



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Textos para Discussão nº 65-2017

Seguro de Saúde Baseado em Valor: conceitos e evidências no sistema de saúde norte-americano.

Autoras: Amanda Reis e Natalia Cairo Lara

Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro

1. INTRODUÇÃO

Os gastos em saúde no sistema público e privado têm sido um debate mundial. A tendência de aumento da inflação médica continua tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil e tem sido de grande preocupação para os governos. Os Estados Unidos, mesmo sendo um país desenvolvido e que tem incorporado novos procedimentos de gestão para diminuir o aumento dos gastos em saúde, apresenta um dos mais altos gastos per capita em saúde do mundo, em 2015 o valor foi de US\$ 9.451,3. Esse crescimento apresenta uma tendência de aumento desde da década de 2000. Apenas do período de 2014 para 2015 foi de 4,7% nos Estados Unidos. No Brasil, o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS) foi 19,4% em setembro de 2016 e 8,5% o Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), que mede a inflação geral da economia foi 8,5%, o que torna a inflação médica uma grande preocupação para o setor de saúde suplementar.

Com esse cenário econômico, no qual a tendência ao crescimento dos gastos em saúde pode levar a instabilidade financeira do sistema, faz-se necessário repensar as práticas de saúde que estão sendo aplicadas aos pacientes e, ao mesmo tempo, aumentar a qualidade do tratamento ao indivíduo.

Em 2001, Mark Fendrick e Michael Chernew desenvolveram o conceito de “coparticipação baseado em valor”, uma estrutura de um projeto que tinha como objetivo a redução de coparticipação a partir de serviços de saúde de alto valor. Mais tarde, em 2005, o Dr. Fendrick juntamente com uma equipe da Universidade de Michigan, chegaram ao modelo do seguro de saúde baseado em valor. O presente Texto de Discussão irá abordar esse conceito de Seguro de Saúde Baseado em Valor (SSBV), seus benefícios e as práticas adotadas nos Estados Unidos, com o objetivo de trazer novas ferramentas ao sistema de saúde suplementar brasileiro para adotar práticas que colaboram para diminuir custos em saúde, assim como, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

2. CONCEITO DE SEGURO DE SAÚDE BASEADO EM VALOR (SSBV)

Os seguros de saúde, em geral, são ofertados com a opção de ter ou não a coparticipação. A coparticipação é uma modalidade de pagamento na qual o beneficiário paga por um percentual (ou parcela) do custo gerado por um procedimento para o seu tratamento em saúde. Normalmente, a coparticipação é realizada para procedimentos ambulatoriais e exames e em alguns modelos de seguros nos Estados Unidos, também, é cobrada a coparticipação de internações. O SSBV, por outro lado, busca que o beneficiário não realize o pagamento da coparticipação, ou, que desembolse um valor baixo para procedimentos que possuem alto valor para sua saúde. Os procedimentos caracterizados como de alto valor partem da premissa do que é importante para a prevenção da saúde de cada indivíduo a partir do conceito de medicina baseada em evidência¹. Assim, o SSBV busca incentivar o paciente a realizar exames e consultas preventivas de acordo com seu perfil sem a necessidade de arcar com custos *out-of-pocket*. Com essa metodologia, o SSBV elimina desperdícios em serviços de saúde, pois visa incentivar o paciente a cuidar da sua saúde a partir da medicina baseada em evidência (Fendrick, et al, 2010).

A metodologia da medicina baseada em evidência disponibiliza as informações necessárias para os gestores do SSBV categorizar o melhor procedimento para o indivíduo segundo o custo efetividade. A partir desses dados é possível oferecer ao beneficiário um baixo custo de coparticipação, ao mesmo tempo, que oferece boa qualidade dos serviços em saúde.

Os procedimentos podem ser divididos em duas categorias: alto valor (que são os cuidados primários para o indivíduo, tratamentos direcionados a pacientes com doenças crônicas e medicamentos selecionados); e baixo valor (normalmente envolvem cuidados terciários, em alguns casos cuidados secundários – Quadro 1). Caso o procedimento seja considerado

¹ A Medicina Baseada em Evidência é a prática da medicina juntamente com a experiência clínica tendo a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica (A.A. LOPES, 2000).

de baixo valor, a seguradora pode optar por colocar uma alta coparticipação, ou, até mesmo não cobrir tal procedimento. Os procedimentos de alto valor apresentam redução da coparticipação (ou eliminação) para cuidados primários, ou, para a contratação do seguro em casos específicos da situação clínica do paciente, sempre levando em conta a custo efetividade do tratamento (Fitch, 2008).

O Seguro de Saúde Baseado em Valor é recente no mercado e pode ser aplicado para qualquer esfera de serviços médicos e hospitalares. No entanto, o seguro está sendo mais aderido na área de medicamentos, contendo baixa coparticipação para a adesão de medicamentos, principalmente no caso dos diabéticos, com a intenção de estimular o cuidado à saúde desses pacientes (Fitch, 2008).

3. SURGIMENTO DO SEGURO DE SAÚDE BASEADO EM VALOR

Em 2001, Mark Fendrick e Michael Chernew desenvolveram o conceito de “coparticipação baseado em valor”, uma estrutura de um projeto que tinha como objetivo a redução de coparticipação a partir de serviços em saúde de alto valor. O conceito de seguro de saúde baseado em valor foi concluído em 2005 por Dr. Fendrick juntamente com uma equipe da Universidade de Michigan, (Downs, et al. 2009). Os pesquisadores da Universidade, coordenado pelo Dr. Fendrick, publicaram um artigo com o conceito do Seguro de Saúde Baseado em Valor, e à medida que este estudo alcançou uma visibilidade na mídia, foi criado o Centro de Seguro de Saúde Baseado em Valor² (*VBID Center*) que é coordenado pela Faculdade de Medicina e Departamento de Política de Saúde e Inovação da Universidade de Michigan. O objetivo da criação do centro é promover o desenvolvimento do SSBV, implementar e avaliar os programas dos planos de saúde que incorporam os princípios do Seguro de Saúde Baseado em Valor.

O SSBV é praticado nos Estados Unidos e, |de acordo *VBID Center*, o plano atende tanto o sistema de saúde privado no país, assim como,

o sistema de saúde público. O objetivo do seguro não é apenas reduzir os custos em saúde, mas promover uma alta qualidade de serviços em saúde, assim como, o *pay for performance* como modelo de pagamento para os médicos, e a incorporação da gestão de doenças crônicas (Fendrick, 2009).

Tipos de planos com SSBV

- a) SSBV - serviços de saúde: O valor da coparticipação para esse tipo de plano será reduzido para serviços em saúde custos-efetivos e também pode ser voltado para medicamentos específicos ou exames preventivos (Fendrick, 2009);
- b) SSBV – por base nas condições clínicas: O valor da coparticipação será reduzido para tipos específicos de condições clínicas. Por exemplo: se a maioria dos funcionários de uma empresa possuem mais de 50 anos, os procedimentos clínicos, exames e medicamentos específicos para essa faixa-etária terão os seus valores de coparticipação reduzidos. Caso os funcionários com idades inferiores a essa faixa etária solicitarem um exame que é custo-efetivo para idade acima de 50 anos, e não para a sua idade, será cobrado um valor maior de coparticipação (Fendrick, 2009);
- c) SSBV – para doenças crônicas: Redução da coparticipação para tratamento em saúde para pacientes com doenças crônicas que participam de um programa de gestão de doenças crônicas (Fendrick, 2009).

A inserção do SSBV no sistema de saúde privado

Um das primeiras empresas a incorporar o modelo SSBV para seus trabalhadores foi a Pitney Bowes, em 2004, e apresentou como resultado a diminuição da coparticipação de vários tipos de medicamentos que eram prescritos para doenças crônicas de seus funcionários. A empresa no início da incorporação do seguro apresentou de imediato uma redução de pelo menos 1 milhão de dólares nos custos com saúde. O principal motivo dessa redução foi o incentivo aos funcionários de tomarem as suas medicações para doenças crônicas,

² <http://vbidcenter.org/wp-content/uploads/2016/11/3-initiative-one-pager-1-31-17-Final.pdf>

promovendo uma promoção à saúde no local de trabalho (ROSEN e FENDRICK, 2014).

No Quadro 1 será apresentando as primeiras empresas norte-americanas que incorporaram o SSBV e quais foram as principais mudanças em relação aos custos em saúde.

QUADRO 1: EMPRESAS QUE INCORPORARAM O SSBV NOS ESTADOS UNIDOS – 2005 A 2008

EMPRESA	PERÍODO	PRINCIPAIS MUDANÇAS
Mayo Clinic	Jan 2002 - Dez 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Removeu toda a coparticipação dos custos em relação a cuidados primários (incluindo rastreamento colorretal e mamografia) • Aumento do valor da coparticipação para cuidados secundários como exames de imagem e procedimentos ambulatoriais • Expansão da capacidade de atenção primária
Marriott	Jan 2005 - Dez 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminou a coparticipação para um determinado rol de medicamentos genéricos • Redução de 50% de coparticipação para medicamentos de marcas selecionadas • Incorporação programa de gerenciamento de doenças
Novartis	Jan 2005 - Dez 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de coparticipação de medicamentos genéricos e de marcas farmacêuticas selecionadas • Incorporação de programa de gerenciamento de doenças
Florida Health Care Coalition	Jan 2006 - Dez 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de coparticipação de medicamentos genéricos e de marcas farmacêuticas selecionadas (De 10% para 10 a 35% de redução) • Incorporação de programa de gerenciamento de doenças
Pitney Bowes	Jan 2007 - Dez 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de coparticipação de medicamentos genéricos e de marcas farmacêuticas selecionadas – prescritos para pacientes com histórico de diabetes e doença vascular • Redução de coparticipação para medicamentos de marcas selecionadas prescritos • Incorporação de programa de gerenciamento de doenças
Sponsors of Blue Cross Blue Shield of North Carolina - administered Plans	Jan 2008 - Dez 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação de coparticipação de medicamentos genéricos de marcas selecionadas • Redução de coparticipação para medicamentos de marcas selecionadas

Fonte: ROSEN e FENDRICK, 2014 Elaboração: IESS.

A inserção do SSBV no sistema público

Em 2013 foi o início da incorporação do SSBV nos programas dos serviços públicos norte-americanos Medicare e Medicaid, permitindo flexibilidade na determinação das regras para a coparticipação de custos de medicamentos e para algumas visitas médicas ao paciente (ROSEN e FENDRICK, 2007).

Os autores, ROSEN e FENDRICK (2014), destacam que a incorporação do SSBV na Carolina

do Norte apresentou uma economia dos custos em serviços de saúde de 5,7 milhões de dólares, porém aumentaram os custos em medicamentos de 6,4 milhões de dólares. Os autores citam que estudos também mostram que a incorporação do SSBV na população de risco podem reduzir os custos em cuidados de saúde e melhorar o desempenho de saúde dos pacientes.

No Quadro 2 é possível verificar as incorporações estaduais que ocorreram de 2011 a 2014 do SSBV.

QUADRO 2: ESTADOS NORTE-AMERICANOS QUE INCORPORARAM O SSBV NOS ESTADOS UNIDOS – 2011 A 2014

ESTADO	PRINCIPAIS ASPECTOS
Connecticut	Em 2011 incorporou os princípios do SSBV para os funcionários de uma empresa estatal chamada <i>Employee Bargaining Agent Coalition</i> .
Michigan	Em 2013, incorporou os princípios do SSBV no programa <i>Healthy Michigan Plan</i> , o qual é pertence ao <i>Medicaid</i> de Michigan
Nova Jersey	Em 2014, um projeto de lei foi realizado para criar um programa piloto com o objetivo com duração de 3 anos para ampliar os benefícios dos funcionários no estado de Nova Jersey
Novo México	Em 2014, incorporou os princípios do SSBV no programa <i>Centennial Care</i> , o qual é pertence ao <i>Medicaid</i> do Novo México
Óregon	Em 2010, foi incorporado os princípios do SBBV para os funcionários públicos do estado de Óregon .
Virgínia	Em 2014, incorporou os elementos do SSBV para funcionários públicos, na Câmara Estadual da Virgínia para os funcionários, e no <i>Medicaid</i> do estado.

Fonte: ROSEN e FENDRICK, 2014. Elaboração: IESS.

4. O QUE É NECESSÁRIO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SSBV?

Baseado nas referências norte-americanas, nesta seção foram elencados os principais itens necessários na implementação de um SSBV.

a. Tecnologia da informação e compartilhamento de informações

A complexidade da implementação do SSBV pode variar de acordo com o tipo de plano que se está implementando. Por exemplo, a implementação será mais complexa e custosa se o alvo do programa forem tipos diferentes de beneficiários (diferentes características clínicas) e não tipos de serviços (tipos de exames, terapias, entre outros) (Milliman, 2008). Nesse caso, deve haver disponibilidade de dados clínicos dos beneficiários, enviados diretamente pelos prestadores de serviços saúde. Isso demanda altos custos de compartilhamento de informações assim como levanta questões de confidencialidade das informações do paciente. Também é necessária uma base de dados estruturada sobre os prestadores para que se permita identificar os serviços que mais geram valor para a saúde (Fendrick, 2010).

b. Possuir base de conhecimento para análise baseada em evidências

Para determinar quais serviços e provedores oferecem o melhor valor, o SSBV deve usar evidências clínicas de alta qualidade e dados sobre o desempenho dos prestadores de serviços. As decisões sobre o valor de serviços ou dos prestadores não devem se basear unicamente em custos (Mitts, 2013).

c. Ter rede de prestadores de alto valor

A existência de uma rede de prestadores de alta qualidade e que gerem valor para a saúde é importante para os bons resultados do SSBV. Prestadores de saúde de alto valor instruem os beneficiários para tratamentos e diagnósticos com evidência de efetividade e tendem a ser mais eficazes do que prestadores que não prezam pelo valor da saúde.

d. Recompensar os prestadores pelo valor gerado para a saúde

Os prestadores de saúde nem sempre recomendam aos pacientes os cuidados que oferecem o valor mais alto em saúde (Mitts, 2013). Isso pode ocorrer por alguns motivos: (i) eles

se baseiam em evidências desatualizadas; (ii) eles têm algum incentivo financeiro para fornecer um tratamento menos efetivo; (iii) ou eles não estão familiarizados com novas opções de tratamento que geram alto valor. Para resolver esse problema, os programas precisam educar os prestadores sobre a evidência clínica que apoie suas políticas de design de seguros e criar incentivos financeiros para incentivar os provedores a oferecerem cuidados de alto valor. Os incentivos financeiros podem incluir pagamentos de bônus por diretrizes clínicas baseadas em evidências ou aumento de reembolsos pelo uso de opções de tratamento de alto valor.

e) Papel da comunicação das informações do SSBV

É importante a disseminação da informação de como funciona o SSBV entre provedores e pacientes para encorajar na utilização correta dos benefícios (Fitch, 2008).

5. COMO AS SEGURADORAS DETERMINAM O VALOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Uma das dificuldades de elaboração de um SSBV está na forma de determinar quais serviços e medicamentos, que no caso norte-americano são cobertos pelas seguradoras, acrescentam mais valor à saúde dos beneficiários. O conceito de valor está intimamente alinhado com o conceito de custo-efetividade. Especificamente, os serviços de alto valor, ou serviços custo-efetivos, são aqueles que proporcionam benefícios substanciais para a saúde em relação ao custo (Fendrick et al, 2010). Mesmo nos Estados Unidos, onde o SSBV existe há anos, existem numerosos critérios segundo os quais o valor de um serviço clínico pode ser julgado e diferentes critérios podem ser utilizados para diferentes serviços ou subpopulações de pacientes (Robinson, 2010). O entendimento geral é que os serviços de saúde de alto valor são aqueles cuja efetividade clínica está bem estabelecida e cujos benefícios para a saúde são julgados proporcionais ao seu custo (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2015).

Nos Estados Unidos, em geral as seguradoras de saúde que oferecem SSBV para medicamentos podem escolher algumas opções

para definir o valor: a) utilizar os protocolos do *Food and Drug Administration* (FDA), o equivalente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil, b) utilizar um compêndio de medicamentos como da *National Comprehensive Care Network*, um instituto que faz análises de medicamentos para o câncer, ou, c) empreender sua própria análise baseada em evidências (Robinson, 2010).

No caso de procedimentos e exames diagnósticos, os Estados Unidos não possuem uma agência que realize análises comparativas de valor como existe no Reino Unido o *National Institute for Clinical Excellence*, gerando, portanto, uma dificuldade maior para determinar quais são os serviços de saúde de alto valor relacionados a algumas doenças, mas, ainda assim, há evidência suficiente disponível para dar suporte à criação de SSBVs (Fitch, 2008). No caso de procedimentos cirúrgicos que apresentem alta variabilidade de custo e qualidade entre os prestadores, critérios são utilizados para identificar os prestadores que geram mais valor para a saúde, sendo esses critérios semelhantes aos utilizados para identificar centros de excelência, como fornecimento de estatísticas de indicadores de qualidade e documentos que comprovem a adesão a processos de cuidados baseados em evidências.

Dado que as seguradoras de saúde têm acesso às avaliações baseadas em evidência, elas têm que definir a estrutura de coparticipação e franquia do seguro. Essa definição pode ser feita baseada em critérios clínicos e no fato de que o resultado de um serviço de saúde varia de acordo com o grupo para o qual é indicado e com a severidade da doença (Choudry, 2010). Nos EUA esse tipo de SSBV é o mais comum e determina redução da coparticipação para os beneficiários que satisfazem critérios clínicos específicos, de forma que o incentivo da coparticipação seja eficiente. Como demonstrado no Quadro 3, esse tipo de SSBV gera um maior potencial para que o beneficiário de beneficiar do serviço de saúde, já que ele será incentivado a utilizar os serviços de saúde que geram mais valor para sua condição clínica. Essa estratégia é usada pela seguradora Aetna, onde os beneficiários que sofreram um infarto do miocárdio

são isentos de coparticipação para medicamentos de prevenção secundária, como estatinas (Choudhry 2008). Uma outra abordagem parecida com essa é a redução de coparticipação para serviços de alto valor utilizados por pacientes que participam de programas de gestão de doenças. Nessas duas abordagens, a identificação de pacientes com condições médicas específicas geralmente requer que a seguradora tenha dados clínicos para avaliar a elegibilidade do paciente para a coparticipação reduzida, o que acrescenta complexidade na implementação do SSBV (Quadro 3).

QUADRO 3: VARIAÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO DE SEGUROS DE SAÚDE BASEADOS EM VALOR.

DETERMINAÇÃO DA COPARTICIPAÇÃO BASEADA EM CRITÉRIOS CLÍNICOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Sim	Atinge os beneficiários com maior potencial de se beneficiar do serviço	Requer um complexo sistema de dados dos beneficiários
Não	Simple de administrar	Nem todos os beneficiários se beneficiam igualmente de todos os tratamentos

Fonte: Adaptado de Choudry, 2010.

Em muitos casos, os dados que as seguradoras possuem não são adequados para determinar as circunstâncias clínicas que envolvem uma determinada decisão terapêutica. Dessa forma, na determinação do desenho do SSBV, torna-se mais prático reduzir as coparticipações de medicamentos ou serviços de saúde, independentemente da indicação, aceitando que alguns pacientes tirarão menos proveito do que outros. A *Active Health Management*, uma subsidiária da Aetna, estruturou seus SSBV com esse critério de determinação da coparticipação, que são reduzidas para medicamentos que tratam doenças crônicas, como hipertensão. Esse desenho de SSBV é mais simples de ser aplicado já que exige apenas que as operadoras possuam a base de evidência científica para determinar o valor dos serviços, mas não exige que se tenha a informação individualizada dos beneficiários e classifica-los em grupos para receber ou não as coparticipações.

5.1 Exemplo Prático – O caso do estado do Oregon

O estado norte-americano do Oregon desde 1986 utiliza critérios de definição de valor em suas decisões sobre a cobertura do plano de saúde público *Medicaid*. A determinação do custo-efetividade nesse estado é bem estruturada. Existe uma comissão para realização

de análises baseadas em evidência do Estado (*Health Evidence Review Commission*) que faz a revisão de evidências clínicas a fim de orientar a *Oregon Health Authority* na tomada de decisões relacionadas ao que os planos de saúde do governo devem cobrir. Entre as atividades dessa comissão destacam-se: (i) Desenvolver uma lista de serviços de saúde classificados pelo valor à saúde, representando os benefícios comparativos de cada serviço à população a ser atendida; (ii) Desenvolver ou identificar e disseminar diretrizes de saúde baseadas em evidências para uso dos prestadores de serviços de saúde; (iii) Conduzir pesquisa de eficácia comparativa de tecnologias de saúde (Oregon Health Authority, 2017a).

A lista de procedimentos que geram valor para a saúde (*Priorized List*) é atualizada anualmente para assegurar que as evidências de alta qualidade mais recentes estão sendo usadas para determinar a cobertura (IOM, 2013). Para que um procedimento entre na lista, há um conjunto de critérios para inclusão que ajudam a determinar a cobertura de serviços (Quadro 4). Esses critérios levam em consideração como os serviços ajudam a prevenir doenças, evitar o uso do pronto-socorro e se são custo efetivos. Para esses serviços, a Comissão determina que sejam oferecidos com coparticipação baixa ou sem nenhuma coparticipação (IOM, 2013).

QUADRO 4: CRITÉRIOS DO ESTADO DO OREGON PARA INCLUSÃO DE COBERTURA DE SERVIÇOS QUE GERAM VALOR

CRITÉRIOS
Serviços ambulatoriais, incluindo medicação, exames diagnósticos, procedimentos e algumas consultas médicas
Serviços oferecidos primariamente como "Medical Home"
Serviços focados principalmente em gerenciamento de doenças crônicas, cuidados preventivos e cuidados maternos
Serviços que apresentem benefícios claros, fortemente comprovados por evidências
Serviços custo-efetivos
Serviços que reduzem hospitalizações ou as visitas a pronto socorro, que reduzem a progressão de doenças ou melhorem a qualidade de vida
Baixo custo inicial
Serviços cuja utilização é desejada
Serviços que apresentam baixo risco de utilização inadequada

Fonte: IOM, 2013. ¹ O Medical Home, também conhecido como *patient-centered medical home* (PCMH), é um modelo de assistência à saúde baseado em equipes conduzido por um prestador de assistência à saúde que tem o objetivo de fornecer cuidado médico amplo e contínuo aos pacientes, buscando maximizar os resultados de saúde. Para que a assistência possa ser classificada como *Medical Home* é necessário seguir um conjunto de princípios definidos pela *American Academy of Family Physicians* que estimulam a coordenação do cuidado e a medicina baseada em evidências (American Academy of Family Physicians, 2017). Disponível em: <http://www.aafp.org/about/policies/all/medical-home.html>

A determinação dos serviços que são custo efetivos é realizada utilizando os relatórios produzidos pela *Health Evidence Review Commission*. Além disso, essa comissão publica os relatórios das análises em seu site para que o setor privado também possa usá-los no desenvolvimento de seus produtos SSBV (Oregon Health Authority, 2017b).

6. LIMITAÇÕES E BARREIRAS NA ADOÇÃO DO SSBV

Nos Estados Unidos, médicos, empregadores e seguradoras de saúde geralmente concordam que há mérito na implementação do SSBV,

no entanto ainda se identifica nesse país alguns desafios que devem ser superados para implementar esses planos com sucesso, dos quais destacam-se (American Academy of Actuaries, 2009; Fendrick, 2009):

- **Aumento de custo e utilização de curto prazo:** A premissa do SSBV é reduzir barreiras de custo para tratamentos que geram valor para a saúde. No entanto, reduzir essas barreiras pode aumentar os custos do plano de saúde e do empregador no curto prazo, pois o estímulo a determinados serviços pode aumentar consideravelmente a utilização e por causa disso o custo. No entanto, a expectativa é que uma melhor adesão resulte em melhor saúde e menos complicações em condições crônicas, o que está associado a redução dos custos a longo prazo associados a consultas em pronto socorro e internações, por exemplo.
- **Necessidade de sistemas de dados sofisticados para identificar serviços de alto valor e grupos específicos de pacientes que os utilizam.** Bases de dados amplas e estruturadas são a chave para entender as oportunidades e integrar o SSBV aos sistemas de informação de saúde existentes e aos programas de gerenciamento de doenças.
- **Segurança dos dados do paciente.** Nos Estados Unidos essa questão é importante pois a transferência de dados e os esforços de comunicação entre seguradoras e prestadores de serviços devem cumprir com uma Lei chamada *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) que dispõe sobre a segurança do registro eletrônico das informações clínicas dos indivíduos. Logo, a disponibilidade de dados clínicos dos beneficiários deve estar de acordo com essa Lei.
- **Dificuldade em determinar com precisão o valor dos serviços.** A determinação do valor para a saúde requer o uso de uma combinação de avaliação clínica, economia da saúde e técnicas atuariais. Definir os pagamentos de forma apropriada requer uma análise atuarial robusta. Os programas SSBV se tornam mais fáceis de criar à medida que se avalia os serviços de alto valor através da pesquisa de eficácia comparativa.

■ **Questões comportamentais.** Mesmo que os serviços sejam gratuitos, os indivíduos podem ter outras razões para não seguir os padrões de cuidados adequados. Eles podem não gostar dos efeitos colaterais associados ao tratamento, esquecer ou simplesmente decidir não seguir o tratamento. A comunicação entre os médicos, a operadora e os beneficiários é fundamental para o sucesso do SSBV.

7. EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DO SSBV NOS ESTADOS UNIDOS

Dado que os Seguros de Saúde Baseados em Valor (SSBV) buscam incentivar a utilização de serviços e procedimentos de saúde que têm um maior valor para a saúde, há uma gama de estudos que buscam verificar seu impacto sobre a saúde dos beneficiários e sobre a utilização. Há também estudos que buscam avaliar o impacto dos SSBV sobre os custos das operadoras e das empresas contratantes de seguro saúde. Esses estudos partem da premissa de que o custo advindo do aumento da utilização dos serviços de alto valor pode ser compensado por uma redução de gastos associados a uma queda do número de eventos adversos, como por exemplo hospitalizações, devido ao uso mais eficiente dos serviços de saúde (Chernew et al, 2010).

Vale destacar que a utilização de SSBV ainda é relativamente recente, até mesmo nos Estados Unidos que foi pioneiro nesse tipo de seguro. Por isso, ainda há relativa escassez sobre o impacto desse tipo de seguro na literatura, principalmente no que diz respeito aos custos (Chernew et al, 2010).

Neste estudo, foram destacadas as principais evidências encontradas para os Estados Unidos, por serem o país onde o SSBV surgiu e onde está sendo aplicado a mais tempo. O quadro 5 no fim da seção apresenta um resumo dos artigos analisados.

a. Impacto sobre os custos e sobre a utilização

Com o crescimento dos gastos com saúde, o SSBV tem sido visto pelas empresas que fornecem o benefício de seguro saúde para seus empregados como uma forma de controlar o

crescimento dos gastos com saúde prezando pela saúde dos beneficiários. Nos Estados Unidos, uma empresa de grande porte da área de logística, a Pitney Bowes, que oferece a seus empregados um SSBV sem coparticipação para medicamentos para asma e diabetes, observou uma redução de 19% nos custos por paciente com asma após dois anos de implementação (Neumann et al, 2010). Como apresentando no item de incorporação do SSBV no setor privado a Pitney Bowes apresentou uma redução de pelo menos 1 milhão de dólares nos custos com saúde na incorporação do seguro na empresa (ROSEN e FENDRICK, 2014).

O governo do estado de Minnesota implementou em 2002 um SSBV com o intuito de incentivar os beneficiários a utilizarem os prestadores mais eficientes, que passaram a ser classificados anualmente de acordo com o custo-efetividade que apresentavam. O seguro foi desenhado de forma que os beneficiários tinham maior coparticipação para utilizar clínicas com os piores indicadores (MedPac, 2011). Ao fim de 5 anos, o estado de Minnesota relatou uma redução de gastos com saúde de 7%.

Há estudos que indicam que as mudanças podem não persistir ao longo do tempo. Por exemplo, Gibson et al (2011) identificaram uma diminuição de 20,3% nos gastos gerais em um SSBV com foco na gestão da diabetes após um ano. Após três anos, a diminuição deixou de ser estatisticamente significativa, ou seja não ocorreu mais.

Há também estudos que não encontraram um efeito positivo sobre os custos. Nair et al (2009), analisando um plano que reduziu coparticipação para medicamentos de diabetes, observaram que os gastos com medicamentos aumentaram em 53% no segundo ano de implementação do plano e os gastos com serviços de saúde relacionados a diabetes aumentaram 32% também no segundo ano. Lee et al (2013) realizaram uma revisão bibliográfica sobre estudos observacionais que analisaram SSBV realizados até 2012. Eles identificaram que, apesar de os SSBV estarem associados a melhora na atenção à saúde, nem sempre essa melhora estava associada a reduções significativas no gasto total com saúde.

Uma razão para que o SSBV não gere impacto positivo nos custos está relacionado a um desenho equivocado do seguro. De acordo com Chernew et al 2010, o que ocorre é que o SSBV pode estar cobrindo serviços que são custo efetivos, mas não são “cost-saving”. Por isso, o perfil financeiro de um programa dependerá crucialmente de qual o objetivo do programa. Quanto maior o foco em populações de alto risco, para as quais os serviços de saúde de alto valor são subutilizados, maior o potencial para redução do custo.

Com relação à utilização de serviços de saúde, Nair et al (2010), analisando os resultados de um SSBV para medicamentos (redução de coparticipação de medicamentos para crônicos) num grande empregador americano num período de 3 anos (2005 a 2008), observaram que o SSBV foi associado a diminuições significativas nas visitas aos serviços de emergência (-36%), consultas ao consultório médico (-5%) e hospitalizações (-13%). Da mesma forma, Choudhry et al (2014) observaram reduções na utilização em um SSBV com redução da coparticipação de medicamentos para doenças cardiovasculares. Os autores encontraram reduções significativas nas taxas de visitas médicas para usuários de estatina após a redução da coparticipação (0,8 p.p.). Também foram observadas reduções nas internações hospitalares e nas consultas em pronto socorro (0,90 p.p. e 0,80 p.p.).

b. Impacto sobre a aderência a medicamentos – O caso específico dos Estados Unidos

Grande parte da evidência sobre SSBV é para planos de medicamentos. Isso ocorre por que o sistema de saúde dos Estados Unidos é diferente do brasileiro, pois lá são comuns os planos de cobertura de medicamento. No sistema de saúde americano, a lei chamada *Patient Protection and Affordable Care Act* de 2013 determinou que os planos de saúde devem cobrir medicamentos, geralmente com coparticipação (Scott, 2016). Mesmo que o atual governo americano esteja em processo de alteração dessa lei, não há previsão de como isso altera

a cobertura de medicamentos. Choudhry et al (2010) relataram que de 1.075 empregadores entrevistados, 23% tinham algum tipo de programa SSBV. Dos empregadores com programas SSBV, 52% eram do tipo que reduzem ou eliminam a coparticipação de medicamentos de doenças crônicas. Desse grupo, mais de metade relatam que os programas são bem-sucedidos, com outros 39% afirmando que é muito cedo para determinar. Nesse contexto, muitos planos do tipo SSBV foram desenhados para a cobertura de medicamentos, em geral com o intuito de aumentar a aderência aos tratamentos.

Em 2002, uma grande empresa do ramo de logística com 23 mil empregados no EUA, percebendo o aumento dos gastos com saúde relacionados à diabetes com seus empregados, implementou um SSVB cuja principal característica foi reduzir a coparticipação de medicamentos para o tratamento da diabetes (Mahoney, 2005). Dois anos após a implantação do SSVB, observou-se que a aderência à medicação aumentou de 9% para 22%. De modo semelhante, Maciejewski et al. (2010) analisou o impacto do SSBV oferecido pela operadora Blue Cross a 32.032 pequenas empresas sobre seus empregados (638.796 indivíduos). Nesse grupo de empresas, uma parte adotou o SSBV e outra parte continuou com o seguro saúde convencional. Eles encontraram que, entre 2007 e 2008, a aderência aos medicamentos para diabetes, hipertensão, hiperlipidemia e insuficiência cardíaca congestiva aumentou entre 2% e 4% em comparação às empresas que não ofereceram a opção SSBV.

Outro estudo, analisando uma base de dados de saúde de um grande empregador entre 2006 e 2008, observou que a oferta de um SSVB com redução da coparticipação em medicamentos focado em diabéticos levou ao aumento da aderência aos medicamentos, que passou a ser 6,5 pontos percentuais maior para os empregados que possuíam o SSBV em relação aos que optaram por permanecer com um seguro de saúde convencional (Gibson, 2011).

QUADRO 5: RESUMO DOS ARTIGOS COM EVIDÊNCIA SOBRE O IMPACTO DO SSBV NOS ESTADOS UNIDOS.

EMPRESA E ANO	AUTORES DO ESTUDO	MECANISMO DO SSBV	RESULTADOS AVALIADOS	IMPACTO
Pitney Bowes	Mahoney (2005)	Coparticipação reduzida para medicamentos de diabetes	Aderência ao medicamento, utilização de serviços de saúde e custos	Aumento da aderência de 13 p.p., redução das visitas a pronto-socorro em 26% e redução do custo com medicamentos em 7%.
Estado de Minnesota	Medicare Payment Advisory Commission (2011)	Redução da coparticipação para o uso de prestadores classificados como mais custo-efetivos	Custo	Redução de 7% nos custos totais.
Empresa com 5.427 empregados	Nair et al (2009)	Coparticipação reduzida para medicamentos de diabetes	Aderência ao medicamento, utilização de serviços de saúde e custos	Aderência aumentou 5,43% em 2 anos, diminuição de 25% nas visitas ao pronto socorro específicas para diabetes e de 20% nas hospitalizações, gastos com medicamentos aumentaram em 53% e os gastos com serviços para diabetes aumentaram 32%.
Empresa com 59.038 empregados	Gibson et al (2011)	Coparticipação reduzida para medicamentos de diabetes	Aderência ao medicamento e custos	Aumento da aderência de 6,5p.p. em 3 anos. Nos 3 anos avaliados, o retorno sobre o investimento foi de US\$ 1,33 por dólar gasto.
Aetna	Chernew et al (2010)	Coparticipação reduzida para medicamentos para 3 condições crônicas	Aderência	Aumento da aderência em 3 p.p.
Blue Cross Blue Shield of North Carolina	Maciejewski (2010)	Coparticipação reduzida para medicamentos de 4 condições crônicas	Aderência	Não houve aumento de aderência apenas para as classes de medicamentos para as quais não havia genéricos
Alcoa	Busch et al (2006)	Aumento da coparticipação de serviços ambulatoriais e hospitalares menos custo-efetivos e eliminação da coparticipação para uma vasta gama de serviços preventivos	Utilização de serviços preventivos	Pouco impacto sobre o uso de serviços preventivos.

Fonte: Operadora de médio porte da modalidade de autogestão.

8. O SSBV NO BRASIL

No Brasil não há dados disponíveis publicamente sobre implementação de SSBV. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está atualmente discutindo a normatização

de franquias e coparticipação, já que esses mecanismos não estão muito detalhados na legislação vigente. Uma inovação dessa legislação que está sendo discutida é a proibição de cobrança de coparticipação para tratamentos crônicos como hemodiálise, radioterapia e

quimioterapia e para exames preventivos como mamografia, glicemia de jejum, entre outros (ANS, 2017a). Esses procedimentos estariam listados num “Rol de Isenções” (ANS, 2017b). No entanto, esse procedimento difere de um desenho de seguro baseado em valor pois não há indicação clara de que essa proibição de participação será feita baseada em evidências e com realização de análises de custo-efetividade, e que essas análises ficarão disponíveis publicamente, comprovando a geração de valor para a saúde dos beneficiários.

Algumas características do sistema de saúde suplementar atual podem configurar limitações que dificultem a implementação de um SSBV. Essas limitações estão relacionadas principalmente ao modelo de pagamento a prestadores e à regulação de planos de saúde, como está descrito a seguir:

i. Infraestrutura de informação

O SSBV exige que exista uma base de dados bem estruturada para que a operadora de saúde conheça bem seus beneficiários de forma a decidir, baseado na evidência científica, quais os serviços gerarão mais valor para seus beneficiários. Isso demanda uma padronização geral de processos e informações para que todos os valores sejam reformulados de maneira segura. Existe ainda uma necessidade de maiores investimentos na integração de dados, principalmente com os prestadores de serviços, para que todos os envolvidos consigam acompanhar a trajetória do paciente e como a geração de valor está ocorrendo de fato.

ii. Privacidade da informação

Para que ocorra um acompanhamento eficiente dos beneficiários, as informações devem ser compartilhadas entre operadoras e prestadores. No entanto, a informação clínica do paciente deve ser protegida por critérios que ainda não estão definidos no Brasil, devido à não existência de uma legislação específica para isso, como a HIPAA nos EUA.

iii. Modelo de pagamento

Um importante mecanismo para gerar valor para a saúde num plano de saúde baseado em

valor é o modelo de pagamento a prestadores de saúde, pois ele funciona como um incentivo para que os prestadores gerem maior valor para a saúde do beneficiário. O modelo de pagamento de prestadores mais utilizado no Brasil atualmente é o fee-for-service, um modelo de pagamento baseado na produção que recompensa o volume e a complexidade de exames e procedimentos, contribuindo para o desperdício e aumento dos custos. A ANS tem incentivado o setor a medir qualidade com a emissão de resoluções normativas (RN) relacionadas ao QUALISS (Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde). A RN 364 (de 11 de Dezembro de 2014) trouxe o conceito do Fator de Qualidade, que deve estar presente nos contratos entre as operadoras e prestadores. Essa RN prevê que o prestador (seja médico ou hospital) terá que ter alguns índices de qualidade para conseguir receber, no máximo, o índice da inflação do período.

9. CONCLUSÃO

O crescimento dos gastos com saúde no mundo levou os sistemas de saúde a criarem novas formas de gerar a assistência à saúde buscando eficiência nos resultados de saúde e equilíbrio dos gastos. Uma dessas formas é o Seguro Saúde baseado em Valor, que surgiu nos Estados Unidos. Esse tipo de seguro tem o potencial de alinhar os incentivos financeiros com melhorias no valor e na qualidade dos cuidados. Há uma série de questões que torna relevante a abordagem desse tipo de seguro no Brasil, como por exemplo os altos custos da saúde, com um crescimento acelerado mesmo em tempo de crise econômica, e a necessidade de se prestar serviços de saúde baseados em evidências com o intuito de diminuir os desperdícios e melhorar a qualidade para os beneficiários.

O SSBV exige uma mudança de paradigma, substituindo um modelo com base na noção de oferta por um sistema mais centrado nos pacientes, em que os pagamentos sejam realizados aos prestadores em razão do resultado do tratamento. Na maioria dos casos, o progresso na reforma de sistemas de saúde é lento e gradativo. A existência de registros de doenças e

ações para implantar prontuários eletrônicos de pacientes são a base para a consolidação da infraestrutura necessária para acompanhar os resultados e custos de pacientes de forma adequada num SSBV. Contudo, atualmente falta coordenação desses dados relacionados à saúde e os sistemas de TI utilizados frequentemente não são interoperáveis entre os players do setor de saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Coparticipação e franquia: normativa da ANS traz segurança e transparência. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sociedade/3776-coparticipacao-e-franquia-normativa-da-ans-traz-seguranca-e-transparencia>> Acesso em: 07/06/2017. 2017^a

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota Técnica nº 05/2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica.pdf> Acesso em: 07/06/2017. 2017^b

American Academy of Actuaries. Value-Based Insurance Design. Issue Brief, June, 2009.

A.A. LOPES. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 285-8

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Understanding Value-Based Insurance Design. CDC Issue Brief. 2015. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/dch/pdfs/value_based_ins_design.pdf - See more at: <http://www.ajmc.com/contributor/medica-research-institute/2017/01/value-based-insurance-design-sense-and-sensibility/P-4#sthash.2PiZETq3.dpuf>

Chernew, M. et al. Evidence that value-based insurance can be effective. Health Affairs, v. 29, n. 3, 530-536, 2010.

Choudhry, N. et al. Assessing The Evidence For Value-Based Insurance Design. HEALTH AFFAIRS 29, NO. 11, p: 1988–1994, 2010.

Choudhry NK, Patrick AR, Antman EM, Avorn J, Shrank WH. Cost-effectiveness of providing full drug coverage to increase medication adherence in post-myocardial infarction Medicare beneficiaries. Circulation. V. 117(10):1261–8, 2008.

Fendrick AM. Value-based insurance design landscape digest. National Pharmaceutical Council. July 2009.

Choudhry, N. et al. Five Features Of Value-Based Insurance Design Plans Were Associated With Higher Rates Of Medication Adherence. HEALTH AFFAIRS 33, NO. 3 p: 493–501, 2014.

Downs, M. et al. Value-Based Insurance Design. American Academy of Actuaries Issue Brief. Junho de 2009.

Fendrick, M. et al. Applying Value-based Insurance Design To Low- Value Health Services. Health Affairs, V. 29, n. 11, 2010.

Fendrick, A. M - Value-Based Insurance Design Landscape Digest, 2009 – National Pharmaceutical Council.

Fitch, K. Value-based insurance design (VBID): Questions adopters should ask – Health Perspectives Current Issues in HealthCare, 2008.

Gibson, T. et al. Value-based Insurance Plus Disease Management Increased Medication Use and Produced Savings. Health affairs, V. 30, N. 1, 2011.

IOM (Institute of Medicine). Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. Washington, DC: The National Academies Press. 2013.

Maciejewski, M. et al. Copayment Reductions Generate Greater Medication Adherence In Targeted Patients. Health Affairs 29, no.11 p:2002-2008, 2010.

Mahoney, J. Reducing Patient Drug Acquisition Costs Can Lower Diabetes Health Claims. THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE, VOL. 11, NO. 5, SUP. 2005.

Mitts, L. Principles for Consumer-Friendly Value-Based Insurance Design. Families USA Issue Brief, December 2013.

Nair, K. et al. Prescription Copay Reduction Program for Diabetic Employees: Impact on Medication Compliance and Healthcare Costs and Utilization. AMERICAN HEALTH & DRUG BENEFITS, v. 2, n. 1, 2009.

Oregon Health Authority. The Health Evidence Review Commission. Disponível em: <<http://www.oregon.gov/oha/herc/Pages/About-Us.aspx>> Acesso em: 08/06/2017. 2017a

Oregon Health Authority. Coverage Guidances and Multisector Intervention Reports. Disponível em: <<http://www.oregon.gov/oha/herc/Pages/CoverageGuidances.aspx>> Acesso em: 08/06/2017. 2017b

ROSEN, M. e FENDRICK, A. M. Value-Based Insurance Design - Shifting the Health Care Cost Discussion from How Much to How Well, 2014. Health Affairs 26(2):195-203.

Robinson, J. Applying Value-Based Insurance Design To High-Cost Health Services. Health Affairs 29, no.11, p:2009-2016, 2010.

Scott, D. United States Health Care System: A Pharmacy Perspective. CJHP – Vol. 69, No. 4 – July–August 2016.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br