



# VALOR EM SAÚDE - O QUE DIZEM OS STAKEHOLDERS?

Cid Buarque de Gusmão\*; Ana Maria Malik \*\*  
 \*Centro de Combate ao Câncer, \*\*EAESP-Fundação Getúlio Vargas

PROCOLO 94 EIXO TEMÁTICO: Gestão em Saúde

## 1. INTRODUÇÃO

O modelo do Value-Based Healthcare (VBHC) propõe que seja possível fornecer uma assistência de alta qualidade racionalizando e reduzindo custos financeiros por meio de um ecossistema de saúde alinhado e focado na estratégia competitiva baseada em valor, definida pela perspectiva do paciente e não pela do sistema de saúde. Essa estratégia apresenta desafios, pois requer mudanças culturais e organizacionais nos diversos *stakeholders* e em toda a cadeia de valor da saúde. No modelo do VBHC dois princípios são colocados como fundamentais. Primeiro, que a assistência deva estar centrada no paciente e o foco deve estar no significado de valor *para* os pacientes, e não apenas na redução dos custos. Segundo, que sendo o valor para os pacientes efetivamente o condutor das escolhas dos prestadores, a relação entre os desfechos em saúde por valor monetário incorrido melhorará de forma significativa. A efetivação do modelo do VBHC depende da implantação e ocorrência de pressupostos estabelecidos na teoria, sem os quais a estratégia competitiva não se estabelece e o valor baseado em saúde não se apresenta. Desde a proposição do modelo por Michael Porter em 2006, no livro *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, países e instituições tem buscado a implementação do modelo, porém até o momento não podemos observar esta implantação de forma plena.

## 2. PALAVRAS-CHAVE

value-based health care (VBHC); stakeholder; medidas de resultado

## 3. MÉTODO

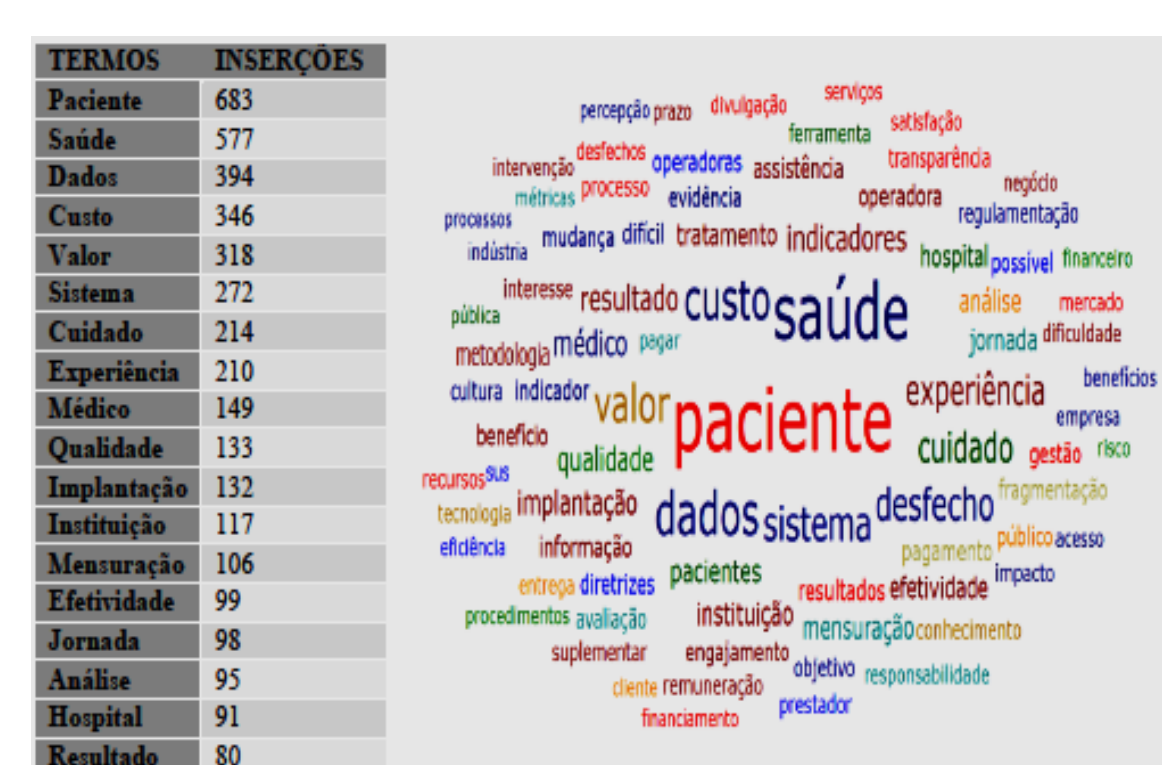
Pesquisa de natureza aplicada, objetivo exploratório e abordagem qualitativa, tendo por estratégia o estudo de caso. Como técnica foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e analisadas com por meio da análise de conteúdo. Buscou-se compreender a percepção sobre o VBHC por parte dos *stakeholders* por meio de perguntas de natureza explicativa, consequência e avaliativas. Foram entrevistados 32 *stakeholders* de nível sênior C-level, de formação médica e não médica, distribuídos nas categorias: Prestadores (médicos, hospitais, clínicas). Órgão Governamental (Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, ANS, CONITEC); Operadoras (autogestão, cooperativa médica, seguradora, medicina de grupo, administradora de benefícios) e Indústria Farmacêutica. As entrevistas totalizaram 26h16min, variando de 34 a 100 minutos. A análise utilizou como método a Análise de Conteúdo (BARDIN) e como análise lexical, a Nuvem de Palavras.

## 4. RESULTADOS

Percepção do universo de Stakeholders



Percepção da categoria Prestadores

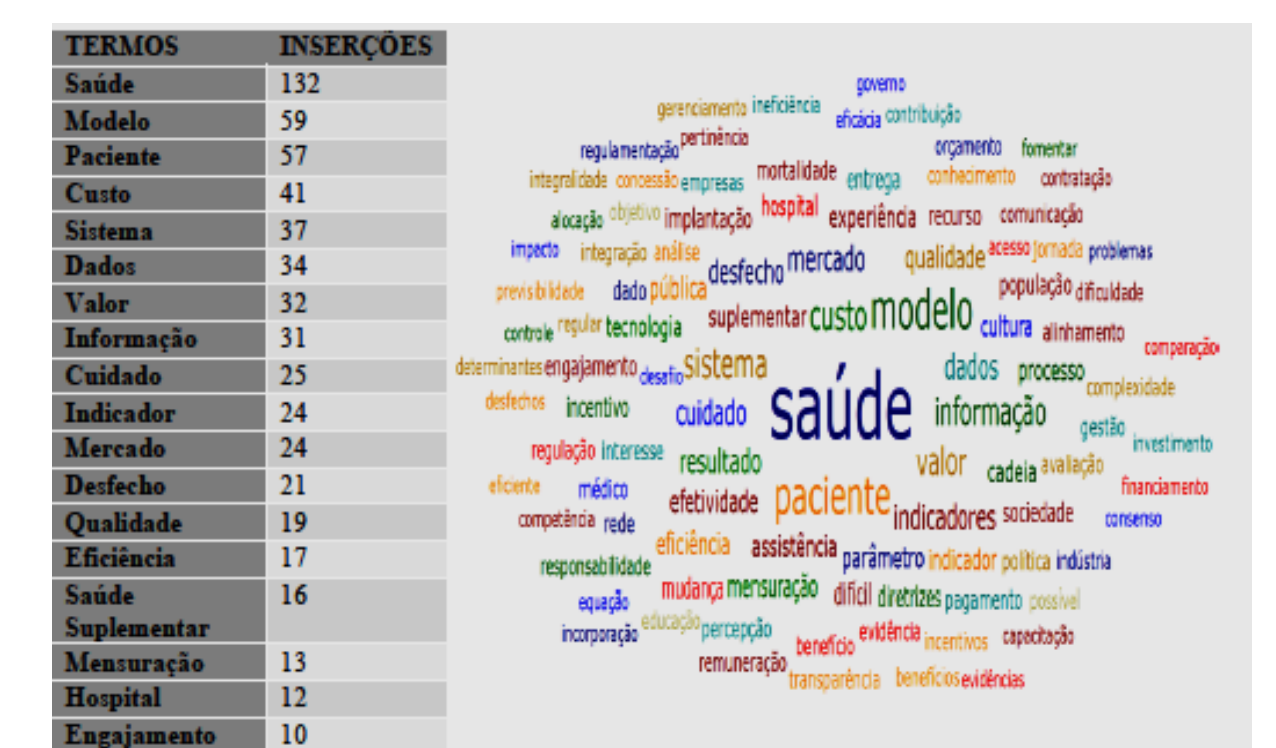


## 4. RESULTADOS

Percepção da categoria Indústria Farmacêutica



Percepção da categoria Governo



Segundo Porter, para alcançar o VBHC é necessário a reorganização dos cuidados centrados no paciente, a integração de *expertises*, a definição de modelos de pagamento baseados em valor, o estabelecimento de jornadas de cuidado, a publicização de métricas e desfecho, e a criação de ferramentas de informação de coleta de dados.

Analisando-se as nuvens percebe-se a presença de vocábulos que identificam os princípios da teoria, em especial o entendimento do VBHC como um modelo de cuidado. Analisando-se os discursos percebe-se uma preponderância e densidade maior do vocábulo custo sobre valor, causado pela pressão frente ao desafio da sustentabilidade do sistema de saúde e pela necessidade de equilíbrio entre custos incorridos e benefícios alcançados. O conceito de *patient centricity* para alcance de valor, alicerce do VBHC, está refletido na preponderância da palavra paciente no discurso dos prestadores médicos e hospitais, enquanto nas categorias prestadores operadora, indústria farmacêutica e governo, o vocábulo saúde é o mais preponderante, donde pode ser inferir uma influência da formação do *stakeholder* no entendimento do conceito sobre o VBHC. A definição e mensuração de métricas no discurso de *stakeholders* de formação médica privilegia a valorização de resultados e desfechos relacionados às expectativas dos pacientes. *Stakeholders* de formação não médica apresentam discursos voltados a métricas relacionadas a processos e atributos que proporcionem a contenção e racionalização de custos. Os discursos não mostram também o entendimento da importância de mensuração de resultados que reflitam o ciclo completo de cuidado, como proposto no VBHC, refletindo ainda métricas fragmentadas e pontuais no percurso da assistência. A percepção dos entrevistados é de que a transparência e publicização de métricas e desfechos, um dos pilares do VBHC, não são de interesse ou praticadas pelos *stakeholders* da cadeia de saúde. Da mesma forma, a uniformidade de objetivos não é identificada nos discursos e é reconhecida como não existente pelos mesmos. Os entrevistados percebem a existência de uma assimetria de conhecimento sobre saúde baseada em valor na cadeia da saúde. Ao contrário de Porter, que considera que o governo tem papel fundamental na implantação do VBHC através da instalação de regras, os *stakeholders* entrevistados não apresentam percepção uniforme, estando direcionados à não obrigatoriedade ou necessidade de regulação. As entrevistas mostram a percepção da falta de integração, interoperabilidade e incapacidade das tecnologias de informação presentes no País de proporcionar resultados esperados conforme descritos na teoria do VBHC. As entrevistas não identificaram um discurso de crítica ao VBHC.

## 5. CONCLUSÃO

O trabalho não identificou um discurso crítico ao VBHC, tendo os entrevistados se mostrados receptivos à teoria e seus potenciais benefícios, apesar da ausência de evidências a sua implantação. Os discursos mostram a preponderância da percepção do VBHC como um modelo de entrega de cuidado e uma ausência da percepção do VBHC como estratégia competitiva. Uma das principais limitações encontradas foi a ausência de transparência e interesse na divulgação de dados e desfechos, o que na prática, impediria a comparação e competitividade. O trabalho não encontrou uniformidade nos conceitos referentes ao VBHC e pagamento baseado em valor. A ausência de incentivos e de cultura organizacional voltada ao VBHC estão presentes no discurso de todas as categorias entrevistadas. Por fim, o trabalho conclui que o conhecimento sobre a teoria do VBHC é heterogêneo no ambiente analisado e identificou equívocos conceituais nos discursos dos diferentes *stakeholders*.

## BIBLIOGRAFIA

1. PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.
2. PORTER, M.E., LEE, T.H. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, v.91, n.10, p.50-70, 2013.
3. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016