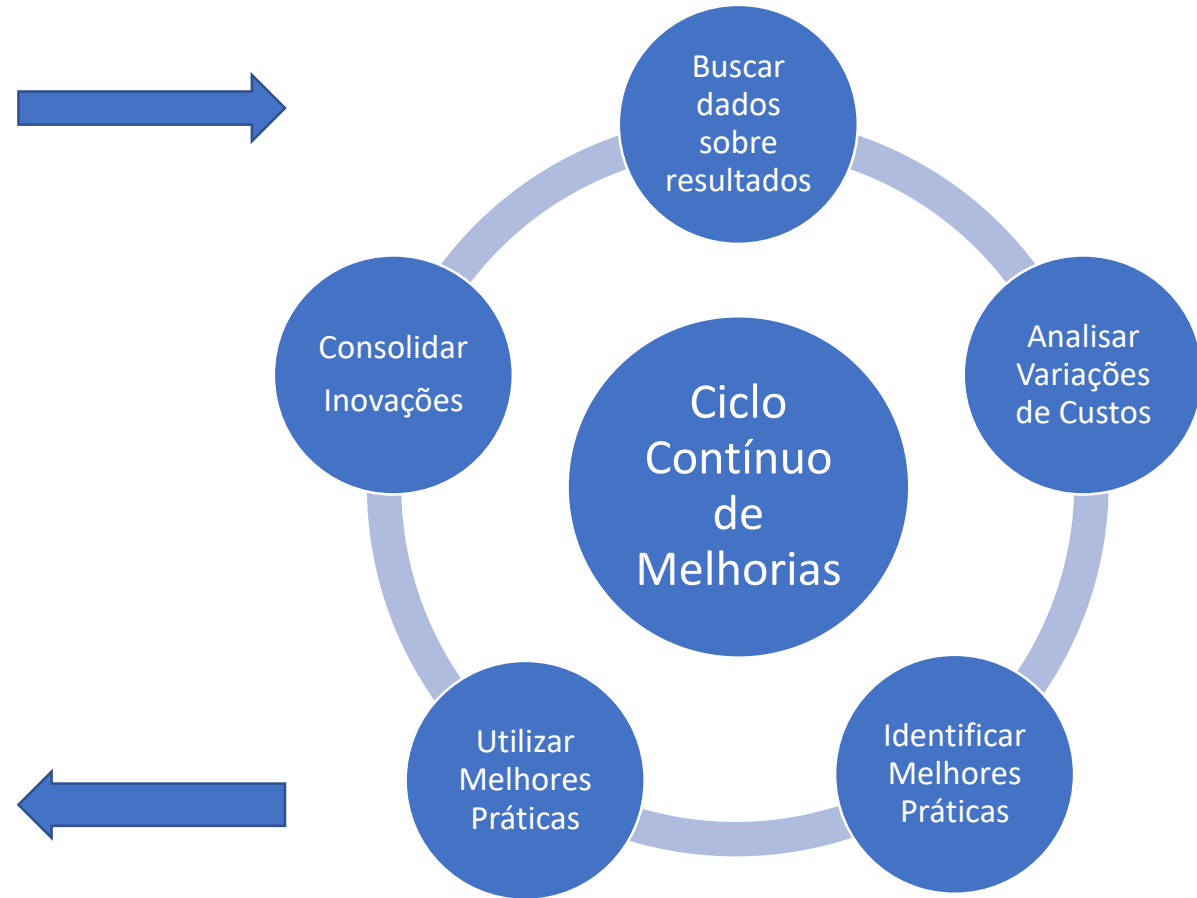
Adaptado de Porter, M.E., *What is Value in Healthcare*, NEJM, 2010, 363: 2477-81



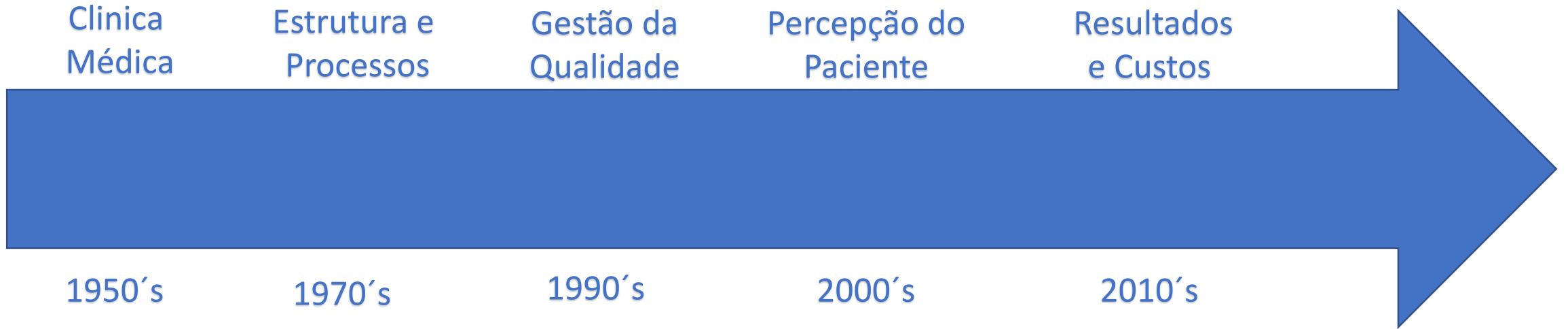
Focalizar nos resultados para os pacientes e custos para o sistema

Identificar Resultados Relevantes aos Pacientes

Melhorar a Eficiência



Breve História das Métricas em Saúde



Pilares para o Sucesso Da Saúde Baseada em Valor



POSSIBILIDADES:

- Grande suporte político de governos e mercado
- Big data via Registros Eletrônicos
- Vantagens de pagamentos por episódio (bundled payments) na coordenação do cuidado e focalização do paciente

DESAFIOS

- Ausência de bases de dados, de qualidade e padronização da informação;
- Limitações e problemas com privacidade dos dados e legislação correspondente;
- Dificuldades na obtenção da interoperabilidade das bases de dados

E muito mais desafios ainda existem no caminho...

Gerar sustentabilidade numa economia cheia de incertezas

Atender novas necessidades e expectativas dos pacientes

Aumentar acesso e qualidade reduzindo custos



Cumprir regulações e garantir segurança e privacidade dos dados

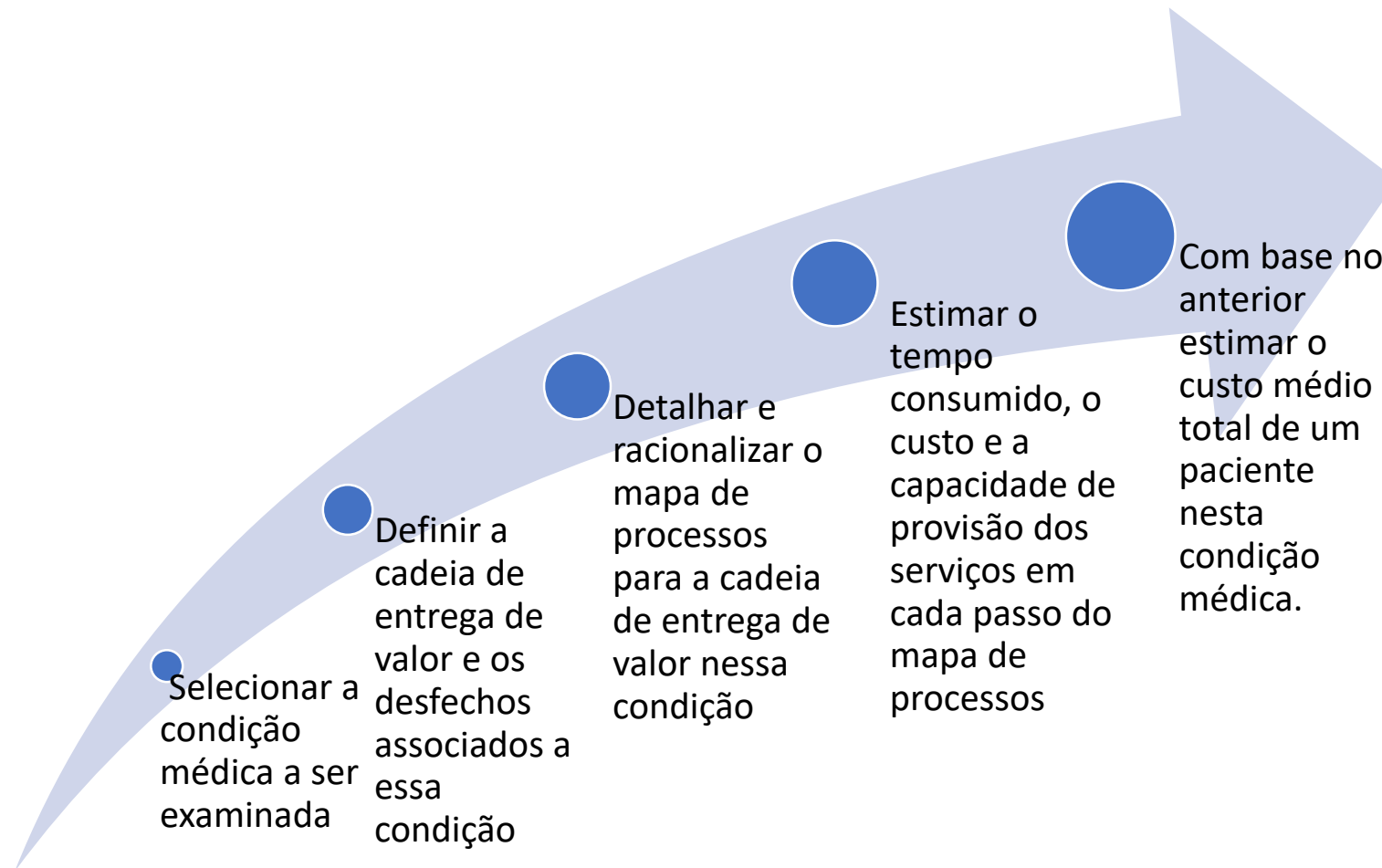
Investir em novas tecnologias e transformação digital

Recrutar, desenvolver e reter os melhores talentos

VBHC exige novos conceitos de gestão...



...e novos processos e formas de medir custos em saúde...



...gerando uma re-engenharia dos processos em saúde associados ao ciclo de cuidados.

Padronizar processos e eliminar etapas desnecessárias

Redefinir os recursos humanos adequados a cada etapa do processo

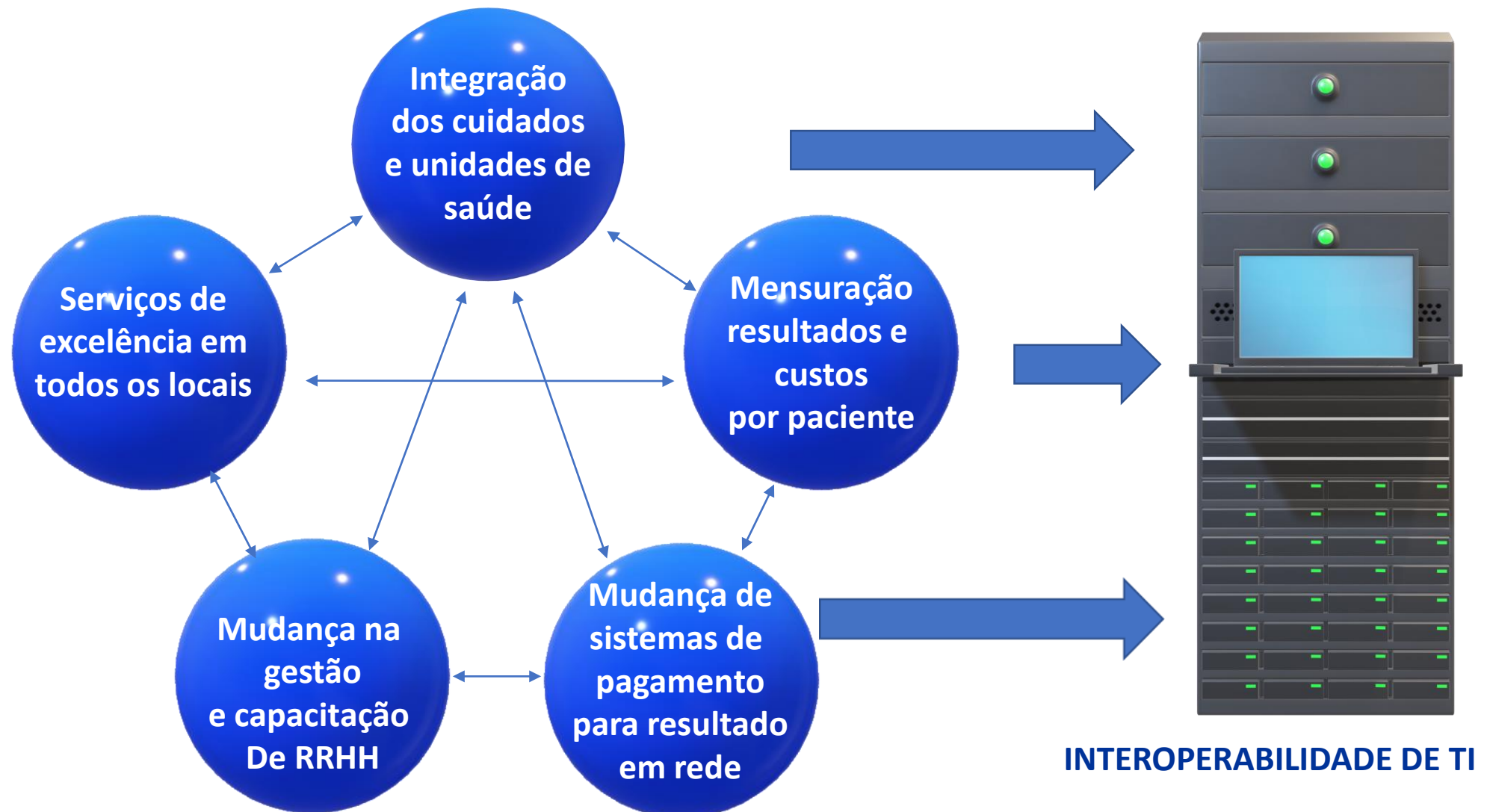
Melhorar a capacidade de utilização dos recursos disponíveis

Reduzir o tempo de entrega dos serviços no ciclo completo de cuidado

Redefinir o processo adequado no local adequado onde o serviço será entregue

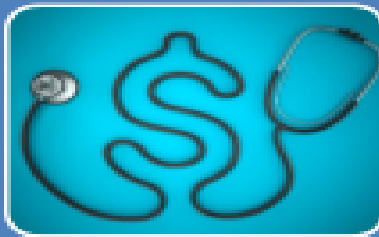
Otimizar o desempenho do corpo clínico e da instituição para o tratamento do paciente no ciclo completo de cuidado

Mas tendo a integração do cuidado como base...



...em suas dimensões relevantes

Integração



Integração Clínica e Financeira

- Custos por Paciente e Por Patologia
- Pagamento associado aos resultados e não aos processos
- Sistemas de informação Clínica e Financeira Integrados



Cordenação e Integração do Cuidado

- Redes de Saúde integradas e cuidado distribuído por nível de complexidade e natureza da intervenção
- Integração entre domicílio, ambulatório, clínica, laboratório e hospital
- Sistemas de informação centrados no paciente em toda a rede



Integração de Equipes Multiprofissionais e Pacientes

- Grupos de trabalho multiprofissionais integrados independentemente de onde estão na rede.
- Trabalho de equipe em todos os níveis com informação disponibilizada on line e pacientes integrados com papel definido na linha de cuidados.

A Transição para o pagamento em VBHC – Aspectos Gerais

Pagamento Baseado em Volume

- Fee-for service
- Qualidade não recompensada
- Risco financeiro do pagador
- Foco em pacientes agudos
- Baixo investimento em ICT
- Tratamento por episódio
- Hospital e médico sem diálogo

Pagamento Baseado em Valor

- Resultados em relação a custos
- Qualidade recompensada
- Risco financeiro compartilhado
- Foco na recuperação do paciente
- Alto uso de ICT
- Linha de cuidado
- Coordenação médico-hospital

A Transição para o Pagamento em VBHC – Sistemas de Pagamento Por Etapa de Transição

Sistemas de
Provisão de Serviços

Coordenação
Dos cuidados
Baseados em Valor

Serviços em
Transição

Sistemas de
Entrega de
Serviços
Fragmentados

Melhoras na organização dos
Serviços e sistemas de pagamento

VBHC Implantado

**Transição ao
VBHC**

Situação Inicial

Pagamento por Serviço

Pagamento virtual por
Episódio ou Capitação por
Patologia

Pagamento por Episodio
Ou Capitação por Patologia

Sistemas de
Pagamento

A photograph of a person lying in a hospital bed, covered with a blue blanket. A caregiver's hands are gently holding the patient's hands. The caregiver is wearing a blue hospital wristband. The background is a blurred hospital room with a circular light fixture on the wall.

O hospital como centro num modelo de VBHC

A desospitalização passa a ser um requerimento fundamental nos novos princípios



Serviços de imagem



Ambulatorios Especializados



Centros de Cirurgia Ambulatorial (ACS)



Centros de Atendimento de Urgência



Salas de Emergência (ERs)



Clínicas de Conveniência (Retail Clinics)



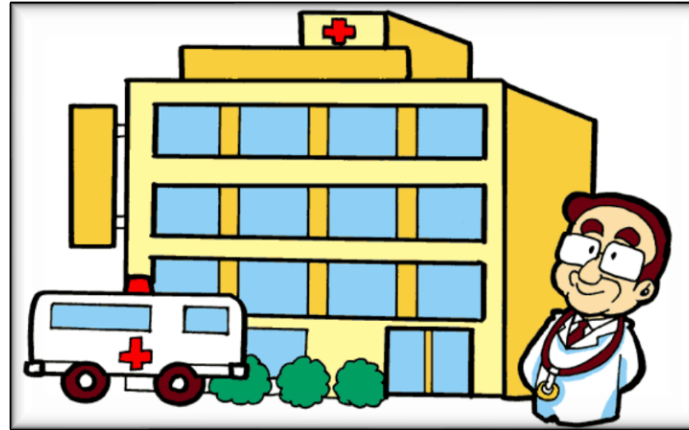
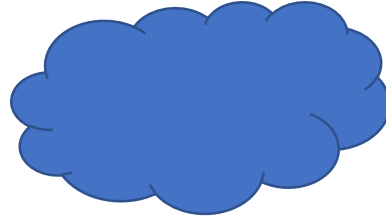
Serviços ou Clínicas de Atenção Primária



Assistência Farmacêutica



...e isto exige um reposicionamento do hospital na rede de saúde.



Razões para o reposicionamento dos hospitais

- **Mudança nos modelos assistenciais trazidos pelo VBHC** - uso intensivo de unidades ambulatoriais desconcentradas para consultas, diagnósticos ou procedimentos que anteriormente requeriam unidades de internação;
- **Eliminação de barreiras à mobilidade**, através da telemedicina, que permite realizar consultas, aconselhamento em cirurgias e outros processos de saúde à distancia;
- **Avanços nos meios de transporte e comunicação** que permitem integrar serviços de saúde complementares externos sob o comando do hospital;
- **Modelos diversificados de deslocalização** - Não há um único modelo de deslocalização ou reposicionamento dos hospitais, dado que fatores como a geografia de acesso, distintos usos de tecnologia da informação, formas de asseguramento públicas ou privadas e outros podem influenciar no desenho e implantação de um processo de desconcentração hospitalar.

Algumas pré-condições para o hospital ser centro de uma cadeia de valor

- **Desfechos Seguros:** Oferta de cuidados seguros e comprometidos com a melhoria da qualidade, baseada em protocolos e linhas de cuidado
- **Experiência do Paciente:** Avaliação sistemática da experiência do paciente e da eficácia clínica, com responsabilidade claramente definida e comunicação ampla e oportuna entre o paciente e a equipe médica
- **Acessibilidade sem Barreiras:** Pacientes com acesso efetivo e oportuno aos cuidados, incluindo exames, agendamentos, tratamentos e movimentos para fora do hospital
- **Minimizar traslados:** Traslado de pacientes só quando necessário por razões clínicas, sendo os arranjos para a transferência de cuidados robustos;
- **Cuidados Individualizados:** Serviços adaptados às necessidades de pacientes incluindo os mais vulneráveis, com protocolos para facilitar o autocuidado e a promoção da saúde. Cada paciente têm um plano de cuidados que reflete suas necessidades clínicas e de suporte individual.

Estratégias identificadas para a transição de um hospital para o VBHC

- **Continuidade do Cuidado** - Alinhar hospitais e demais provedores em torno da continuidade do cuidado e estabelecer redes integradas de saúde coordenadas pelo hospital, com parcerias associadas ao compartilhamento de risco e de resultados;
- **Saúde Populacional** - Integrar-se com a comunidade em seu entorno e buscar melhorar a saúde da população através da implementação da "tripla meta"
- **Medicina Baseada em Evidência** - Utilizar práticas baseadas em evidências para melhorar a qualidade e a segurança do paciente, o uso de tecnologia apropriada e a busca de inovações relevantes para este fim
- **Pagamento por Resultados** - Melhorar a eficiência através da produtividade e da gestão financeira e pagamento dos serviços baseado em resultados;
- **Interoperabilidade de TI** - Desenvolver sistemas de tecnologia de informação integrados e interoperáveis entre distintas bases de dados de stakeholders;
- **Recursos Humanos Capacitados e Motivados** - Capacitar e motivar o corpo clínico, administrativo e a gestão do hospital, especialmente médicos para o uso de ferramentas de planejamento estratégico, financeiro e operacional baseado em cenários.

Características fundamentais de TI para VBHC nos Hospitais

- **Plataforma Única:** Agregação e administração dos dados numa única plataforma;
- **Interoperabilidade** e integração das bases de dados dentro do hospital e com a rede (catálogo de variáveis, internet das coisas, etc.);
- **Métricas de Performace e Resultado** - Sistema configurado para a produção de informes e análises (incluindo indicadores de performance, sistemas de indicadores de pagamento associado ao resultado e modelos alternativos de pagamento);
- **Suporte Gigantesco ao Paciente** - Coordenação para a saúde da população e da atenção ao paciente, incluindo pacientes com patologias prioritárias, gestão por patologias, referências e contra-referências; queixas e reclamações, telemedicina
- **Sistemas Integrados de Informação Gerencial**
Gestão Clínica - Documentação Gestão e documentação da entrega de serviços, vendas de serviços e pagamentos, gestão de suprimentos e provedores e plataformas de custo.



A photograph of two hands clasped together in a supportive grip. The hand on the right is wearing a light blue hospital identification band. The image is overlaid with a semi-transparent blue rectangle. White text is centered on this rectangle.

Modelos de VBHC no mundo

Os países estão preparados para o VBHC?

(Estudo realizado em 2016)

DIMENSÕES

1. Contexto, políticas e instituições.
2. Mensuração de resultados e custos.
3. Sistemas de saúde integrados com foco no paciente.
4. Pagamento com base em resultados.

The Economist Intelligence Unit
A report from The Economist Intelligence Unit

Findings and methodology

Value-based
healthcare:
A global
assessment



Commissioned by
Medtronic

Indicadores associados a cada dimensão

(17 indicadores)

Dimensão	Indicadores
1. Contexto, Política, Instituições – 8 indicadores	(I) Cobertura Populacional, (ii) Políticas de Saúde Estruturadas, (iii) Presença de Elementos do VBHC ; (iv) Nivel de adesão dos atores no mercado; (v) Capacitação de Pessoal em VBHC ; (vi) Avaliação de Tecnologia em Saúde; (vii) Guias clínicas baseadas em Evidencia; (viii) Disseminação do Conhecimento em VBHC .
2. Mensuração de Resultados e Custos – 5 indicadores	(I) Registro Nacional de Doenças, (ii) Acesso dos pacientes a dados de resultados; (iii) Resultados dos Pacientes Classificados e Registrados ; (iv) Dados de custos dos tratamentos coletados por paciente ; (v) Bases de dados de saúde com interoperabilidade
3. Sistemas de Saúde Integrados com Foco no Paciente – 2 indicadores	(i) Integração do Cuidado com foco no paciente; (ii) Linhas de Cuidado classificadas e aplicadas (ICHOM)
4. Pagamento com Base em Resultados – 2 indicadores	(i) A maioria dos grande pagadores promovem o uso de bundled payments ; (ii) Identificação e eliminação de intervenções que não são custo-efetivas

Indicadores de Contexto (Gerais e Específicos)

(16 indicadores)

Gerais	Específicos de Saúde
1. PIB (preços constantes) 2. PIB (per-capita)	7. Gasto Total em Saúde como % do PIB 8. Gasto do Governo em Saúde como % do Gasto Total em Saúde
3. Renda Pessoal Disponível (per-capita) 4. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	9. Gasto das Famílias em Saúde como % do Gasto Total em Saúde 10. Médicos por 1000 habitantes
5. População	11. Leitos de Hospital por 1000 habitantes 12. Custo unitário de consulta médica (média) 13. Índice de Resultados em Saúde
6. Expectativa de Vida ao Nascer	14. Gasto per-capita com saúde 15. Custo da Saúde por Ponto de Resultado 16. Classificação do País nos Resultados de Saúde

A análise foi realizada em 25 países

Renda Alta

- Austrália, Canadá, França, Alemanha, Japão, Holanda, Polônia, Coreia do Sul, Espanha, Suécia, Emirados Árabes, Inglaterra, Estados Unidos

Renda Media

- Brasil, Chile, China, Colômbia, Egito, Indonésia, México, Rússia, África do Sul, Turquia

Renda Baixa

- Índia, Nigéria

Os resultados foram classificados em 4 níveis

Muito alta
preparação

- Suécia

Alta
Preparação

- Reino Unido

Preparação
Moderada

- Austrália, Canadá, Colômbia, França, Alemanha, Japão, Holanda, Polônia, Coreia do Sul, Estados Unidos

Baixa
Preparação

- Brasil, Chile, China, Egito, Índia, Indonésia,
- México, Nigéria, Rússia, África do Sul, Espanha,
- Turquia, Emirados Árabes



BRICS

Análise da Presença de Elementos do VBHC - Indicador 1(iii)

Sub-Indicador	Países
1. Atenção e resultados centrados no paciente (10)	Austrália, Canadá, França, Alemanha, Coreia do Sul, Holanda, Suécia, Turquia, Reino Unido, Estados Unidos.
2. Pagamento por resultados ou qualidade (10)	Canada, Chile, Alemanha, Holanda, Polônia, Suécia, Turquia, Emirados Árabes, Reino Unido, Estados Unidos
3. Processos padronizados para medir a qualidade (18)	Austrália, Canada, China, Colômbia, França, Alemanha, Índia, Indonésia, Holanda, Polônia, Rússia, Coreia do Sul, Espanha, Suécia, Turquia, Emirados Árabes, Reino Unido, Estados Unidos.

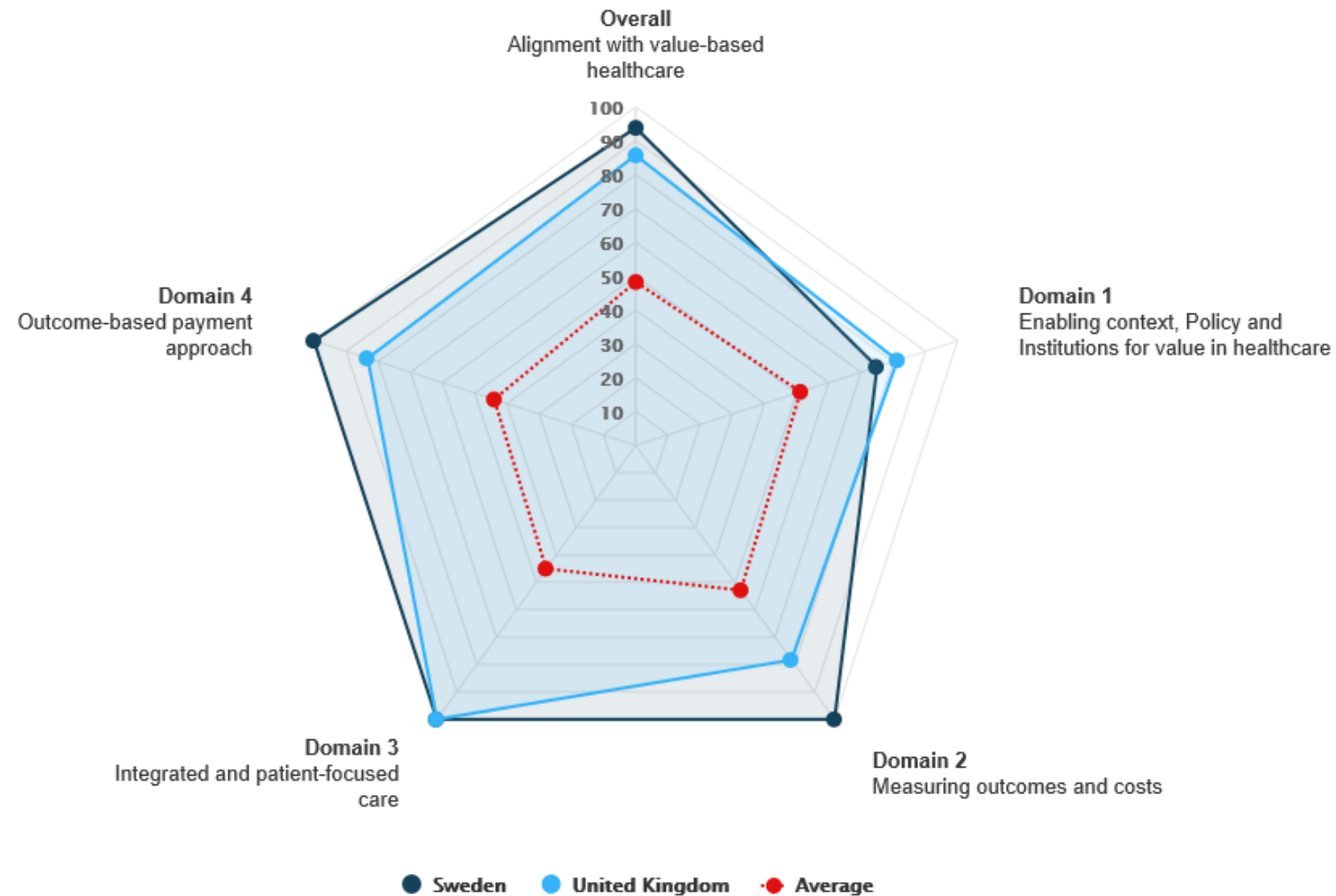
Países onde nenhum dos sub-indicadores de presença foram identificados

Brasil, Egito, Japão, México, Nigéria e África do Sul

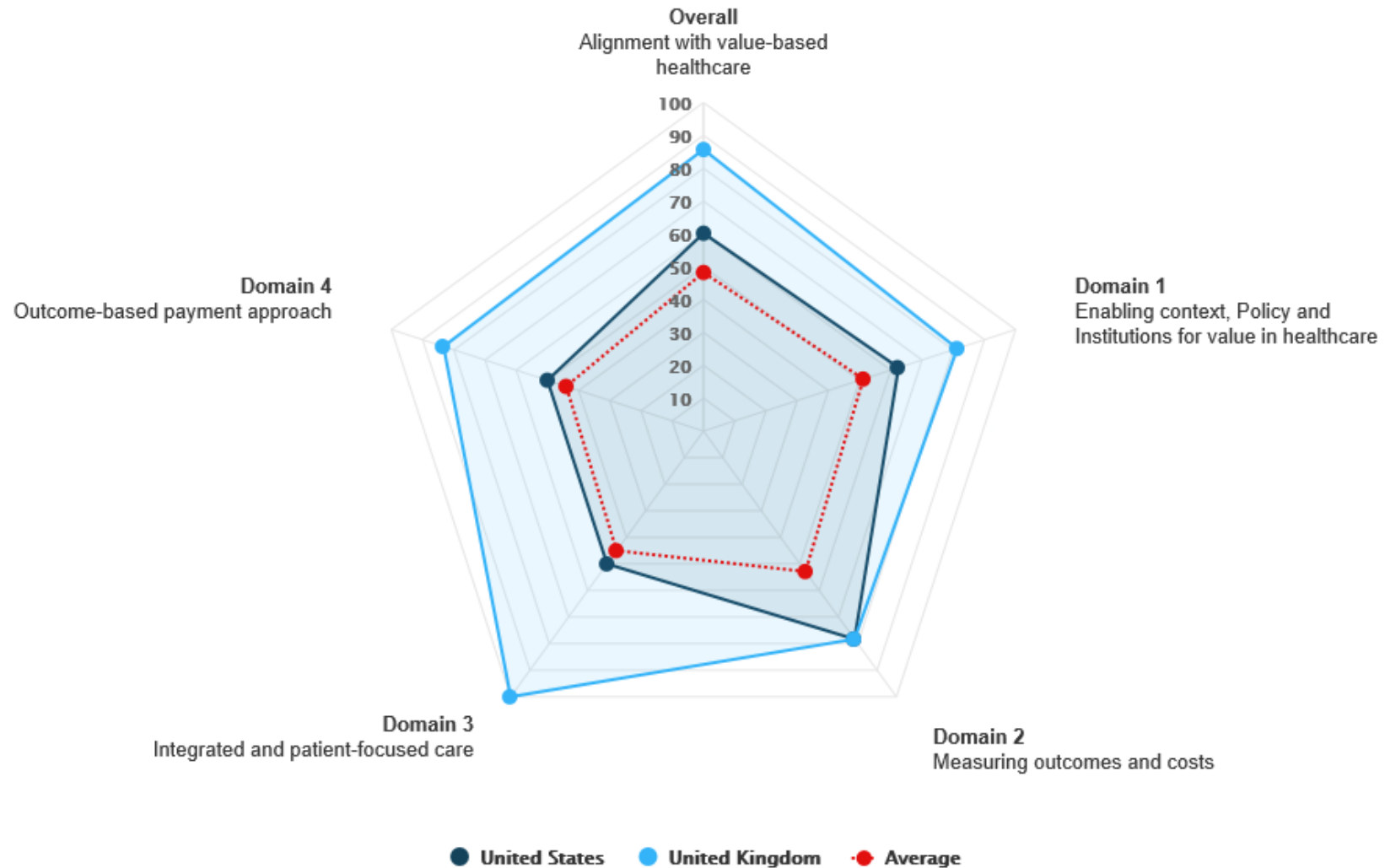
Dados de Custos dos Tratamentos Coletados por Paciente - Indicador 2(iv)

Categorias	Países
1. Ausência de políticas e esforços para coletar dados de custos dos tratamentos por paciente	Brasil, Egito, Índia, México, Nigéria e Emirados Árabes
2. Governo e/ou principais pagadores tem políticas ou planos para coletarem estes dados	Australia, Indonesia, Africa do Sul e Turquia
3. Governo e/ou principais pagadores coletam ativamente dados de custos dos tratamentos por paciente em algumas áreas de atenção	Canada, Chile, China, Colômbia, França, Japão, Holanda, Polônia, Rússia, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos.
4. Governo e/ou principais pagadores coletam ativamente dados de custos dos tratamentos por paciente em todas as áreas de atenção.	Alemanha, Coreia do Sul e Suécia.

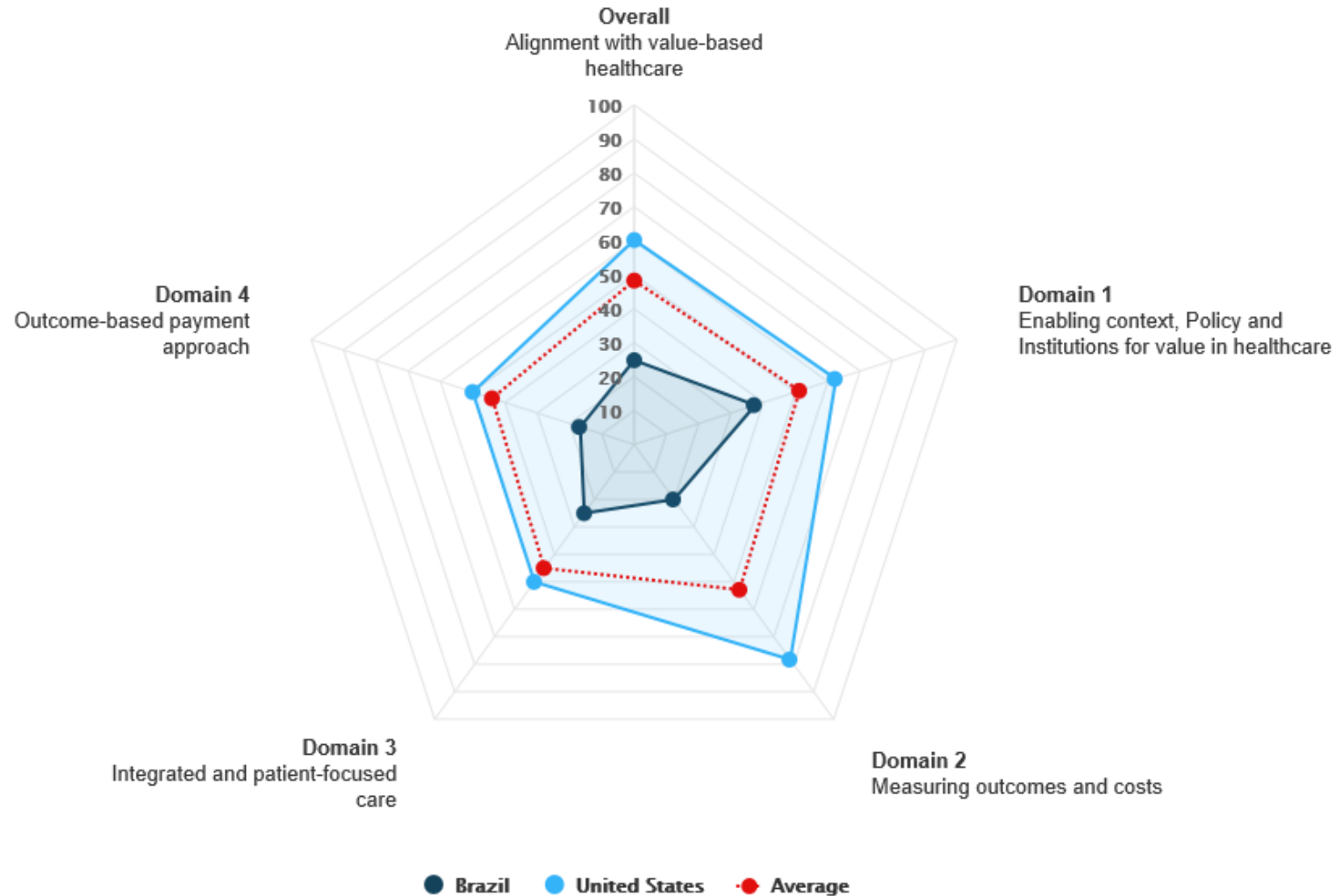
Preparação para o VBHC: Suécia x Reino Unido



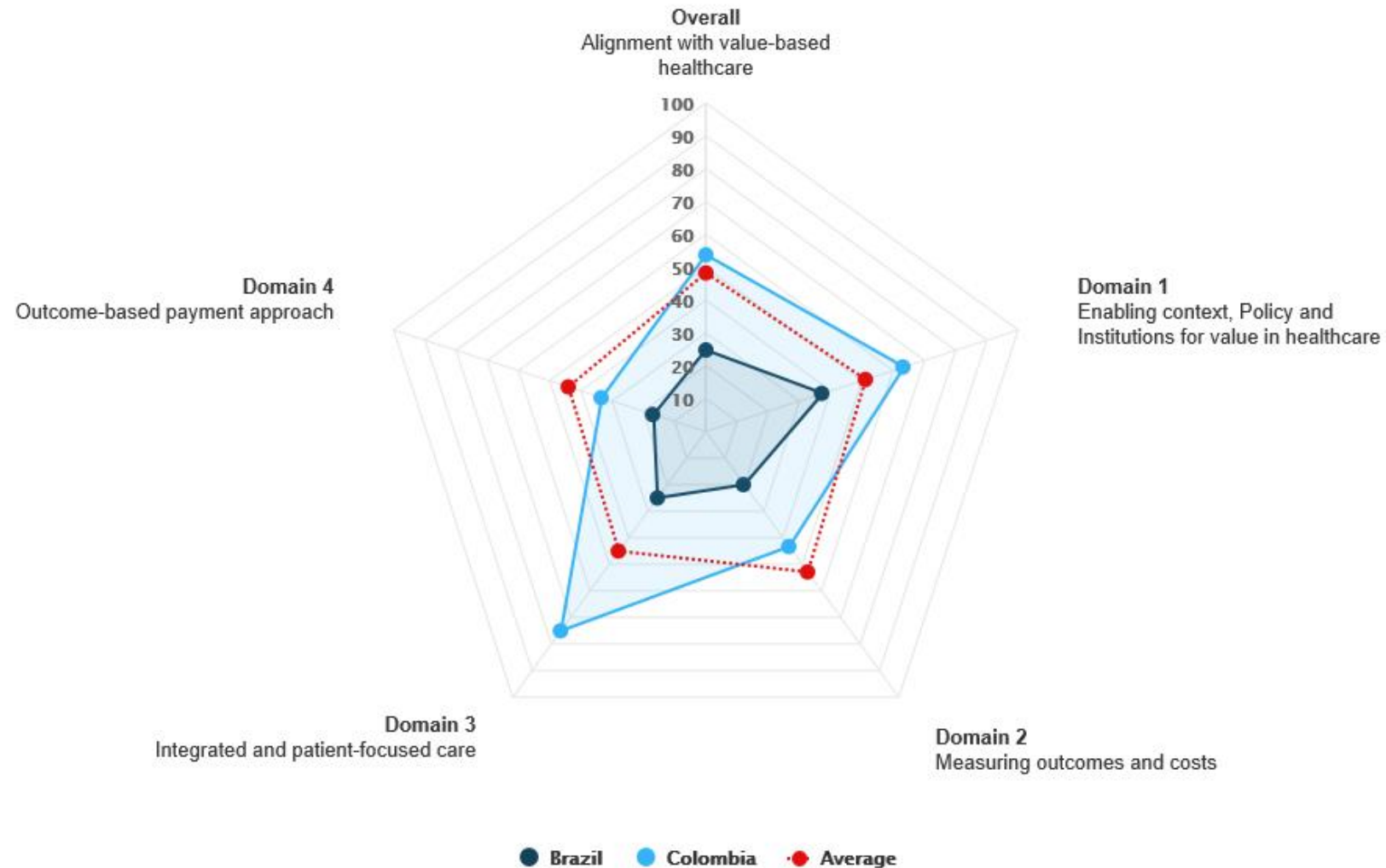
Preparação para o VBHC: Reino Unido x Estados Unidos



Preparação para o VBHC: Brazil x Estados Unidos



Preparação para o VBHC: Brazil x Colômbia



VBHC na Suécia

VANTAGENS

- Pioneiro em desenhar uma estrutura organizacional capaz de melhorar eficiência e satisfação dos pacientes;
- Alto grau de associação entre a remuneração dos provedores, custos e resultados assistenciais (value prices)
- Pioneiro no registro de dados sobre qualidade, custos e resultados (+ de 20 anos);
- Uso dos dados para mudar processos desfuncionais e reduzir custos e garantir igualdade nos tratamentos

LIÇÕES APRENDIDAS

- Economias com Governos sociais-democraticos e significativa presença do Estado podem alcançar grandes resultados em VBHC;
- Cuidados integrados ao longo de redes de saúde é essencial para bons resultados em VBHC;
- Gradualismo e processos de diálogo entre financiadores e provedores são fatores críticos de sucesso;
- Dados sobre custos e resultados são essenciais para estabelecer preços de equilíbrio que estabilizam o sistema.

VBHC no Reino Unido

VANTAGENS

- Pioneiro em avaliação de tecnologias (NICE) e escolhas acertadas de procedimentos custo-efetivos;
- No entanto, medidas como o uso QALYS para calcular resultados limitam o alcance de algumas avaliações
- Pioneiro no registro de dados sobre qualidade, custos e resultados (+ de 20 anos) –
- Pagamentos por resultado tem sido utilizados mas ha limitações no acesso de novos tratamentos aos pacientes.

LIÇÕES APRENDIDAS

- Análises econômicas são um poderoso instrumento para o VBHC, mas a escolha adequada das métricas e indicadores são importantes.
- Diferenças regionais necessitam de esforços desproporcionais para sanar inequidades.
- Processos de reformas tem sido caracterizados por acertos e erros que tem prolongado inequidades regionais no país fazendo com que os benefícios do VBHC não sejam tão extensos.

VBHC nos Estados Unidos

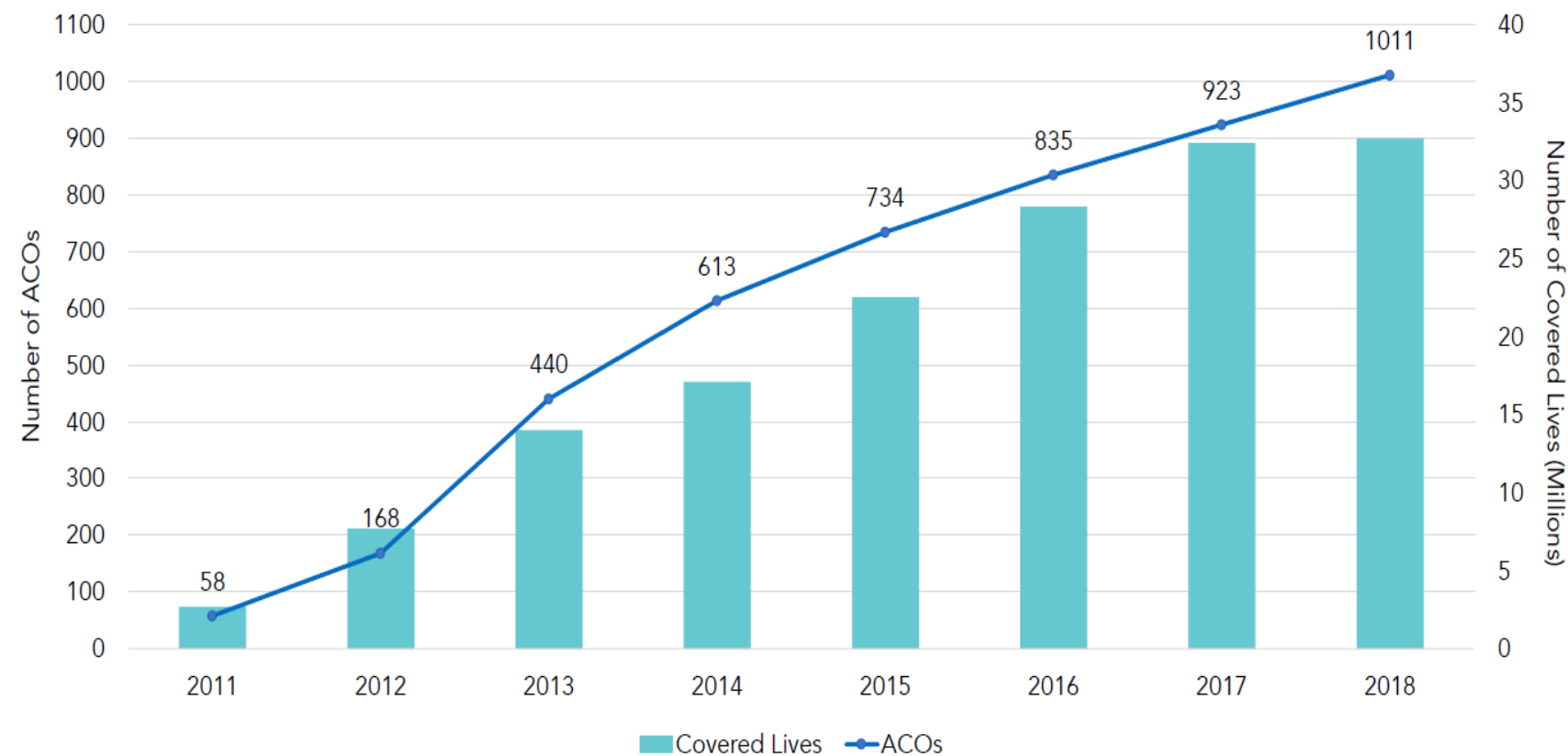
VANTAGENS

- VBHC surgiu motivado por pressões de custos elevados nos programas públicos (medicare medicaid) levando ao ACA (Plano Obama);
- Cuidados integrados começam a aparecer a partir do crescimento das Accountable Care Organizations – ACO) que recebem por resultado.
- Gastos em saúde se estabilizaram durante o governo Obama e mais de 50% dos hospitais são remunerados por desempenho (bundled ou outros métodos combinados)

LIÇÕES APRENDIDAS

- Negociações com atores relevantes devem ser melhor estruturadas. O ACA foi parcialmente desestruturado no Governo Trump por pressões de seguros, hospitais e entidades médicas;
- Pressões de custo voltam a surgir no sistema, podendo elevar custos e reduzir cobertura (o que já vem ocorrendo).
- VBHC ainda não foi desmontado nos planos públicos e avança nos seguros privados, mas alguns problemas começam a surgir.

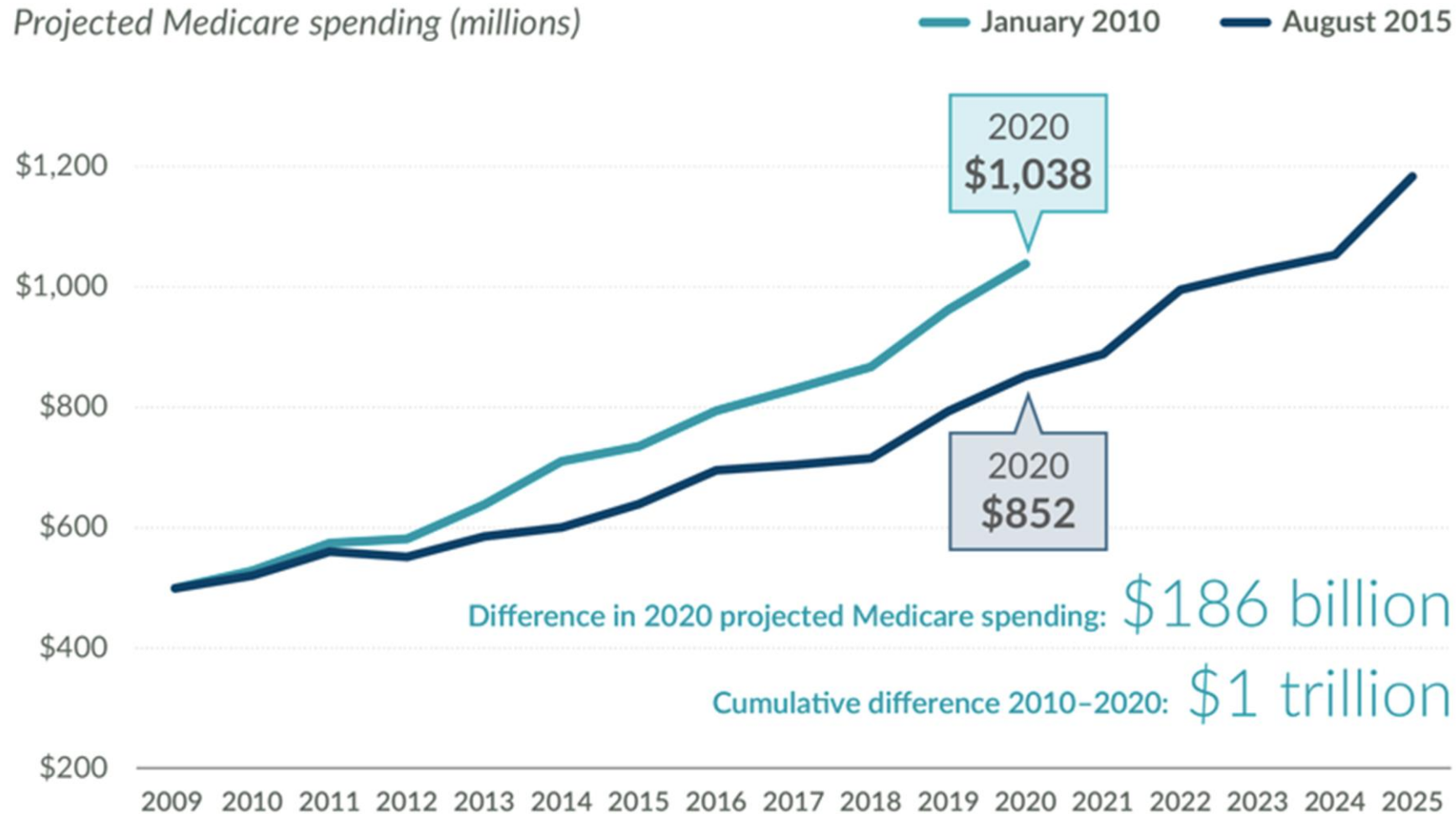
Crescimento do Número e da Cobertura das ACO's nos Estados Unidos



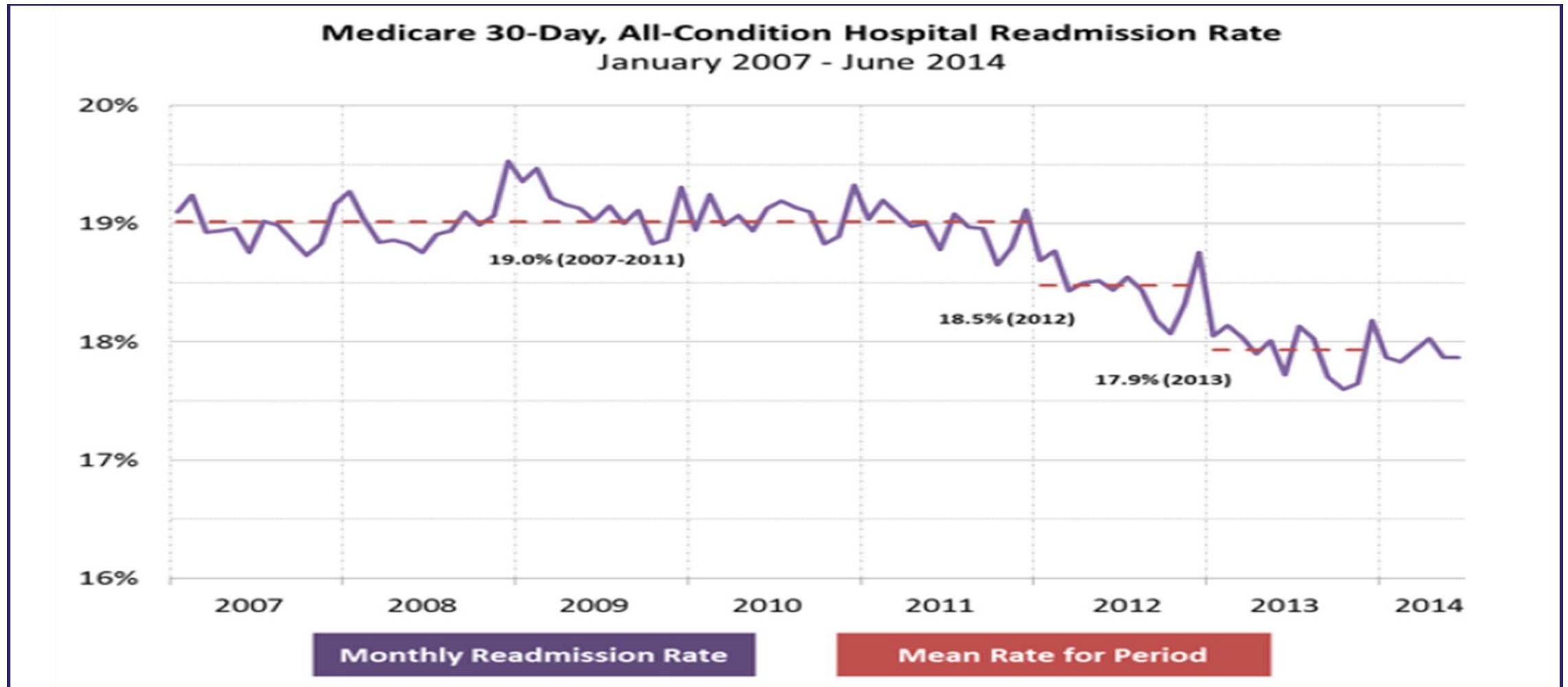
*Data is for Q1 of each year.

Sources: Muhlestein and McClellan 2016, Muhlestein et al. 2017, Muhlestein et al. 2018

Impactos do VBHC no Medicare (Plano Público de Saúde dos Idosos nos EUA)



Medicare: Melhoria da Qualidade e Redução das Reinternações



Tendências do VBHC nos Estados Unidos

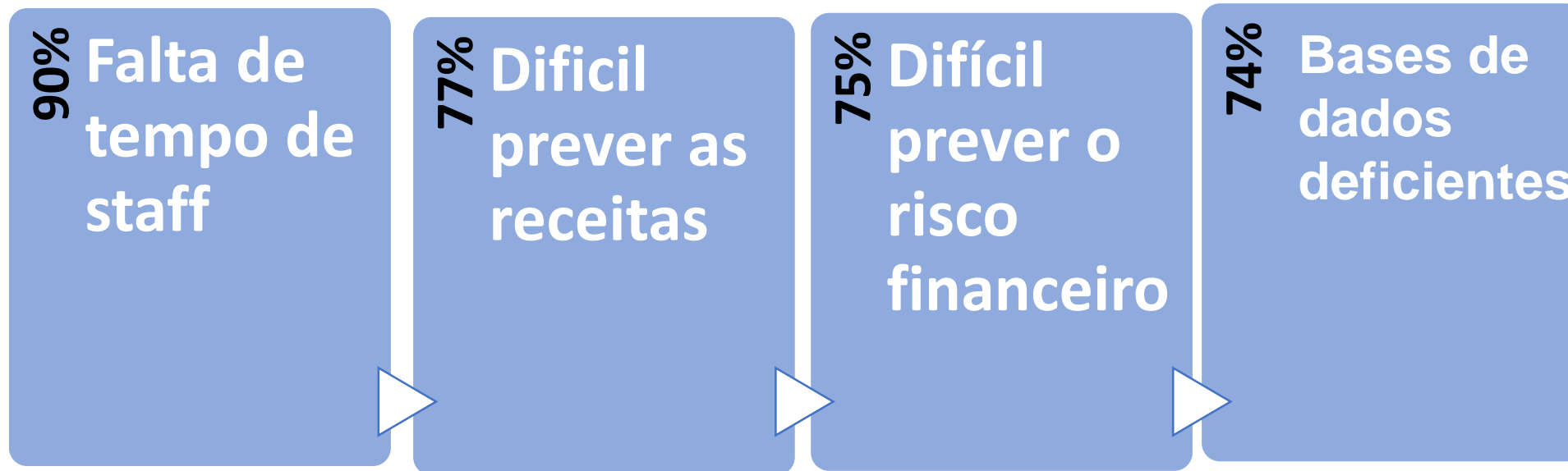
- Redução de custos pelo VBHC em 2018 ficou ao redor de 6% de acordo com surveys, mas poderá reduzir nos próximos anos;
- Quase 80% dos provedores relataram progressos na qualidade assistencial, engajamento dos pacientes e na relação com provedores;
- Pela primeira vez o setor privado (e não o governo) lideraram a implementação do VBHC;
- Pagamento por serviços (fee-for-service) declina em grandes proporções como processo de pagamento na saúde.
- Inovações nos processos de pagamento não são rápidas e exigem em média um ano para se realizarem;

Tendências do VBHC nos Estados Unidos

(survey da empresa Change Healthcare)

- Economias trazidas pelo VBHC tem levado a uma contratação extraordinária de pessoal administrativo;
- Entre 35% e 50% dos pagadores consideram o pagamento por episódio (bundled payments) muito eficiente, mas...
- Pagamentos por episódio não tem sido facilmente aceitos pelos provedores de serviços;
- Pagamentos por episódio geram economias em torno de 6% ao ano, dependendo do episódio;
- Cerca de 50% dos pagadores não estão satisfeitos com os resultados dos seus processos analíticos e requerem dados mais refinados.

Principais barreiras identificadas em surveys de sustentabilidade do VBHC



Source: *Four barriers to value-based care*

Feb 4, 2018 - <http://www.managedhealthcareexecutive.com/executive-insight/four-barriers-value-based-care>

Alguns dados sobre como os pagadores utilizam VBHC

Para alcançar resultados nos Estados Unidos: 2017

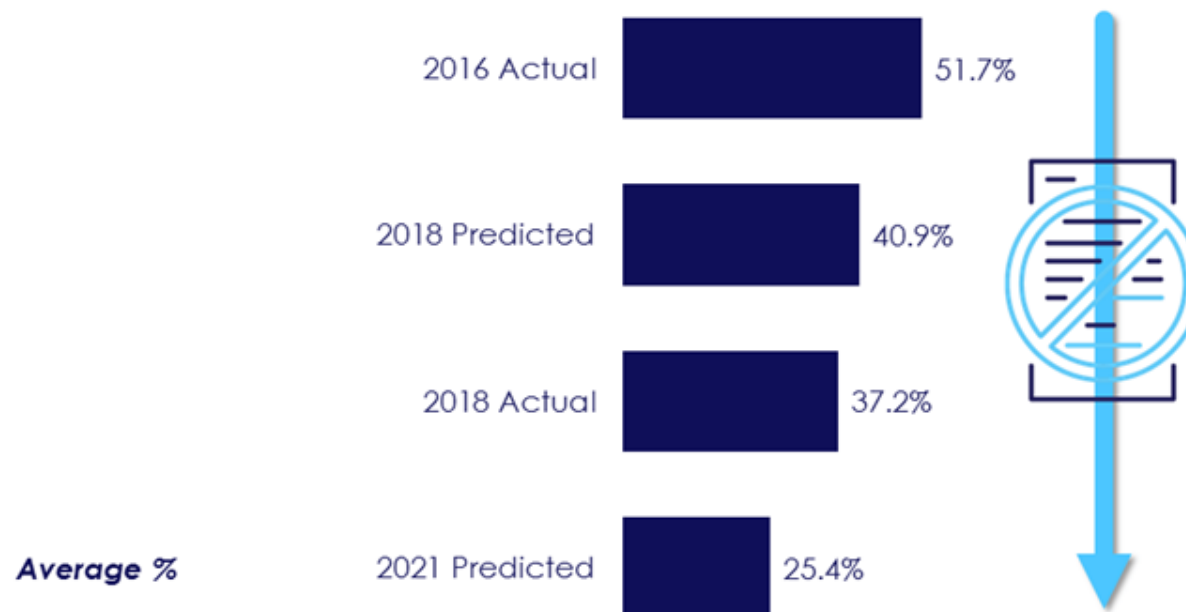
Empresa	Investimento	Economias	Impacto
Anthem (58% dos contratos em VBHC)	US\$255 milhões nos últimos 10 anos (2007-2017) em TI, analytics, processos e RRHH.	Custos da emergência se reduziram em 3.5% e os custos por segurado em US\$10 por mês.	Redução em 7.8% no número de internações relacionadas a casos agudos.
Blue Cross-Blue Shield (15% contratos em VBHC)	Blue Distint Total Care: 450 programas centrados no paciente	Economias estimadas em US\$840 bilhões comparada com modelos de fee-for-service.	Redução de 6,4% e 8,1% em internações e reinternações comparada tradicionais.
Cigna (56% dos contratos em VBHC)	Cigna's collaborative care program	Redução de custos de US\$145 milhões em 2015	Redução em 30% das visitas de emergência
Humana (54% dos contratos em VBHC)		20% de redução dos custos por assegurado	10% de redução em medicamentos para pacientes com necessidades especiais.

Fonte: Jeff Micklos, JD & Caitlin Sweany, MPH, Economic Investment and the Journey to Health Care Value — Part II: Health Care Payers November 28, 2017.

**Declínio do
Fee-for-
Service como
Modalidade
de
Pagamento**

Decline of Fee-for-Service Accelerates

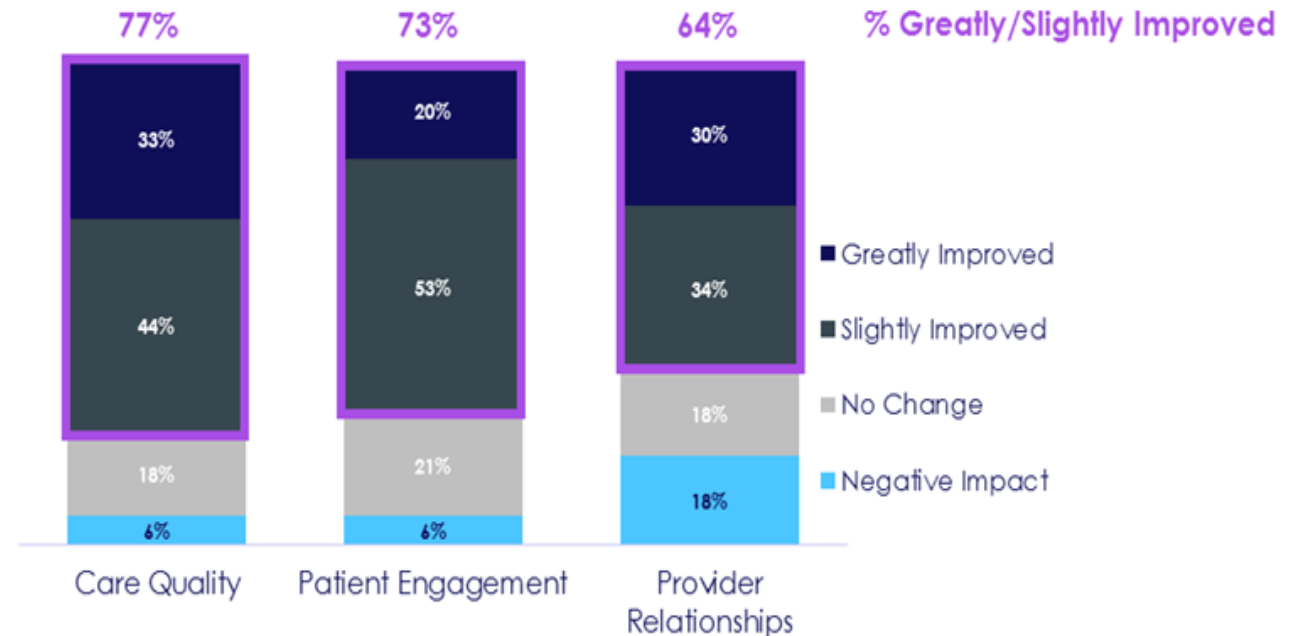
Proportion of Business Aligned with Fee-for-Service



**Progressos em
relação a
qualidade,
engajamento do
paciente e
relação com os
provedores**

Big Shift Toward the Triple Aim

Impact on Care Quality from Value-Based Care Strategies



Conclusão:

Países com diferentes níveis de implantação do VBHC exigem diferentes níveis de resposta



Obrigado!

CONTATOS

André Cezar Medici

E-mail: mediciandre@gmail.com

Celular: +1-301-7067622