



O setor de saúde e a remuneração baseada em valor

Sheila Mittelstaedt, sócia-diretora de Healthcare & Life Sciences da KPMG no Brasil.

Há mais de uma década, o mercado de saúde vem sinalizando que o modelo atual, baseado em relações competitivas com foco na doença, tornou-se insustentável. Estudos apontam que esse formato que trabalha pelo volume – e não pela qualidade – precisa de mudanças significativas, tanto na forma de remuneração dos serviços prestados quanto na maneira como todos os envolvidos interagem, disputando diretamente recursos finitos, independentemente dos desfechos clínicos do paciente.

Todavia, uma quebra de paradigma de tal magnitude – com impactos transversais na cadeia de saúde – pressupõe uma mudança cultural

tão profunda, que leva mais tempo que o necessário para impactar o bolso dos decisores. No Brasil, o mercado apenas despertou para uma nova forma de se prover saúde suplementar a partir do momento em que as sinistralidades passaram de 90%, tornando os reajustes de preços inviáveis para todas as pontas.

Neste cenário, duas grandes linhas de atuação vêm sendo estruturadas desde 2006. A primeira, focada na mudança no modelo de remuneração do sistema, promove a criação de pacotes, valores por grupo de diagnóstico e outros modelos que proporcionam maior previsibilidade e qualidade na entrega do serviço de saúde. A segunda está voltada para atenção primária, com foco

na prevenção de doenças, no monitoramento dos pacientes e no direcionamento para cuidados especializados realmente necessários.

É a partir desse ponto que o debate sobre novos modelos de saúde e de remuneração baseada em valor passa a fazer parte central das discussões do setor. O enfoque tem se voltado a serviços que possibilitem melhor qualidade assistencial, com desfechos clínicos que tragam valor para os usuários, reduzindo custos desnecessários gerados por pacientes sem um direcionamento adequado na rede de saúde e integrando as partes envolvidas em um conceito sustentável.



Níveis predeterminados de riscos financeiros e recompensas podem ser estabelecidos para engajar os provedores a garantir o cuidado apropriado, com o monitoramento dos pacientes. Dentro de um mesmo modelo de saúde baseada em valor, pode haver combinações de diversos tipos de pagamento. Esses arranjos devem ser adaptados aos objetivos e às condições de mercado.

Não existe um único acordo comercial que seja melhor do que outro ou que todos os pagadores e provedores devam adotar – o que há são diversos modelos de pagamentos, que são indicados conforme algumas variáveis, como condição clínica, tipos de serviços previstos na jornada, nível de riscos que os envolvidos querem compartilhar, dentre outros fatores. Também entre os usuáris tais modelos tornam-se cada vez mais atrativos, por impulsionarem a transformação da maneira como o atendimento é prestado e proporcionarem atenção maior à sua saúde e qualidade de vida.

De maneira geral, um setor de saúde centrado no paciente deve seguir o exemplo de outras áreas ao adotar uma abordagem de canais onipresentes para a conexão com os consumidores de serviços e atender às suas necessidades, principalmente pós-pandemia, quando a acessibilidade digital e a multiplicidade de canais se colocaram como condição premente de uma boa relação com o consumidor. Essa abordagem deve estar alinhada com as demandas em evolução dos consumidores, refletir uma responsabilização verdadeira pelos melhores resultados, oferecer uma rede com locais e formatos alternativos de atendimento, além de integrar tecnologias para estimular uma maior conveniência.

É importante ressaltar que o formato deve ser discutido entre as partes,

para que de fato traga valor aos envolvidos. Pois se, por um lado, em acordos de carteiras com grandes populações, há maior flexibilidade para introduzir arranjos de pagamento mais específicos e um potencial de redução de custo importante para o pagador, por outro, o risco para os provedores aumenta, pois o valor das perdas potenciais aumenta com o tamanho da população. Apresentar o potencial de perdas ao longo do tempo, em equilíbrio com a oportunidade de alcançar ganhos maiores, e criar tetos de riscos que limitam o potencial de perda são estratégias para reduzir a preocupação do provedor com a reforma do pagamento.

Embora o entendimento sobre o tema esteja cada vez mais estabelecido entre os participantes da cadeia de saúde, o assunto ganhou força nos últimos dois anos. Com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a criação de projetos relacionados, várias operadoras começaram a se desenvolver neste sentido. O setor privado é o que possui maior engajamento, mas ainda é muito comum que o incentivo para tais iniciativas seja a redução de custos e não a efetiva geração de valor.

Um fator crítico importante no cenário brasileiro é o desafio de implantar uma jornada integrada e coordenada com diferentes partes envolvidas (hospital, operadora, fornecedoras de insumos e indústria farmacêutica). Além disso, outro gargalo é a gestão de dados dentro do sistema de saúde – não apenas a obtenção destes, mas também o trabalho que pode ser realizado com tais informações e o compartilhamento entre os envolvidos na cadeia.

O desafio, portanto, está em como promover essas mudanças, da teoria à prática, abarcando todos os pontos necessários para que, de fato, se



Sheila Mittelstaedt

tenha um novo modelo de saúde, com entrega de valor a todas as partes envolvidas. Os responsáveis pela estratégia devem compreender onde e em que grau existem oportunidades de valor no mercado que podem ser apoiadas por meio de reformas de pagamentos.

Somente assim, inserindo o paciente no centro das atenções do sistema de saúde, é que a geração de valor poderá seguir dois movimentos simultâneos. Por um lado, haverá uma força de baixo para cima e, conforme dito anteriormente, teremos pacientes empoderados que exigirão qualidade e uma boa experiência, sem necessariamente diferenciar serviços de saúde de outros mercados, como o varejo, por exemplo. E, por outro, uma pressão de cima para baixo, em que teremos os atores da cadeia trabalhando pela geração de valor aos pacientes, tanto para impactar lealdade e referência quanto para controlar custos.■

