

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Saúde Baseada em Valor em Portugal: Reflexão

Dissertação
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.^ª Doutora Carla Susana Da Encarnação Marques

Discente: Ismael Manuel Sampaio Borges do Couto



Vila Real, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Saúde Baseada em Valor em Portugal: Reflexão

Dissertação
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.^a Doutora Carla Susana Da Encarnação Marques

Discente: Ismael Manuel Sampaio Borges do Couto

Composição do Júri:

Prof. Doutora Maria José de Matos Rainho

Prof. Doutora Marisa Filipa dos Santos Lage

Prof. Doutora Carla Susana da Encarnação Marques



Vila Real, 2018

Agradecimentos

A realização desta dissertação deveu-se ao apoio, incentivo, paciência e colaboração de diversas pessoas. Por este motivo deixo um agradecimento sincero a todos que de forma indireta ou direta contribuíram para a sua realização.

Uma palavra especial de profunda gratidão e apreço à minha irmã Andreia Couto por todo apoio, paciência e orientação, ao meu colega e amigo Daniel Alves por todo o seu apoio, ao meu amigo Ernesto Pinheiro Dos Santos por todo o seu apoio e palavras de incentivo, à Professora/Orientadora Carla Marques pela orientação e disponibilidade em ouvir e esclarecer dúvidas que iam surgindo e pelos ensinamentos transmitidos ao longo deste trabalho.

Por fim, gostaria de também agradecer a disponibilidade e tempo despendido por todos os entrevistados.

A todos, o meu muito obrigado.

Resumo

Os cuidados de saúde encontram-se numa fase de transição, passando de um setor focado na quantidade, baseado no volume de visitas de pacientes, exames de diagnóstico e terapêutica e procedimentos médicos para um sistema inovador, projetado de forma a recompensar melhores resultados para o paciente a custos mais baixos.

Este novo foco em cuidados de saúde baseados em valor exige novos processos e abordagens para a prestação de cuidados, acompanhadas de novas formas de avaliar custos e resultados.

Com a realização deste projeto procurou-se através da pesquisa bibliográfica fazer uma abordagem ao tema “Saúde Baseada em Valor”, focando os seus principais sub-conceitos: Definição de valor, monitorização dos resultados, padronização de processos, partilha de risco, incentivos e financiamento baseados em resultados. De forma a apresentar um ponto de situação sobre o tema em Portugal, sendo também apresentados os principais indicadores dos “passos” dados no sentido da aplicação/utilização deste conceito em Portugal.

Com a aplicação das entrevistas a alguns dos principais *stakeholders* procurou-se através das suas opiniões e experiência compreender as perspetivas sobre o tema quanto à sua aplicabilidade, desenvolvimento, implementação e possíveis consequências em Portugal quer no Sistema Nacional de Saúde (SNS), como no sector privado.

Para tal, foi realizado um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas presenciais e estruturadas, através de questões de respostas abertas. A amostra é constituída por 15 entrevistados, apresentando-se assim 5 grupos de amostragem com 3 elementos cada.

Quanto à aplicabilidade e implementação de “Saúde Baseada em Valor” em Portugal, através da pesquisa realizada foram encontrados vários pontos que demonstram uma tentativa de caminhar no sentido desta mudança. Ainda assim, ponderadas todas as informações recolhidas pode-se concluir que ainda estamos um pouco distantes da sua implementação, mas que nos próximos anos será uma realidade na saúde em Portugal.

Com uma possível aplicação, implementação e desenvolvimento da “Saúde Baseada em Valor” em Portugal espera-se uma maior satisfação, qualidade, e equidade para os pacientes bem como para os profissionais de saúde.

Palavras-Chave:

Valor; Padronização; Monitorização; Custos; Inovação; Saúde.

Abstract

Health care is in a transitional phase, moving from a quantity-focused sector based on the volume of patient visits, diagnostic exams, therapeutic and medical procedures to an innovative system, designed to reward better patient outcomes at lower costs (Porter & Lee, 2013).

This new focus on value-based healthcare requires new processes and approaches to care delivery, coupled with new ways of evaluate costs and outcomes.

With the accomplishment of this project, we searched through the bibliographical research to approach the theme " Value-Based Health Care ", focusing on its main sub-concepts: Definition of value, results monitoring, process standardization, risk sharing, incentives and results-based financing. In order to present a point of situation of the theme in Portugal, also presenting the prime indicators of the steps taken to the application/utilization of this concept in Portugal.

With the application of the interviews on some of the main stakeholders, it was sought through their opinions and experience to understand the perspectives on the subject as to their applicability, development, implementation and possible consequences in Portugal both in the National Health System (SNS) and in the private sector.

For this, a descriptive, exploratory and qualitative approach study was carried out, using face-to-face and structured interviews, through questions of open answers. The sample is made up of 15 interviewees, thus presenting 5 sample groups with 3 elements each.

Regarding the applicability and implementation of "Value-Based Health Care" in Portugal, through the research conducted several points were found that demonstrate an attempt to move towards this change. Nevertheless, considering all the information gathered, we can conclude that we are still a little distant from its implementation, but that in the coming years will be a reality to health in Portugal.

With a possible application, implementation and development of "Value-Based Health Care" in Portugal, it is expected a greater satisfaction, quality, and equity for patients as well as for health professionals.

Keywords:

Value; Standardization; Monitoring; Costs; Innovation; Health.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	6
2.1 Inovação	9
2.2 Equidade	10
2.3 Pagamentos, Incentivos e Processos Baseados em Resultados	11
2.3.1 Pagamento Baseado em Resultados e Partilha de Risco.....	11
2.3.2 Incentivos e Financiamento Baseados em Resultados.....	13
2.3.3 Processos Baseados em Custos e Resultados.....	15
2.4 Monitorizar os Resultados em Saúde	20
2.4.1 SINAS.....	22
2.4.2 SINATS.....	23
2.4.3 Indicadores ICHOM.....	25
3. Metodologia	29
3.1 Tipo de Estudo	29
3.2 População Alvo e Amostra	29
3.3 Caracterização do Instrumento de Recolha de Dados	31
3.3.1 Método de Análise de Dados.....	32
4. Resultados	33
4.1 Apresentação dos Resultados	33
4.1.1 Caracterização da Amostra.....	33
4.1.2 Análise das Entrevistas.....	34
4.2 Discussão dos Resultados	57
5. Conclusão	61
6. Referências Bibliográficas	63
7. Anexos	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Competição atual desalinhada com valor	8
Figura 2 – Princípio de criação de valor do modelo em estudo	8
Figura 3- Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados	13
Figura 4 - Mapa de países com avaliação sistemática de tecnologias de saúde	25
Figura 5 – Conceitos associados à saúde baseada em valor	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados esperados do SINATS.....	24
Tabela 2 – Principais vantagens do ICHOM.....	26
Tabela 3 – Caracterização da amostra.....	33
Tabela 4 – Caracterização da amostra por grupos de entrevistados.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Despesa total em saúde em percentagem do PIB	6
--	---

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Medir os resultados e custos de todos os pacientes	16
Esquema 2 – Hierarquia de medidas de resultados	21

Glossário

DGS - Direção-Geral da Saúde – autoridade de saúde do governo português, que funciona como um serviço do Ministério da Saúde, mas é dotado de autonomia administrativa. A sua missão é regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, além da definição das condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde – entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

EUnetHTA - *European Network for Health Technology Assessment* – rede europeia, criada com objetivo de avaliar as tecnologias de saúde em toda a Europa de forma efetiva e sustentável, permitindo o desenvolvimento e implementação de ferramentas práticas para fornecer informações confiáveis, oportunas, transparentes e transferíveis.

GDHs – Grupos de Diagnóstico Homogêneos – modelo de financiamento hospitalar em vigor no SNS, que classifica os pacientes por tipo de bens e serviços que recebem de acordo com a sua patologia e processo terapêutico.

ICHOM - *International Consortium for Health Outcomes Measurement* - organização sem fins lucrativos com o objetivo de transformar os sistemas de saúde em todo o mundo, medindo e divulgando os resultados dos pacientes de forma padronizada.

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – autoridade nacional portuguesa sob administração indireta do Estado, responsável pela avaliação das tecnologias da saúde.

MEA – *Managed Entry Agreement* – acordo de partilha de risco entre pagador e farmacêutica com base em resultados ou em esquemas financeiros, com o objetivo de acelerar e aumentar o acesso do medicamento à população.

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico – a OCDE pública estatísticas comparáveis num alargado conjunto de temas em 34 países, incluindo Portugal.

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos

fatores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas.

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde - um sistema criado pela ERS que visa avaliar, de forma objetiva e consistente, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

SINATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde – sistema criado de forma a possibilitar a avaliação e reavaliação das tecnologias de saúde em Portugal.

TDABC - *Time-Driven Activity-Based Costing* - método custeio baseado em atividade e tempo.

1. Introdução

Na realidade atual de uma sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento da prevalência de doenças crónicas, a contínua introdução de novas tecnologias de saúde (medicamentos e dispositivos médicos), eventualmente mais eficazes mas também mais caros, o aumento das necessidades não-médicas e da exigência de qualidade dos serviços prestados por parte dos pacientes, bem como uma maior taxa de novos meios de diagnósticos e tratamentos mais dispendiosos e o conseqüente aumento dos custos dos cuidados de saúde, são alguns dos principais fatores que contribuem para os gastos em saúde, ameaçando o acesso generalizado aos cuidados de saúde, tal como hoje os conhecemos, para gerações futuras (Janssen & Moors, 2013; Kaplan & Porter, 2011).

Na sequência desta crescente problemática, mundialmente um dos temas de saúde em maior destaque é precisamente os seus custos. Sendo que, em Portugal, as despesas totais em saúde situavam-se nos 9,5% do PIB, em 2012, e encontravam-se 0,2 pontos percentuais acima da média dos países pertencentes à OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico). Entre 1970 e 2012, verificou-se uma evolução de 7,2 pontos percentuais, de 2,3% para 9,5%, da despesa total em saúde em Portugal em percentagem do PIB (Entidade Reguladora da Saúde, 2014). No entanto, a crise económica, que teve início em 2008, justifica a desaceleração dos gastos em saúde em Portugal, passando de 9.5% do PIB em 2012 para 8.9% em 2016 (PORTADA, 2017).

Desde aí, Portugal tem vivido anos de profunda recessão económica e de cortes orçamentais em várias áreas, incluindo na saúde, educação e segurança social (Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, & McKee, 2013). Neste sentido, as desigualdades em saúde representam uma preocupação acrescida, à luz dos custos elevados que acarretam (OPSS, 2016).

Por outro lado, é amplamente reconhecido que as perspetivas dos doentes são importantes na medição da qualidade dos cuidados prestados, e que as avaliações que produzem têm valor como medidas de efetividade clínica e eficiência económica (Ferreira & Raposo, 2006). Posto isto, o desenvolvimento contínuo dos serviços prestados e a implementação de estratégias de cuidados de saúde baseadas em valor serão a grande mudança futura relativa a este sector (Ishrak & Kaplan, 2016).

Com a mudança global de abordagem baseada em valor, os novos desafios aumentaram sob a forma de definir o que, exatamente, ‘valor’ significa para pacientes e sistemas de saúde numa base global. Simplesmente, os cuidados de saúde baseados em valor são quando todas as partes interessadas assumem a responsabilidade de melhorar os resultados dos pacientes em relação ao seu custo. E, embora simples em teoria, transformar os cuidados de saúde baseados em valor em realidade é complexo e requer uma nova era de inovação e de risco para se concretizar (Ishrak, & Kaplan, 2016).

Assim, a sustentabilidade dos sistemas de saúde depende de um processo adaptativo que contemple, não apenas as profundas alterações demográficas atuais, de onde se destaca o envelhecimento populacional, mas também o acesso a novas práticas, procedimentos e tecnologias, com vista à obtenção de melhores resultados em saúde.

A sustentabilidade implica a valorização da qualidade em detrimento da quantidade e, como tal, a conversão dos gastos em ganhos em saúde para o doente e para a comunidade. É este o ponto de partida dos modelos de financiamento baseados em valor, em que a criação de valor para os utentes é o vetor de remuneração de todos os intervenientes do sistema. A simples redução de custos sem uma análise cuidada do seu impacto é potencialmente perigosa e lesa o sistema, conduzindo a “falsa poupança” e tendo uma repercussão negativa nos cuidados prestados. O foco deverá ser, assim, a geração de valor pelo valor (Alves, Gonçalves, Costa, Matos, Leite & Herdeiro, 2016).

Através de uma pesquisa bibliográfica constatou-se que este é um tema recente, ainda carente em bibliografia e dados sobre a sua aplicabilidade. No entanto, existem já alguns projetos piloto em fase de execução e outros em fase de implementação, que permitem retirar conclusões importantes acerca deste tema.

Como exemplo de alguns desses projetos piloto encontra-se descrito o projeto piloto realizado em Estocolmo (Suécia) com o sentido de realizar a medição de custos por tratamento global e não somente a estimativa de custos de tratamento isolado, permitindo desta forma estimar o valor global do tratamento protésico de quadril/joelho (Porter, 2016).

Também nos Estados Unidos da América (EUA), o *Head and Neck Center do MD Anderson Cancer Center*, em Houston, o *Cleft Lip and Palate Program do Children’s Hospital*, em Boston, e no *Brigham & Women’s Hospital* implementaram-se projetos piloto de saúde baseada

em valor, tal como a unidade cirúrgica de prótese do joelho na *Schön Klinik*, na Alemanha (Kaplan & Porter, 2011).

A nível nacional são quase inexistentes estudos científicos que nos conduzam à viabilidade deste novo conceito, pelo que se torna essencial uma reflexão, de forma a promover uma discussão científica e fidedigna sobre o tema.

Um dos estudos existentes realizados em território nacional foi realizado pela *Boston Consulting Group* (BCG) em 2016, com o apoio da Janssen, no setor farmacêutico e que visou contribuir com ideias que apoiem construtivamente o desenvolvimento de um modelo de saúde baseado em resultados relevantes para os clientes. Este estudo baseou-se numa reflexão ao estado atual do setor da saúde nacional e consistiu na recolha de dados estatísticos sobre financiamento, gestão de processos, sistemas de informação e qualidade do serviço prestado, entrevistas a personalidades de diferentes quadrantes na área da saúde, observação de tendências e reflexão sobre as perspetivas ligadas ao acesso à inovação farmacológica em Portugal. Os resultados e conclusões deste estudo focam-se em quatro grandes propostas que visam a melhoria deste modelo para futura implementação em Portugal, nomeadamente: remunerar a prestação de cuidados de saúde com base nos resultados obtidos; reforçar e otimizar o financiamento de medicamentos e outras tecnologias de saúde inovadoras; reformar o modelo de acesso a tecnologias de Saúde, e monitorizar os resultados em saúde.

Num outro estudo sobre o tema em Portugal a *Gilead Sciences*, através da *Economist Intelligence Unit* (EIU), em 2015 realizou um relatório sobre Saúde Baseada em Valor em Portugal procurando analisar os resultados de saúde do tratamento em relação ao custo. Neste estudo é analisado pormenorizadamente a forma como a recente crise económica moldou a avaliação da tecnologia na saúde em Portugal, o papel do setor hospitalar como uma fonte energética descentralizada e um novo processo para a reavaliação de tecnologias em saúde. Para isso foram elaboradas três entrevistas a especialistas em saúde baseada em valor em Portugal. As principais conclusões deste estudo são que Portugal tem levado em consideração a análise custo-benefício, bem antes de muitos países vizinhos mais ricos, desenvolvendo o seu próprio sistema de avaliação de tecnologias de saúde. Concluiu-se também que os anos de austeridade económica e restrições imposto pela *Troika* forçaram o país a encontrar formas mais inovadoras de obter o máximo valor. Outra das conclusões relevantes deste estudo é que Portugal terá de enfrentar o desafio de acelerar as reformas no setor hospitalar para melhorar os resultados de

forma a garantir o financiamento do sistema. Os autores também deixam uma referência à importância de aperfeiçoar a iniciativa SiNATS (Chipman & Koehring, 2015).

Este projeto tem por objetivo efetuar uma reflexão sobre a recente abordagem de saúde baseada em valor em Portugal. Para tal, foi preliminarmente realizada uma pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar e explorar conceitos e conhecimento acerca desta temática, focando os seus principais sub-conceitos. Como instrumento de recolha de dados, foram utilizadas entrevistas estruturadas, com o intuito de através do conhecimento, experiência e opinião de uma pequena amostragem de alguns dos principais *stakeholders* envolvidos na área da saúde, estabelecer um ponto de situação atual, avaliar perspetivas sobre a aplicabilidade, desenvolvimento, implementação e possíveis consequências do tema em Portugal, quer no SNS, quer no sector privado.

A estrutura do projeto é constituída pelo enquadramento teórico, onde é feita uma primeira abordagem e explicação do conceito “Saúde Baseada em Valor” fundamentando a sua importância. Seguidamente é apresentada a pesquisa bibliográfica acerca de inovação e equidade, sendo estes importantes conceitos e estando profunda e intimamente correlacionados com a principal temática.

No tópico seguinte são apresentados os principais sub-conceitos de Saúde Baseada em Valor: pagamentos baseados em resultados e partilha de risco; incentivos a profissionais de saúde e financiamento hospitalar baseado em resultados e processos baseados em custos e resultados (padronização). Nestes tópicos foi realizada uma pesquisa bibliográfica aprofundada, abordando cada um dos sub-conceitos de forma a explicar os seus objetivos, benefícios e dificuldades da sua implementação.

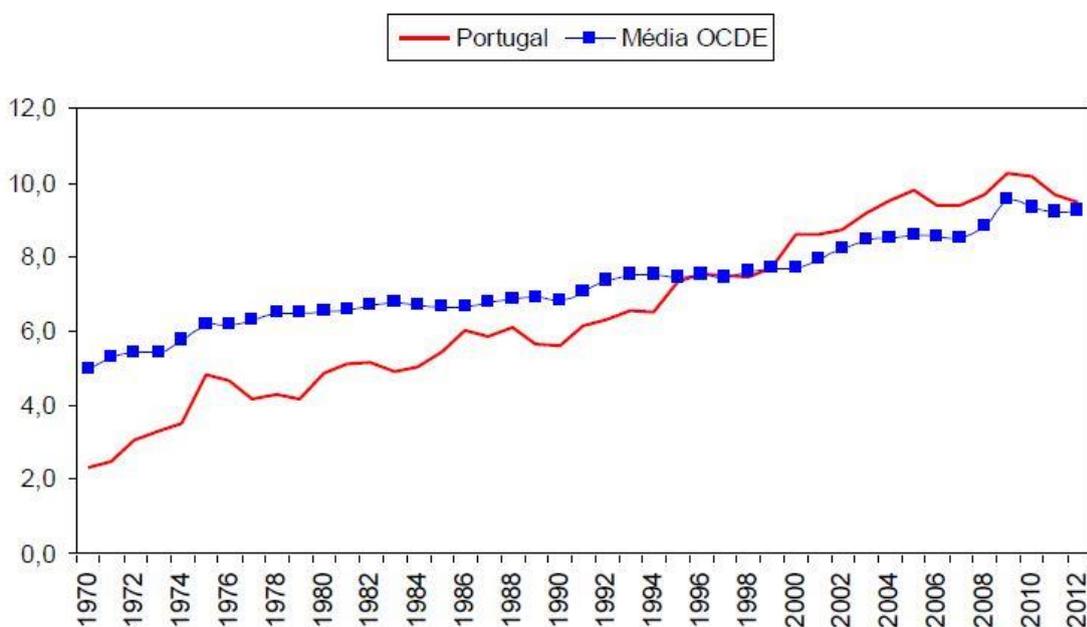
Seguidamente é apresentada a temática “monitorização dos resultados em saúde”, sendo abordado este sub-conceito e explicada a sua importância. É também focado o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) e Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), uma vez que constituem um “passo” indicador da monitorização dos resultados em saúde que é fundamental para a implementação da Saúde Baseada em Valor. São também abordados os indicadores (ICHOM) *International Consortium for Health Outcomes Measurement*, que permitem a comparação, partilha de dados e conhecimento a nível internacional, sendo a mais forte hipótese para a monitorização dos resultados em saúde em Portugal.

Na metodologia é apresentado o tipo de estudo, a amostragem e a caracterização do instrumento de recolha de dados.

No seguinte tópico são apresentados os principais dados recolhidos e realizada uma análise dos mesmos. Por último são apresentadas as principais conclusões da dissertação assim como algumas sugestões para a implementação desta abordagem em Portugal.

2. Enquadramento Teórico

Uma questão central na análise do desempenho do sistema de saúde português é a do crescimento sustentado da despesa em saúde. De facto, a evolução positiva no acesso e no estado de saúde das populações, ao longo dos anos, foi também acompanhada de um crescimento significativo e acelerado da fatia dos recursos do país consumidos pelo setor da saúde. O **gráfico 1** revela que a parcela do Produto Interno Bruto (PIB) do país dedicada à saúde está há 40 anos a crescer mais rapidamente em Portugal do que na média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Entidade Reguladora da Saúde, 2014)



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde (2014).

Gráfico 1 – Despesa total em saúde em percentagem do PIB

Atualmente existe uma lacuna de comunicação, interesses e objetivos (que parecem à partida distintos e independentes) entre profissionais de saúde e administradores de cuidados de saúde. Os administradores são financeiramente orientados, focando-se simplesmente na redução dos custos, enquanto que os profissionais de saúde se focam no tratamento do paciente e na sua missão, tendo muitas das vezes pouca preocupação com os seus custos (Ishrak & Kaplan, 2016).

Os mecanismos de financiamento podem induzir ou limitar a eficiência, equidade, satisfação e estado de saúde, pelo que as metodologias de pagamento aos prestadores são uma questão central nas reformas da saúde (Costa, Santana & Boto, 2008).

Em Portugal o financiamento hospitalar é feito, em grande parte, por caso/ episódio, nomeadamente no que concerne o pagamento do internamento, cirurgia de ambulatório e também o pagamento pelos subsistemas e terceiros pagadores tem, portanto, uma forte componente baseada na informação gerada pelos Grupos de Diagnósticos Homogéneos – GDH (Nunes, 2012).

Sendo várias as críticas apontadas às metodologias de financiamento baseadas nos GDH (Dismuke & Sena, 1999; Santana, 2005; Segovia, 2009), torna-se fundamental avaliar novos modelos de financiamento hospitalar. Neste contexto, inicia-se uma importante transição dos cuidados de saúde, antevendo-se uma mudança transformacional com a passagem de um sector onde o reembolso financeiro é baseado no volume de visitas, testes e procedimentos do paciente a um sistema destinado a recompensar melhores resultados do paciente a custos mais baixos. Este novo foco em cuidados de saúde baseado em valor exige novos processos e abordagens para a prestação de cuidados, acompanhados de novas formas de avaliar custos e resultados (Ishrak & Kaplan, 2016).

A padronização das medições é um elemento chave para tornar possível a mudança para a prestação de cuidados médicos baseados em valor. Novas estruturas são necessárias para que os profissionais de saúde possam entender como proporcionar o tratamento mais eficaz para a condição médica do paciente ao longo de um ciclo completo de cuidados (Ishrak & Kaplan, 2016).

Alguns acordos já estabelecidos entre as companhias farmacêuticas e o sistema nacional de saúde português demonstram a tendência para uma possível adoção deste novo conceito/abordagem através da utilização de métodos de pagamento por partilha de risco. Dois exemplos destes acordos é o caso mediático do tratamento para a Hepatite C crónica, que demonstrou dois possíveis elementos a considerar no estabelecimento de contratos de partilha de risco: a maximização do número de doentes a tratar através de um acordo de volume e a garantia de financiamento apenas em caso de sucesso terapêutico. Outro exemplo é o tratamento com um anticorpo monoclonal recentemente aprovado, que após ultrapassado um número

definido de meses de terapia, a terapêutica passa a ser disponibilizada gratuitamente (Alves, Gonçalves, Costa, Matos, Leite, & Herdeiro, 2016).

É necessário consensualizar entre prestadores, pagadores e fornecedores, ouvidos os doentes e os cidadãos em geral, qual o grau de inovação que merece ser recompensado em preço, transformando a forma tradicional de encarar a introdução de terapêuticas inovadoras como um custo incremental e não substitutivo. Para isso, é crucial uma reflexão política, onde sejam identificados os critérios adequados para suportar um nível de investimento que resulte numa despesa adequada em medicamentos para os utentes portugueses (Alves *et al.*, 2016).

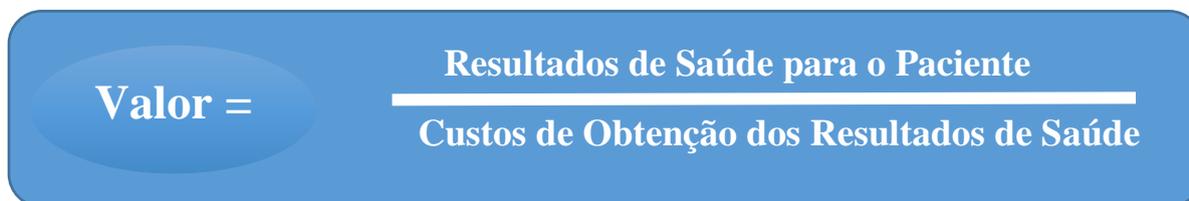
A escolha do paciente e a competição pelos pacientes são forças poderosas para incentivar a melhoria contínua do valor e a reestruturação dos cuidados, a concorrência atual nos cuidados de saúde não está alinhada com o valor (Porter, 2012). De acordo com este novo sistema criado e desenvolvido por Michael Porter, o objetivo geral dos cuidados de saúde deve ser o valor para os pacientes, ao invés do acesso, contenção de custos, conveniência ou o serviço ao cliente (Porter, 2012). A figura 1, alusiva ao trabalho de Porter, elucida-nos que a concorrência atual nos cuidados de saúde não está alinhada com o valor para o paciente. Existindo maior preocupação no sucesso financeiro e contenção de custos do que na criação de valor para o paciente.



Fonte: Adaptado de Porter (2012).

Figura 1 – Competição atual desalinhada com valor

Para melhor compreender este novo sistema e os princípios que tem por base é fundamental definir valor:



Fonte: Adaptado de Porter (2016).

Figura 2 – Princípio de criação de valor do modelo em estudo

Assim, de acordo com Porter (2012) o valor resulta da relação entre os resultados de saúde e os custos totais de obtenção dos mesmos.

O conceito de **Valor** considera os resultados com relevância para o doente em relação ao custo para alcançar esses resultados. Aumentar o valor requer ou aumentar os resultados sem aumentar os custos ou reduzir os custos mantendo os resultados (Porter & Lee, 2013).

Os **Resultados de Saúde** consistem em indicadores dos resultados/qualidade obtidos pelo paciente com os tratamentos a que foi sujeito dada a sua condição clínica (Porter, 2012).

Os **Custos de Obtenção dos Resultados de Saúde** representam os encargos totais do ciclo de tratamento do paciente para determinada patologia e tratamentos subsequentes e não apenas o custo de um serviço ou recurso isolado (Porter, 2012).

Sendo este novo conceito por si só uma inovação em várias vertentes e acarretando como benefício da sua aplicação a criação de mais inovação, torna-se fundamental fazer referência a esse tema.

2.1 Inovação

A inovação, de um modo geral, é vista como um motor do desenvolvimento económico e social (Chen & Guan, 2010; Bilhim, Guimarães & Junior, 2013).

Segundo Ganter e Hecker (2014), a inovação representa uma vantagem na competição e na modelação da gestão aos novos desafios, gerando riqueza e crescimento. A capacidade da inovação em todos os setores promove uma mudança na forma como as organizações se adaptam aos novos ambientes económicos e tecnológicos, num mundo cada vez mais dinâmico e global. Nesse seguimento Calantone, Droge e Harmancioglu (2010), afirmam que a promoção da inovação implementa vários aspetos como o desenvolvimento tecnológico, a orientação para o cliente/utente e para os mercados, a necessidade de alcançar um melhor nível de desempenho, assim como a promoção de novos produtos/serviços. Com isto, é possível criar novos conhecimentos na produção e nos processos.

A inovação está intimamente relacionada com a renovação de rotinas, procedimentos e mecanismos que promovem a partilha de informação de forma coordenada, num trabalho proactivo em equipa, reduzindo custos administrativos, custos de transação e de operação, melhora a satisfação dos funcionários no local de trabalho, aumentando a produtividade, promovendo a união e contribuição dos trabalhadores (Alpkan, Gunday, Kilic & Ulusoy, 2011).

De acordo com Damanpour, Devece, e Walker (2010), a adoção de inovação pelas organizações públicas permite melhorar o serviço prestado aos cidadãos, em termos de qualidade e também de gestão, melhorando a gestão dos recursos disponíveis, chegando a mais cidadãos e proporcionando melhor assistência e qualidade de vida.

2.2 Equidade

De acordo com a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto da Lei de Bases da Saúde, o Serviço Nacional de Saúde deve ser universal de forma a garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados.

Segundo Marmot, Friel, Bell, Houweling, Taylor, e *Commission on Social Determinants of Health* (2008), equidade em saúde é a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos.

O respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças iníquas nas respostas oferecidas pelo sistema de saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes. Expressa-se, ainda, pela igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde (DGS, 2015).

Em Portugal as políticas de saúde procuram garantir a equidade na distribuição de recursos, no acesso e na utilização de serviços (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 Agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro) (Nunes, 2012).

As desigualdades em saúde são uma questão de justiça social (Marmot, 2010), não sendo justo que uma pessoa tenha pior saúde ou menor esperança de vida por falta de recursos materiais, por piores condições de vida, por menor nível de literacia, ou pela sua condição laboral (OPSS, 2016).

Alguns estudos comprovam a existência de desigualdades em saúde, relacionadas com fatores socioeconómicos, nomeadamente um estudo de Chetty, Stepner, Abraham, Lin, Scuderi, Turner e Cutler (2016), publicado no *Journal of American Medical Association*, que demonstra que entre 2001 e 2014 os homens mais ricos dos EUA viveram em média mais 14,6 anos do que os homens mais pobres, situando-se esta diferença em 10,1 anos no género feminino (OPSS,

2016). Relativamente à Europa, dados apontam o aumento da desigualdade, relativamente à mortalidade prematura, com exceção dos países do sul da Europa onde estas desigualdades já eram elevadas (Mackenbach *et al.*, 2015).

A mesma problemática ocorre com o acesso a medicamentos considerados essenciais pela Organização Mundial da Saúde verificando-se iniquidades no seu acesso e consequente utilização em diferentes grupos socioeconómicos (Vogler, Österle & Mayer, 2015).

Enquadrada nesta panorâmica internacional, e apesar dos esforços no combate à desigualdade, em Portugal a questão da desuniformidade no acesso à saúde e à justiça social representam uma problemática, havendo presentemente disparidades em vários indicadores de saúde relativamente a diferentes graus de instrução, género e níveis socioeconómicos (Campos, Russo & Perelman, 2016; OPSS, 2016).

2.3 Pagamentos, Incentivos e Processos Baseados em Resultados

2.3.1 Pagamento Baseado em Resultados e Partilha de Risco

A redução da despesa pública em saúde nos últimos anos incidiu, de forma significativa, na despesa com medicamentos, através de diversas ferramentas de controlo orçamental (Alves *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas a inovação farmacológica tem sido considerada consistentemente um dos principais vetores da melhoria dos resultados em saúde das populações. Portugal é, atualmente, o país com menores gastos *per capita* em medicamentos e o país com a menor quota de medicamentos inovadores da Europa Ocidental, sendo recorrente a discussão sobre o subfinanciamento de medicamentos, particularmente no contexto do acesso à inovação nos hospitais do SNS. Adicionalmente, o processo de decisão de financiamento de medicamentos em Portugal tem sido descrito pelas companhias farmacêuticas como sendo dos mais complexos, devido à multiplicidade de processos e etapas de avaliação envolvidas (Alves *et al.*, 2016).

Por outro lado, o acesso a medicamentos inovadores é um fator crucial para a melhoria dos resultados em saúde, estimando-se que tenha tido um impacto de 40% do aumento de 2 anos da

esperança média de vida entre 1986 e 2000 e de 73% do aumento da esperança de vida entre os anos de 2000 e 2009 (Lichtenberg, 2014).

Em suma, e não descurando a relevância dos cuidados de prevenção primária e secundária, assim como o acesso a cuidados multidisciplinares na melhoria dos resultados em saúde, o impacto positivo da inovação farmacológica é inegável, tornando-se fundamental continuar a garantir o acesso dos doentes portugueses a efetivas inovações, para que o sistema de saúde mantenha, ou supere, o nível atual de resultados (Alves *et al.*, 2016).

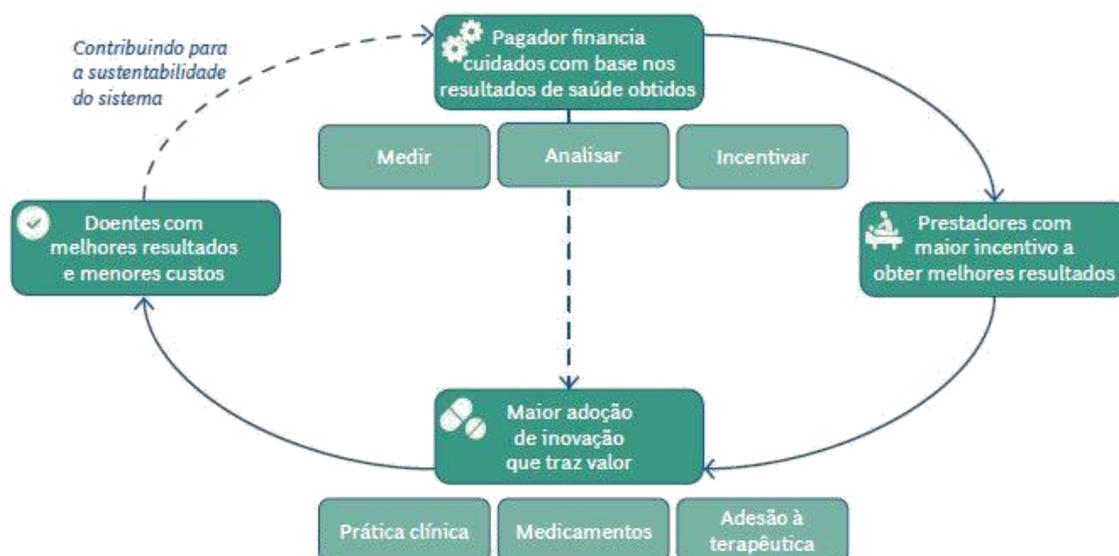
Hoje, século XXI, a prática médica ainda é assente em estruturas organizacionais do século XIX, como as práticas de gestão, métodos de medição e modelos de pagamento (Porter, 2012). Assim, atualmente, no modelo tradicional, para enfrentar o desconhecimento quanto ao uso de um medicamento na prática e a sua possível discrepância entre resultados da vida real e o preço pago pela tecnologia/medicamento, resta ao SNS incorporar o medicamento e suportar, integralmente, o risco do valor do medicamento mesmo que os resultados obtidos não correspondam ao seu preço (Haugen, 2014).

O atual modelo de financiamento de medicamentos é baseado no reembolso das quantidades consumidas e/ou desperdiçadas a um preço pré-definido. Este modelo corresponde ao paradigma tradicional “quantidade x preço”. Nesta perspetiva, meramente financeira, a introdução de novos medicamentos é considerada como um risco orçamental acrescido pela entidade pagadora que, opta diversas vezes por “esperar” (Alves *et al.*, 2016).

Neste contexto, é necessário evoluir o modelo de financiamento dos medicamentos, de uma ótica de quantidade para qualidade e resultados alcançados, que podem ser traduzidos em indicadores como: redução dos internamentos, melhoria da esperança e qualidade de vida, recuperação mais rápida, cura, entre outros. Por outras palavras, tendencialmente, o modelo de financiamento dos medicamentos evoluirá para a remuneração pelo valor criado (Alves *et al.*, 2016).

Na figura 3 podemos observar o funcionamento geral da sugestão do estudo da BCG. Este esquema explica que um financiamento de medicamentos/tecnologias/práticas clínicas que seja justificado por resultados obtidos através de uma detalhada medição, análise e incentivo, implicará um desenvolvimento/melhoria dos fabricantes e prestadores para que se tornem mais eficazes no produto final. O que por sua vez promoverá a adoção de inovação e consequentemente criará valor, o objetivo pretendido para a qualidade do serviço prestado ao

doente. Este funcionamento remete para um modelo de sustentabilidade na saúde que privilegia a qualidade do serviço prestado em função de uma nova forma de financiamento baseado nos resultados em prol do valor criado ao doente.



Fonte: Adaptado de Alves *et al.* (2016).

Figura 3- Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados

Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados privilegia a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para o sistema (Alves *et al.*, 2016).

No Acordo de Partilha de Risco, o estado concorda com a incorporação temporária de um novo medicamento/tecnologia enquanto que a indústria aceita receber pelo produto o preço que será determinado consoante o seu desempenho em reais condições de uso (Haugen, 2014).

Na definição de Towse e Garrison (2010), os contratos de partilha de risco são acordos entre um pagador e uma empresa onde o nível de preços e/ou a receita recebida está relacionada com o desempenho do produto no seu uso efetivo

2.3.2 Incentivos e Financiamento Baseados em Resultados

A utilização de incentivos financeiros em função do desempenho tem uma longa história no sector industrial, tendo sempre estado relacionada com o aumento da produtividade e a

concretização de metas específicas na melhoria da qualidade. A sua utilização na medicina ocorreu mais recentemente com a introdução de métodos de gestão industrial (Gavagan *et al.*, 2010).

Atualmente, diversos gestores da área da saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho nas ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade e financiar ações e tratamentos que atendam às reais necessidades da população, alcançando resultados na produção de serviços e impacto na saúde (Szwarcwald, Mendonça & Andrade, 2006).

A proposta de sistemas de incentivos tem sido definida como uma componente da estratégia de gestão constituída pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam a ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde, que é extremamente complexo e deve ter como objetivo principal os interesses e necessidades dos pacientes (Santana & Castro, 1999).

Segundo Langenbrunner, Cashin e Dougherty (2009), os incentivos podem ajudar no alcance dos objetivos da política de saúde, favorecendo o acesso aos serviços de saúde necessários aos cidadãos, garantindo alta qualidade do atendimento e melhoria da equidade, bem como promovendo a utilização efetiva e eficiente dos recursos de saúde.

A utilização de incentivos a profissionais de saúde adquire grande interesse nessa abordagem de gestão por resultados e de recursos humanos, tendo em vista os desafios apresentados atualmente pelas reformas do setor de saúde (Glickman & Peterson 2009).

O número de países com incentivos financeiros para premiar o desempenho e qualidade dos cuidados primários tem vindo a aumentar (Fernandes & Sousa, 2012).

A primeira tentativa em Portugal de organização de um sistema retributivo consoante o desempenho do médico e da equipa ocorreu com o Regime Remuneratório Experimental em 1998, que mais tarde evoluiu para as atuais Unidade de Saúde Familiar (USF), que se baseia numa remuneração variável condicionada pelo atingimento de indicadores de saúde (Fernandes & Sousa, 2012).

O modelo de financiamento hospitalar para o internamento atual é um modelo misto, baseado em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs) e financiamento *per capita*, sendo estes já uma evolução face ao modelo '*fee-for-service*' que vigora em diversos países europeus.

Em Portugal a informação disponibilizada pela operacionalização dos GDH permitiu a criação do atual modelo de financiamento e tornou possível, entre outras, a avaliação de desempenho dos hospitais públicos de forma regular. Tal permitiu, não só, obter informação acerca da prática dos hospitais a nível nacional como também detetar desvios dos hospitais face aos padrões observados a nível nacional, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de cuidados prestados, qualidade e efetividade, o que possibilita a prática de *benchmarking* e abre espaço à melhoria no custo efetividade das instituições.

Contudo são várias as críticas apontadas a este modelo de financiamento:

- Incentivo à sob prestação de cuidados, mediante um mesmo pagamento, a doentes de elevada severidade;
- Redução na qualidade de atendimento, tendo em vista a contenção da despesa;
- Incentivo à seleção e/ou exclusão dos pacientes mais doentes (com maior severidade associada) e/ou de estratos socioeconómicos inferiores, menos rentáveis;
- Incentivo à admissão e sobreprestação de cuidados a doentes considerados mais rentáveis, isto é cujo financiamento é superior aos custos associados.
- Desincentivo à admissão de doentes que acarretem maiores consumos de recursos, visto estes aumentarem o preço de produção (Nunes, 2012).

Não obstante, fruto da experiência acumulada no SNS, há a vontade de continuar a evoluir o modelo para o pagamento por resultados em saúde, liderando o movimento europeu (Alves *et al.*, 2016).

Verificando-se uma evolução notória no sentido da utilização de um modelo de saúde baseado em resultados, incluindo a criação de incentivos para o acompanhamento de doenças nos cuidados primários, através da compensação dos médicos, enfermeiros e administrativos, tendo já demonstrado ter impacto positivo no controlo da doença (Alves *et al.*, 2016).

2.3.3 Processos Baseados em Custos e Resultados

O tratamento do problema de saúde de um paciente atualmente envolve um sem-fim de unidades organizacionais distintas e, em grande medida, independentes. Além disso, a

assistência é idiossincrática: utentes com o mesmo quadro clínico muitas vezes percorrem trajetórias distintas através do sistema. A falta de padronização resulta, a que médicos da mesma unidade organizacional perante o mesmo caso clínico usem procedimentos, medicamentos, aparelhos, exames e equipamentos distintos (Kaplan & Porter, 2011).

Segundo Kaplan e Porter (2011), os sistemas atuais de avaliação de custos de departamento, avaliam o custo isolado do ato médico/exame e tendem a transferir custos de serviços para outros sectores, pelo que é necessária uma visão mais abrangente dos custos gerais para ciclos de cuidados de saúde.

Desta forma, um correto sistema de avaliação de custos deverá avaliar o custo total de todos os recursos despendidos por paciente em todo o seu percurso pelos cuidados de saúde. Bem como monitorizar a sequência e a duração de processos clínicos e administrativos (Kaplan & Porter, 2011).

Atualmente é difícil obter o valor preciso de alguns custos, mas estima-se que em breve, com avanços tecnológicos seja possível monitorizar o tipo e quantidade de recursos utilizados por paciente de forma mais precisa. Até lá, é possível avaliar o percurso do paciente com uma determinada patologia, como tem sido realizado em alguns projetos-piloto (Kaplan & Porter, 2011).

O esquema 1 explica de forma sucinta a medição de resultados e a relação de custos para todos os pacientes.



Fonte: Adaptado de Porter (2012).

Esquema 1 – Medir os resultados e custos de todos os pacientes

A ideia é que se padronize todo o funcionamento em volta dos processos de ação baseados nas condições clínicas iniciais do doente. É assim uma forma de protocolizar as ações que implicam

práticas clínicas comuns, como por exemplo patologias/diagnósticos iguais, de forma a reduzir custos, padronizar as etapas a todo o universo clínico, redução de desperdícios materiais e facilitação no procedimento a nível de tempo e promover um reajuste nas tarefas dos prestadores clínicos, permitindo uma maior fiabilidade dos indicadores para comparação dos resultados e dos custos.

Nos tópicos descritos abaixo estão explicados as principais linhas orientadoras, no sentido de medir de forma mais precisa os custos inerentes à obtenção dos resultados de saúde:

- O custo é a despesa real do atendimento ao paciente, não os encargos cobrados ou gastos;
- O custo deve ser medido em torno do paciente;
- O custo deve ser agregado ao longo do ciclo completo de cuidados para a condição médica do paciente, não por departamentos, serviços ou recursos isoladamente;
- O custo depende do uso real dos recursos envolvidos no processo de atendimento de um paciente (pessoal, instalações, suprimentos);
 - O tempo dedicado a cada paciente por esses recursos;
 - O custo de capacidade de cada recurso;
 - Os custos de suporte necessários para cada paciente face a um recurso (Porter, 2012).

De acordo com Porter (2012) esta metodologia possibilitará a diminuição dos custos em saúde, uma vez que permitirá eliminar/reduzir os seguintes fatores:

- Variações dos processos que reduzem a eficiência sem melhorar os resultados;
- Prestação excessiva de serviços ou testes de baixo ou sem valor agregado;
- ✓ Por vezes, apenas realizados para seguir protocolos rígidos ou justificar o a faturação.
- Unidades administrativas e programáticas excessivas;
- Baixa utilização de médicos, pessoal, espaço clínico e equipamentos dispendiosos, em parte devido à duplicação e fragmentação de serviços;
- Uso de médicos e pessoal qualificado para atividades menos qualificadas;

- Prestação de cuidados em instalações com recursos excessivos;
- ✓ Cuidados de rotina entregues em configurações hospitalares caras.
- Longos tempos de ciclo e atrasos desnecessários;
- Excesso de *stocks* e má gestão dos mesmos;
- Centrado na minimização dos custos de serviços individuais em vez de otimizar o custo total do ciclo de cuidados;
- Falta de consciência de custos das equipas clínicas.

Enquadrado nesta medição de custos por tratamento global e não estimativa de custos de tratamento isolado, em Estocolmo, Suécia, surgiu um projeto-piloto que permitiu estimar o valor do pacote do tratamento protésico de quadril/joelho (Porter, 2016). Neste projeto-piloto foram avaliados vários componentes, tais como:

- Avaliação pré-operatória;
- Testes laboratoriais;
- Radiologia;
- Material cirúrgico;
- Prótese;
- Medicamentos;
- Reabilitação hospitalar;
- Todos os honorários e custos da equipa médica;
- Uma visita de seguimento até após 3 meses;
- Qualquer cirurgia adicional para a articulação dentro de 2 anos;
- No caso de ocorrer infeção pós-operatória com necessidade de recurso a antibioterapia o período de carência é estendido a 5 anos.

Através desta análise foi possível concluir que, em Estocolmo, o valor total para substituição do joelho ou quadril é de cerca de 7030 € (Porter, 2016).

O registo dos custos globais de todo o processo de tratamento de um paciente com um determinado problema de saúde permite ao prestador de cuidados de saúde agregar e analisar os custos de determinados grupos de pacientes por idade, género e comorbilidades, ou por tipo de tratamento e médico. Permite calcular o custo total e médio para qualquer categoria ou subcategoria de pacientes e, simultaneamente, registrar dados detalhados sobre cada paciente, necessários para entender fontes de variação do custo em cada categoria (Kaplan & Porter, 2011).

Através desta nova abordagem procura-se envolver médicos, equipas clínicas, pessoal administrativo e profissionais do departamento financeiro na criação de mapas de processos e na estimativa do custo de recursos envolvidos no tratamento do doente por todo o ciclo de tratamento. Isso acaba com a divisão histórica entre administradores e equipas clínicas (Kaplan & Porter, 2011).

Segundo Kaplan e Porter (2011), através dos projetos-pilotos verificou-se uma considerável variação em processos, instrumental, equipamentos e material utilizados por médicos para prestar o mesmo serviço de saúde executar um mesmo serviço numa mesma unidade. Na artroplastia de joelho, por exemplo, cirurgiões utilizam próteses, instrumental, máscaras cirúrgicas e suprimentos distintos, conduzindo a uma considerável variação de custos no tratamento de pacientes com o mesmo quadro clínico no mesmo local.

De acordo com esta recente metodologia de saúde baseada em valor, é necessário reduzir variações em processos, eliminar etapas ou processos inteiros que não contribuam para resultados.

O método de avaliação de custos baseado em atividade e tempo - TDABC (*Time-Driven Activity-Based Costing*) pode também ser utilizado como ferramenta nesta nova metodologia acima descrita, auxiliando no cálculo dos custos indiretos por unidade de tempo de capacidade e o tempo necessário para realizar uma atividade, ou seja, apresentando de forma mais coerente os custos totais dos tratamentos (Kaplan & Aderson, 2004).

Mapas de processos TDABC revelam oportunidades para que profissionais de saúde de menor custo, mas devidamente qualificados, desempenhem tarefas e procedimentos atualmente

realizados por médicos sem alteração dos resultados obtidos. Essa substituição permitiria que médicos se foquem em funções de maior valor agregado (Kaplan & Porter, 2011).

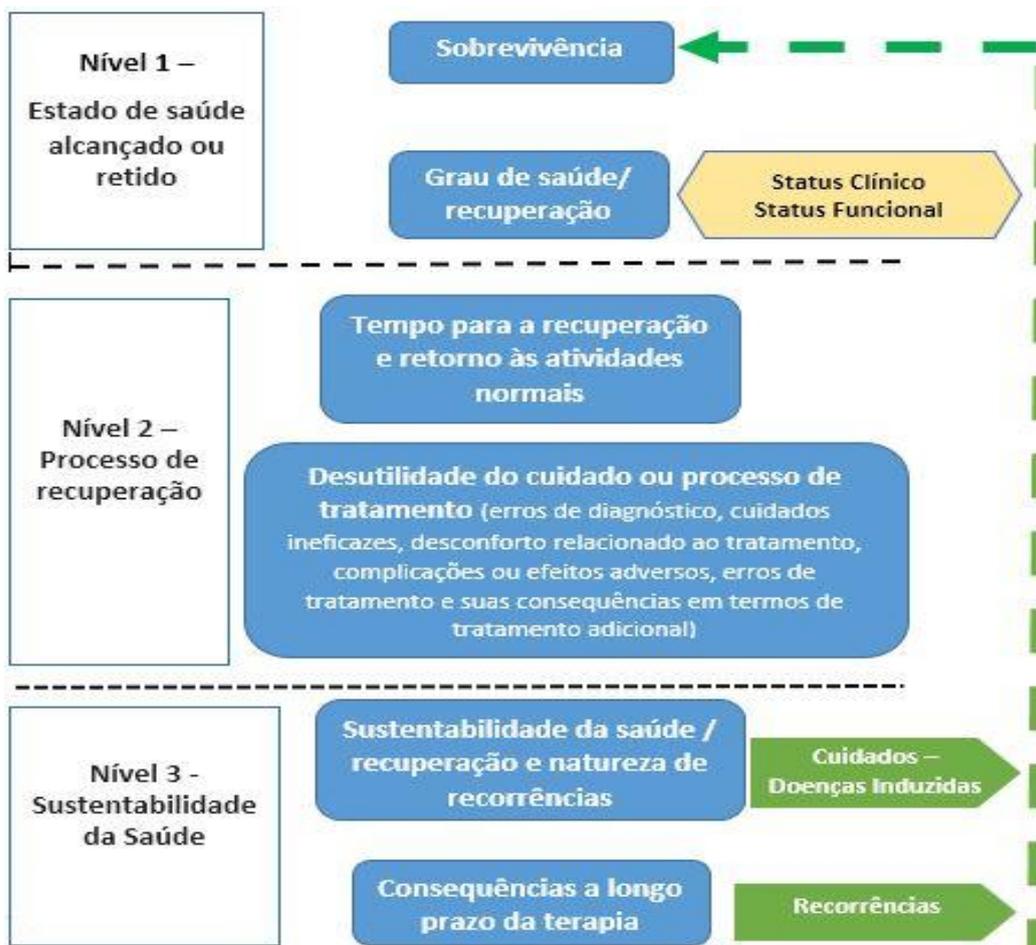
2.4 Monitorizar os Resultados em Saúde

O objetivo central dos clínicos é ajudar os seus pacientes: curar as suas doenças, aliviar seu o desconforto e ajudá-los a gerir a sua saúde ao longo do tempo. Fazer isso de forma mais eficaz e eficiente exige dados de resultados. Mais do que nunca, a liderança clínica, os governos e outros sabem que devem fornecer cuidados de alta qualidade de forma eficiente. Gerir os custos sem sacrificar a qualidade é possível, mas não quando as partes interessadas são cegas ao impacto das suas decisões. Os dados dos resultados removem a venda dos olhos e iluminam os resultados dos procedimentos, processos, estruturas e sistemas (ICHOM, 2017).

Para materializar a metodologia de saúde baseada em valor torna-se necessário que os resultados em saúde sejam monitorizados. De forma a financiar os prestadores com base nos resultados, renegociar o preço dos medicamentos com base em dados de efetividade e suportar a estruturação de *Managed Entry Agreement* (MEAs), é necessário criar e/ou melhorar registos nacionais sólidos para a recolha e análise dos dados. Neste sentido, de acordo com Alves *et al.* (2016) são propostas três medidas:

- i. Adotar indicadores de resultados em saúde para prestadores de cuidados correspondentes às melhores práticas internacionais;
- ii. Criar um sistema de registos nacionais que reúna dados dos atuais registos regionais e/ou de base hospitalar e monitorizar dados;
- iii. Analisar e publicar dados.

Um sistema de financiamento baseado em resultados em saúde implica a medição desses resultados através de processos de monitorização e seguimento, sendo fundamental a implementação de registos que recolham esses dados. Estes registos permitirão não apenas a medição de resultados, mas a identificação das melhores práticas clínicas associadas a esses resultados (Alves *et al.*, 2016). O esquema 2 é referente à hierarquização da medição de resultados.



Fonte: Adaptado de Porter (2010).

Esquema 2 – Hierarquia de medidas de resultados

Como sugere o Esquema 2 os resultados devem ser medidos por condição médica não por especialidade ou intervenção, os resultados devem abranger o ciclo completo de cuidados para a patologia do paciente, e acompanhar o seu estado de saúde em todo o ciclo mesmo após o cuidado ser concluído. Os resultados que interessam aos pacientes numa condição médica particular assentam segundo Porter (2010), em três níveis. Sendo que cada nível é composto por duas componentes de medida.

O nível 1 inclui o estado de saúde alcançado e o estado funcional do paciente, um exemplo de uma das principais medições a realizar neste nível é a taxa de mortalidade. O nível 2 refere-se à natureza do ciclo de cuidados e recuperação. Por exemplo, caso o paciente necessite de um período de recuperação ou de cuidados suplementares para retornar as atividades normais. Significativos atrasos para ver um especialista, desconforto, complicações, efeitos adversos, cuidados ineficazes, erros de diagnóstico, estão associados à necessidade de tratamentos

adicionais e por isso tudo isso deve ser medido, de forma a ser possível evitar em casos futuros e partilhar essas experiências.

No nível 3 corresponde à sustentabilidade da saúde. Caso o doente adquira uma condição permanente, uma extensão de um tratamento reabilitativo ou simplesmente a situação do doente passou a ser crónica e tem influência a longo prazo. Podendo o paciente passar a necessitar de medicação ou tratamentos permanentes.

2.4.1 SINAS

Em 2009, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) implementou o SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), um sistema de avaliação dos hospitais. Os hospitais facultam os dados à ERS voluntariamente e são avaliados com base na excelência clínica, segurança, conforto das instalações, foco no utente e resultados. O *rating* mede 14 indicadores de resultado mas apenas publica os dados agregados em três níveis de classificação do hospital. À gestão hospitalar, o SINAS fornece uma informação adicional de posição do hospital no *rating*, que permite uma avaliação relativa de desempenho em cada indicador mas ainda pouco acionável para a melhoria de resultados. O SINAS é visto pela gestão hospitalar como um “*rating* transparente”, o que é fundamental para a utilização dos dados. Contudo, este modelo baseia-se também na autoavaliação realizada por cada entidade, podendo daí advir diferentes perceções, bem como diferentes níveis de exigência, no cumprimento dos vários parâmetros (Alves *et al.*, 2016).

O SINAS tem por base três valores fundamentais: rigor, transparência e objetividade. Em todas as dimensões do sistema se pugna pela existência de rigor científico e técnico, de objetividade e justiça na avaliação, de motivação e envolvimento dos prestadores, de transparência e inteligibilidade, quer para as instituições avaliadas, quer para o público em geral, em especial os utentes.

Podem sistematizar-se os princípios orientadores do SINAS em três objetivos:

- **Mais e melhor informação sobre a qualidade do sistema de saúde.** A definição e a recolha adequada e cíclica de dados para obtenção de indicadores de avaliação consistentes potenciam a disponibilização de informação objetiva, pertinente e fiável acerca da qualidade do sistema de saúde.

- **Melhoria contínua dos cuidados prestados.** A publicitação dos resultados da avaliação permitirá às instituições a promoção de *benchmarking*, catalisando a implementação de medidas conducentes à melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados.
- **Incremento da capacidade de análise do utente.** A publicidade resultante da disponibilização da informação dotará os utentes de um conhecimento simplificado e fidedigno sobre os níveis de qualidade do sistema de saúde, reduzindo as atuais assimetrias de informação e permitindo decisões e opiniões documentadas (Entidade Reguladora da Saúde, s.d.).

2.4.2 SINATS

O Infarmed, no caminho que tem sido trilhado por alguns países europeus, está a avançar para a criação de um Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), da maior importância para a sustentabilidade do SNS.

Atualmente a avaliação de tecnologias (avaliação da efetividade relativa e custo-efetividade) é apenas efetuada para os medicamentos, no âmbito dos processos de participação ou de avaliação prévia à sua aquisição pelos hospitais do SNS. Ou seja, é sempre efetuada antes da decisão de financiamento, como instrumento de apoio à decisão (Martins, Rodrigues, Antunes, Ferrador, Ramos & Ramos, 2014).

Segundo o Decreto-Lei n.º97/2015 de 1 de Junho o SiNATS permitirá que as tecnologias de saúde sejam objeto de avaliação e reavaliação num contexto integrado e com recurso preferencial à fixação de objetivos através de contratos com os titulares das autorizações. Estando em linha com as melhores práticas europeias e constituirá um importante passo no sentido de melhorar o funcionamento do sistema de saúde nacional.

De forma a possibilitar a implementação um sistema global, estendendo-o a outras tecnologias de saúde, nomeadamente os dispositivos médicos, em que a avaliação do custo-efetividade passa a ser ao longo do ciclo de vida dessa tecnologia, com reflexos sobre o seu preço e utilização em função do seu desempenho real, e não apenas antes da entrada no mercado.

Com o SiNATS, o Infarmed quer contribuir, designadamente, para maximizar os ganhos em saúde e a qualidade de vida dos cidadãos; garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e a utilização eficiente dos recursos públicos em saúde; monitorizar a utilização e a efetividade das tecnologias; reduzir desperdícios e ineficiências; promover e premiar o

desenvolvimento de inovação relevante, bem como promover o acesso equitativo às tecnologias.

A criação de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde gerido pelo Infarmed, integrando todas as entidades públicas e privadas, permitirá comparar as diferentes tecnologias de saúde com vista a uma tomada de decisão em três circunstâncias fundamentais no âmbito da gestão: autorização da utilização da tecnologia de saúde nos casos legalmente previstos; decisão do preço, comparticipação ou aquisição das tecnologias por parte do sistema de saúde; elaboração de recomendações de utilização de quaisquer tecnologias de saúde (Martins *et al.*, 2014).

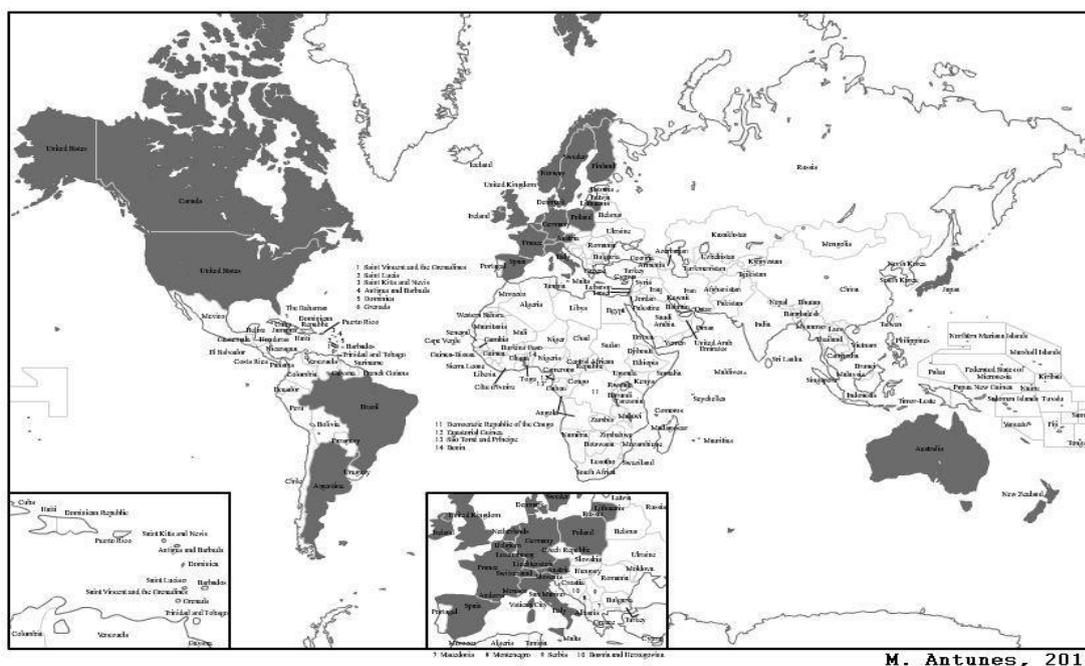
De acordo com a Tabela 1 é possível fazer uma análise comparativa deste sistema de informação em relação ao que existe hoje em dia, e o que se pretende obter com a sua implementação.

Tabela 1 – Resultados esperados do SINATS

SINATS	
O que existe hoje:	O que se pretende com o SINATS:
<p>1- Tecnologias sujeitas ao sistema: Medicamentos</p> <p>2- Avaliação é efetuada antes do mercado (avaliação ex-ante): a) Efetividade Relativa (Valor Acrescentado) b) Custo-Efetividade (Valor Económico)</p> <p>3- Decisões que são tomadas: a) Preço b) Financiamento/comparticipação c) Limitação de encargos (contratos)</p>	<p>1- Tecnologias sujeitas ao sistema: Medicamentos, dispositivos médicos e, eventualmente, outras.</p> <p>2- Avaliação ex-ante: a) Efetividade Relativa (Valor Acrescentado) b) Custo-Efetividade (Valor Económico) c) Outras dimensões (ética, social, etc.)</p> <p>3- Decisões a serem tomadas: a) Preço b) Financiamento/comparticipação c) Controlo e limitação de encargos (contratos) d) Partilha de risco e) Monitorização adicional da utilização f) Ponderação para concursos públicos g) Condições de utilização h) Recomendações de utilização i) Recomendações de aquisição</p> <p>4- Reavaliação das tecnologias no mercado (avaliação ex-post) a) Análise da adequação do financiamento b) Recomendações de utilização/aquisição</p> <p>5- Participação no modelo europeu a) EUnetHTA (<i>European Network for Health Technology Assessment</i>) b) Protocolos com Agências de ATS de outros Estados Membros c) Participação na criação da HTAN (<i>Health Technology Assessment Network</i>) ao nível da Comissão Europeia</p>

Fonte: Adaptado de Martins *et al.* (2014).

A utilização de processos sistemáticos de avaliação de tecnologias de saúde aplicados à escolha de dispositivos médicos é uma área crescente em todo o mundo (ainda que possam existir grandes variações quanto à extensão da sua aplicação e das metodologias utilizadas para esse efeito), tal como pode ver-se na Figura 4, Portugal é um dos poucos países da União Europeia que ainda não faz parte desta lista.



Fonte: Martins *et al.* (2014).

Figura 4 - Mapa de países com avaliação sistemática de tecnologias de saúde

2.4.3 Indicadores ICHOM

Segundo Michael Porter e o Dr. Thomas Lee (2013), médico-chefe da Press Ganey e professor de medicina da *Harvard Medical School*, muitas vezes, o termo "resultado" nos cuidados de saúde tradicionalmente significou o cumprimento das diretrizes e não os resultados que realmente importam para os pacientes.

Uma organização que trabalha para resolver esta necessidade é o *International Consortium for Health Outcomes Measurement*, ou ICHOM, uma organização sem fins lucrativos formada para impulsionar o setor de cuidados de saúde em direção a cuidados de saúde baseados em valor, definindo padrões de resultados globais. Ao definir resultados, o ICHOM está focado no que mais interessa aos pacientes para condições médicas específicas. O ICHOM também enfatiza a adoção de padrões, relatórios de resultados e aprendizado (Ishrak & Kaplan, 2016).

A missão do ICHOM é desenvolver um atendimento de saúde baseado em valor, definindo graças à contribuição direta dos pacientes, conjuntos padrão globais de medida de resultados, de forma a que seja possível a sua adoção a nível mundial (Ciasullo, Cosimato, Storlazzi, & Douglas, 2016). Na tabela 2 podemos observar as principais vantagens da utilização do ICHOM.

Tabela 2 – Principais vantagens do ICHOM

ICHOM		
Redução dos custos de cuidados de saúde	Apoio à tomada de decisões informadas	Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde
Se os médicos tomam decisões de tratamento com base nos resultados, os pacientes são mais propensos a receber cuidados de alta qualidade - no momento certo. Isso reduz os custos dos cuidados de saúde, evitando erros médicos e tratamentos desnecessários. Garante também que os pagadores apenas pagam por serviços que alcançam resultados - para que eles não gastem dinheiro em custos evitáveis.	Normalmente, as pessoas escolhem os médicos com base na reputação ou boato porque essa é a informação disponível. - O problema é que sua decisão não é guiada por dados. Publicando padrões de resultados de saúde, os pacientes poderiam usar dados válidos para encontrar os médicos mais adequados para eles. Permitindo também aos médicos medir e comparar os resultados dos diferentes tratamentos, auxiliando na partilha de conhecimento sobre quais tratamentos utilizarem com os seus pacientes.	Os médicos podem usar dados de resultados de saúde para avaliar como eles estão fazendo em comparação com seus pares em todo o mundo. Por sua vez, isso dá aos médicos uma oportunidade única de aprenderem uns com os outros e melhorarem a maneira como prestam cuidados.

Fonte: ICHOM (2017).

Medir os conjuntos padrão ICHOM significa medir os resultados do tratamento que os pacientes experimentam. Permitindo assim atender a quatro objetivos: aprender, melhorar o desempenho, demonstrar desempenho superior e permitir o pagamento baseado em valor (ICHOM, 2017).

Nesse sentido o ICHOM fornece um primeiro passo necessário para reorientar a reforma dos cuidados de saúde em torno de relatórios mais sistemáticos e rastreamento de resultados para definir condições e procedimentos clínicos (Lawyer, Soderlund, Kent, & Larsson, 2012).

Medir é aprender e aprender tem uma dimensão local e uma dimensão internacional. Dentro de instalações individuais, práticas e organizações de provedores, os clínicos podem aprender com os dados de resultados que eles coletam, melhorando a vida dos seus próprios pacientes e dos pacientes dos seus colegas. Ao mesmo tempo, os dados obtidos a partir de métricas padrão e

aceites internacionalmente permitem que as equipas de atendimento em todos os países onde sejam utilizadas aprendam umas das outras (ICHOM, 2017).

As entidades financiadoras pretendem tomar conhecimento se estão a pagar os tratamentos certos, no momento certo e se esses cuidados são prestados de forma eficiente. Eles também querem encaminhar os pacientes para os prestadores que oferecem o maior valor. Como resultado, as entidades financiadoras públicas e privadas estão em transição para o reembolso baseado em valor. Os conjuntos padrão ICHOM permitem não só medir os resultados imediatos alcançados, mas também a adequação dos cuidados e os efeitos a longo prazo sobre o que realmente interessa aos pacientes (ICHOM, 2017).

As métricas do ICHOM focam-se em quão melhor ficou o doente por consequência de um ato médico, centrando-se na qualidade de vida do doente depois do ato médico e não apenas no ato em si (Gomes, cit. por Mauritti, 2017).

A título de exemplo, imaginemos que o hospital A produz três vezes mais consultas e cirurgias cardiovasculares do que o hospital B; imaginemos, depois, que 75% dos doentes tratados no hospital A acabam por ter novos eventos cardiovasculares no futuro (AVC, enfartes do miocárdio ou, mesmo, a morte). Por hipótese, o mesmo não acontece com os doentes do hospital B ou a percentagem dos casos é muito baixa, quando comparado com o A. Nestas circunstâncias, qual é então o hospital mais produtivo? Nos termos em que o nosso sistema de saúde está organizado, dizemos que o hospital A é o hospital mais produtivo, porque é aquele que produz mais consultas, mais atos. No entanto, se medíssemos a atividade clínica com base no valor que os atos médicos produzem efetivamente, diríamos que o hospital B é o hospital mais produtivo (Gomes, cit. por Mauritti, 2017).

Segundo o ICHOM (2017), até final de 2017, prevê-se que os seus conjuntos padrão irão cobrir 50 por cento da carga global de doenças.

Nesse sentido em Portugal, já existem alguns projetos pilotos quer no sector privado como no público. Nas unidades de saúde do grupo José de Mello Saúde está em vigor um modelo de gestão clínica assente na monitorização e avaliação de um vasto conjunto de indicadores para diferentes patologias tendo a o Grupo José de Mello Saúde em parceria com o ICHOM, o projeto de “Outcomes Clínicos”.

Nesse âmbito, desenvolveu-se, em 2016, um projeto-piloto para a medição de *outcomes* clínicos em cirurgia da catarata, permitindo caracterizar diferentes aspetos relacionados com a qualidade de vida e evolução dos doentes ao longo do tratamento. Também em 2016, e em parceria com a Unidade da Mama do Instituto CUF Oncologia, teve início o processo de medição de *outcomes* clínicos para o cancro da mama. Em ambos os casos, os projetos envolvem diversas equipas multidisciplinares que definem e implementam os *standards sets* e analisam de forma integrada a informação clínica e de gestão. A participação de equipas multidisciplinares no processo de medição de *outcomes* permite uma reorganização da prestação de cuidados com base nas patologias, reforçando uma visão centrada no doente e no seu percurso clínico (José de Mello Saúde, 2016).

Neste sentido o jornalista Miguel Mauritti (2017), numa das suas publicações no Jornal Económico, faz referência a outro projeto piloto utilizando o ICHOM em Portugal desta vez no SNS sendo implementado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, que integra os hospitais de S. José, Curry Cabral, D. Estefânia, Santa Marta e Santo António dos Capuchos. Este projeto tem como objetivo substituir a atual metodologia de avaliação assente em métricas de volume – quantas consultas, quantas cirurgias, quantos internamentos, quantas horas – por uma avaliação que tem como indicador os resultados percecionados pelos utentes.

A primeira tarefa deste projeto será compilar os dados de todos os doentes com hipertensão arterial seguidos nas unidades hospitalares, com o objetivo de medir os resultados dos pacientes de uma forma padronizada, ou seja, verificando o que de mais relevante na perspetiva da maioria dos utentes resultou dos cuidados prestados.

Uma vez que até à data são escassos estes projetos-piloto e que estão a ser iniciados os primeiros passos nesta grande mudança de abordagem e que, é importante antever benefícios e consequências da mesma, este trabalho propõem-se a reunir a opinião de uma amostragem de alguns dos principais *stakeholders* do setor de saúde. Seguidamente será apresentada a forma como foi realizada esta análise e compilada a informação.

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

A metodologia utilizada neste estudo foi a realização de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas presenciais e estruturadas, através de questões de respostas abertas. Em convergência com o objetivo desta metodologia, segundo Vilelas (2009), investigações qualitativas servem para explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas. A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretada da realidade social (Holloway, 1999). Sendo útil e imprescindível para identificar e explorar os significados dos fenómenos estudados e as interações que estabelecem, possibilitando assim estimular o desenvolvimento de novas compreensões (Bartumek & Seo, 2002). Utilizam-se principalmente quando o universo da pesquisa é pequeno e a quantificação não faz sentido (Heyink & Tymstra, 1993). Assim, justifica-se a aplicação das entrevistas de forma a avaliar o conhecimento/experiência e opinião de alguns dos principais *stakeholders* do sector da saúde ligados diretamente ao tema, com o intuito de realizar uma reflexão acerca deste novo conceito/abordagem em Portugal.

Optou-se pela realização de um trabalho monográfico com estrutura detalhada, de acordo com Vilelas (2009), os estudos bibliográficos são elaborados a partir de material já publicado, constituído principalmente por livros, artigos de periódicos e, atualmente de material disponibilizado na internet. A pesquisa bibliográfica permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, principalmente o problema de investigação requer dados muito dispersos pelo espaço.

Será um estudo exploratório pois segundo Vilelas (2009), os mesmos utilizam-se quando se pretende dar uma visão geral e aproximada dos objetos do estudo. Principalmente quando se trata de um novo fenómeno, que, precisamente por ser novo, ainda não possui uma descrição sistemática (Vilelas, 2009).

3.2 População Alvo e Amostra

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou mais características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação

(Fortin, Côté & Fillion, 2009). Foram definidos cinco tipos de amostras, das quais: 3 enfermeiros, 3 médicos, 3 gestores hospitalares, 3 gestores de empresas farmacêuticas ou de tecnologia de saúde e 3 pacientes. Sendo estes alguns dos principais *stakeholders* do conceito/abordagem ‘Saúde Baseada em Valor’, de forma a comparar todas os pontos de vista/opiniões, experiências e conhecimento.

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa dessa população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da amostra (Fortin *et al.*, 2009). O tipo de amostragem utilizada neste estudo classifica-se como amostragem de conveniência. Deste modo a amostra deste estudo ficou constituída por 15 casos ao total. Reforçando a escolha da amostragem, de acordo com Bogdan e Biklen (1994) uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam vários aspetos.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra nas diferentes populações foram os seguintes:

- Enfermeiros - Requisito mínimo de 5 anos de experiência, com idades entre os 30 e 45 anos de idade.
- Médicos – Requisito mínimo de 5 anos de experiência, idade máxima de 55 anos
- Gestores hospitalares – Experiência na área da saúde superior a 20 anos.
- Gestores de Empresas Farmacêuticas ou de Tecnologias Médicas – Experiência na área da saúde superior a 15 anos.
- Pacientes – Grau académico superior ou igual a licenciatura, com idade entre os 25 e 40 anos de idade.

A idade é justificada pela aceitação à mudança e melhor perspectiva na evolução tecnológica e processual da saúde. O grau académico justifica-se pela necessidade da compreensão de certos termos fundamentais à perceção do funcionamento deste modelo.

A experiência profissional exigida justifica-se pelo conhecimento técnico e do terreno, bem como o acompanhamento da evolução da área tratada.

3.3 Caracterização do Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados para a análise qualitativa foram efetuadas entrevistas a alguns dos principais *stakeholders* do tema com o intuito de através das suas opiniões e experiência compreender as perspetivas sobre o tema quanto à sua aplicabilidade, desenvolvimento, implementação e possíveis consequências em Portugal quer no Sistema Nacional de Saúde (SNS), como no setor privado.

A análise qualitativa tem como objetivo fornecer uma compreensão profunda das experiências dos intervenientes envolvidos, das suas perspetivas e histórias no contexto das suas experiências pessoais (Spencer, Ritchie, Lewis & Dillon, 2003).

As entrevistas foram presenciais e estruturadas, através de questões de resposta aberta, de forma a permitir aos entrevistados expor de forma clara a sua opinião e partilhar a sua experiência, permitindo também ao entrevistador criar um fio condutor de forma a enquadrar as respostas/opiniões dos entrevistados com o tema, sendo isso de extrema importância uma vez que se trata de um tema bastante recente e possivelmente até desconhecido para alguns dos entrevistados

Nas entrevistas estruturadas as perguntas são previamente formuladas e tem-se o cuidado de não fugir delas. O principal motivo deste zelo é a possibilidade de comparação com o mesmo conjunto de perguntas e as diferenças devem refletir diferenças entre os entrevistados e não diferença nas perguntas (Lakatos & Marconi, 1996).

A técnica de entrevista com questões de resposta aberta permite efetuar uma análise exploratória detalhada, possibilitando uma formulação mais precisa dos conceitos relacionados (Boni & Quaresma, 2005).

A elaboração das questões foi baseada na bibliografia apresentada neste projeto mais concretamente em Michael Porter. Uma vez que na pesquisa realizada não foram encontrados guiões de entrevistas validados sobre o tema.

Nesse sentido, foram elaboradas várias questões com o objetivo de explorar os pontos de mudança que foram considerados fundamentais na metodologia de saúde baseada em valor analisada neste projeto em contraposição às metodologias de saúde atuais. As perguntas seguem um fio condutor de forma a enquadrar os entrevistados com as principais temáticas e a gerar

um diálogo afunilado partindo de questões mais abrangentes até perguntas mais específicas. Algumas das questões foram aplicadas comumente a todos os grupos, outras foram direcionadas apenas entre alguns dos grupos em análise e outras questões foram aplicadas apenas intragrupo, de forma a que fosse possível comparar as opiniões, experiência individual e/ou dos grupos que realmente estão diretamente ligados com o ponto em análise, não desfasando as conclusões.

Nesse sentido foram realizadas 15 entrevistas, a 5 grupos de amostragem diferentes constituídos por 3 elementos cada, tendo sido utilizada uma amostragem por conveniência.

De realçar que também foi realizado um pré-teste a 5 pessoas com os critérios de inclusão da amostragem, uma de cada grupo. De forma a avaliar se as perguntas foram elaboradas e expressas de forma clara e simultaneamente avaliar se a entrevista permitiria obter as opiniões/experiências pretendidas para cada questão. De referir que nenhuma dos inquiridos na realização do pré-teste fez parte da amostragem utilizada na realização do estudo.

3.3.1 Método de Análise de Dados

O método de análise de dados utilizado foi a análise de discurso para construir teoria usando o software *QSR Nvivo Version 11* para análise qualitativa. Assim, a análise do discurso permite que o investigador examine atentamente o idioma em uso para procurar padrões, enquanto o software *Nvivo* forneceu um meio de armazenar, recuperar, categorizar e codificar texto (Wetherell, Taylor, & Yates, 2001; Gibbs, Friese & Mangabeira 2002). A análise centrou-se nas palavras, ações e documentação dos entrevistados para obter uma compreensão aprofundada do tópico da investigação. Excertos dos dados são apresentados nos resultados e na discussão para permitir que os atores humanos falem por si, sempre que possível (Maykut, Maykut & Morehouse, 1994). O recurso a ferramentas que permitem a análise de dados qualitativos assistidos por computador é recomendado na literatura, devido aos seus benefícios, em termos de rigor e validade que podem ser difíceis de alcançar com métodos manuais (Lindsay, 2004).

4. Resultados

4.1 Apresentação dos Resultados

4.1.1 Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra é constituída por 15 entrevistados (durante o período de Agosto e Setembro de 2017) que representam alguns dos *stakeholders* com um papel preponderante no dia-a-dia das unidades de saúde (Tabela 3). Assim, apresentam-se 5 grupos de amostragem com 3 elementos, encontrando-se representados o grupo de prestação de cuidados, como os enfermeiros e médicos, o grupo de pacientes, o grupo da gestão hospitalar e o grupo dos gestores de empresas da área da saúde, como indústria farmacêutica e das tecnologias médicas.

Tabela 3 – Caracterização da amostra

Entrevistado	Grupo de Amostragem	Idade	Género	Anos de Experiência na Área da Saúde	Habilitações Académicas
A1	Enfermeiro	30	Masculino	6	Licenciatura
A2	Enfermeiro	32	Masculino	8	Licenciatura
A3	Enfermeiro	33	Masculino	9	Mestrado
B1	Médico	41	Feminino	18	Licenciatura
B2	Médico	34	Masculino	6	Mestrado Integrado
B3	Médico	55	Masculino	26	Licenciatura
C1	Paciente	26	Masculino	--	Licenciatura
C2	Paciente	33	Feminino	--	Mestrado
C3	Paciente	23	Masculino	--	Pós-graduação
D1	Gestor Hospitalar	54	Feminino	30	Doutoramento
D2	Gestor Hospitalar	57	Masculino	30	Doutoramento
D3	Gestor Hospitalar	54	Masculino	24	Doutoramento
E1	Gestor Empresa Área da Saúde	55	Masculino	30	Mestrado
E2	Gestor Empresa Área da Saúde	56	Masculino	28	Licenciatura
E3	Gestor Empresa Área da Saúde	39	Feminino	17	Mestrado

A média de idades dos 15 entrevistados em estudo é de 41.5 anos, sendo 11 indivíduos do género masculino e 4 do género feminino. A média de anos de experiência na área da saúde é de 15.5 anos e de 19.3 anos se não tivermos em conta os pacientes uma vez que estes não têm nenhuma experiência na área da saúde. Relativamente à formação verificámos que 6 são licenciados, 1 tem pós-graduação, 5 têm mestrado, sendo um mestrado integrado em medicina

e 3 com doutoramento. De salientar que o grupo dos gestores hospitalares são os que detêm uma média de idades mais avançada (55 anos), uma maior experiência na área da saúde (28 anos) e um maior nível de formação académica (Doutoramento), conforme tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização da amostra por grupos de entrevistados

Grupo de Amostragem	Média de Idade	Género		Média de Anos de Experiência na Área da Saúde	Habilitações Académicas		
		Masculino	Feminino		Licenciatura	Mestrado e pós-grad.	Doutoramento
Enfermeiros	31.67	3	--	7.67	2	1	--
Médicos	43.33	2	1	16.67	2	1	--
Pacientes	27.33	2	1	--	1	2	--
Gestores Hospitalares	55.00	2	1	28.00	--	--	3
Gestores Empresas Área da Saúde	50.00	2	1	25.00	1	2	--

4.1.2 Análise das Entrevistas

Compreende-se por análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2009, p. 44).

Através da análise das entrevistas realizadas verifica-se que o conceito de valor em saúde se associa ou interliga a outros conceitos como inovação, qualidade, satisfação, equidade (Figura 5). Verifica-se, ainda que o conceito de valor promove, dentro desta abordagem da saúde baseada em valor, a prática da monitorização que antecede e permitirá a padronização de procedimentos em saúde, prediz uma eficaz partilha de risco e uma eficaz atribuição de incentivos e fomenta a utilização das tecnologias em saúde, que por sua vez auxiliam uma monitorização mais eficiente e eficaz (Figura 5), resultando assim no valor na saúde.

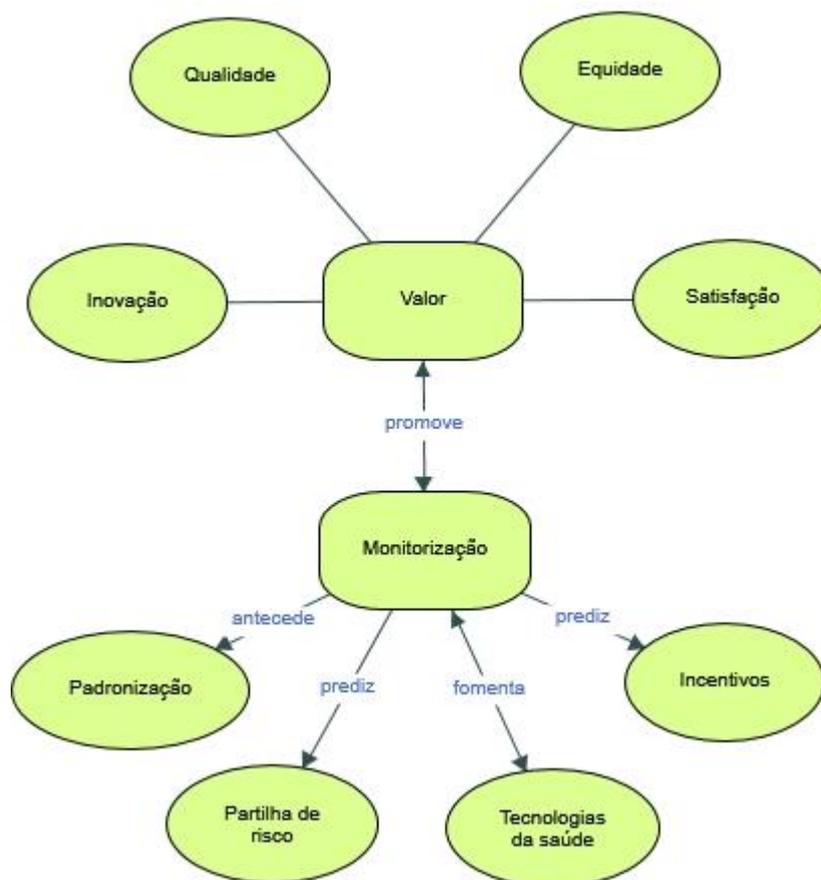


Figura 5 – Conceitos associados à saúde baseada em valor

Apresentados os conceitos chave, referidos pelos 15 entrevistados, que se encontram relacionados com o conceito de saúde baseada em valor, apresentaremos os resultados mais pormenorizados obtidos através da análise das entrevistas, promovendo, desta forma, uma análise exploratória da temática.

A) Valor em saúde

No que concerne à perceção do que é o valor em saúde e se o conceito de saúde baseada em valor é ou não conhecido pelos entrevistados foram diferenciadas as respostas atribuídas pelos diferentes grupos. Por um lado, referem que o valor em saúde está associado ao acesso, quer aos tratamentos, afirmando que

*valor em saúde é o paciente ter acesso rápido e eficaz aos tratamentos (A-3
- Enfermeiro)*

quer aos profissionais de saúde, referindo que

(...) [é] a possibilidade de acesso a médicos com qualidade (C-3 - Paciente)

quer ainda associado pelo grupo dos pacientes com o desempenho dos profissionais de saúde e o diagnóstico e prevenção, salientando a

(...) capacidade de intervenção correta a problemas que surgem, bem como a capacidade de rastreio e prevenção de doenças graves através de métodos que permitam a sua deteção em fases iniciais (C-3 - Paciente),

bem como com os ganhos efetivos pelos pacientes considerando valor

(...) aquilo que todo o sistema de saúde acrescenta, com ganhos efetivos, aos seus utentes principalmente, mas também a todos os stakeholders nele envolvidos (C-2 - Paciente)

opinião partilhada pelo grupo dos gestores de empresas da área da saúde para quem

(...) o valor em saúde é o que o doente/cidadão beneficia pelo investimento que se faz no tratamento das doenças ou na sua prevenção (E-2 – Gestor de empresas da área da saúde).

Já o grupo dos médicos associa valor em saúde ao

(...) tipo de serviços prestado aos doentes, medido através de vários parâmetros (B-3 – Médico)

sendo destacada a eficácia

(...) em primeiro lugar. Entenda-se por eficácia a resolução do problema do doente (B-3 – Médico)

e a obtenção de resultados

(...) no tratamento/serviços prestados dos pacientes (B-3 – Enfermeiro).

De notar que de entre o grupo de médicos, enfermeiros e gestores hospitalares há quem associe valor ao binómio resultados / custos, considerando que

(...) valor em saúde é uma equação complexa que entre outros, relaciona os resultados em saúde com o respetivo custo (B-2 – Médico)

sendo também considerada

(...) a relação biunívoca entre o custo económico dispensado para a saúde (entendida de forma lata e não só dos cuidados de saúde clínicos) e a sua relação direta com a saúde percecionada (D-1 – Gestor hospitalar).

De salientar que binómio resultados/custos é a base da metodologia da saúde baseada em valor, conceito já conhecido por parte dos entrevistados como os enfermeiros ao referirem que este

(...) tem como principal conceito a redução dos custos em saúde sem reduzir ou até mesmo aumentar a qualidade e os resultados obtidos pelos utentes (A-2 – Enfermeiro)

ou o gestor hospitalar que referiu ser

(...) o novo conceito de Michael Porter, é bastante interessante mas também bastante abrangente (D-2 – Gestor hospitalar).

De entre os itens associados ao conceito de saúde baseada em valor, merecem destaque, de acordo com o resultado da análise das entrevistas, a qualidade, satisfação, inovação e equidade.

B) Qualidade

No que concerne à qualidade esta foi referida primordialmente na prestação de serviços, mais precisamente quando valor é associado à

(...) qualidade moral/ética e que arrasta todos os outros parâmetros de qualidade (B-1 - Médico)

opinião igualmente partilhada pelo grupo dos gestores hospitalares para quem apesar do valor em saúde poder ser compreendido e determinado através de várias vertentes

(...) tem como principal a qualidade dos serviços/tratamentos prestados aos utentes (D-2 – Gestor hospitalar)

C) Satisfação

Tendo a saúde baseada em valor um grande enfoque no utente, a perceção da sua satisfação é um item fulcral neste conceito, sendo estes associados pelo grupo dos pacientes ao referirem que o

(...) valor em saúde é obtido através da satisfação dos clientes/utentes (C-1 - Paciente)

reiterando que a saúde baseada em valor é um

(...) conceito que privilegia a forma de como o serviço é prestado, desde as condições e competências, mas também numa perspetiva do doente, ou seja, se ficou satisfeito com o serviço que procurou (C-1 - Paciente)

existindo a perceção que o

(...) valor gerado é sobretudo para satisfazer o paciente (C-2 - Paciente).

De notar porém que a associação do valor em saúde com a satisfação não é efetuada apenas pelos pacientes, com o grupo dos gestores hospitalares a salientarem que de entre a base subjacente a este conceito se encontram a qualidade e a inovação no sistema de saúde, bem como a

(...) satisfação dos profissionais e clientes (D-3 – Gestor hospitalar)

e que associado a um aumento da eficácia existirá uma

(...) maior satisfação dos utentes e também dos próprios profissionais de saúde (D-2 – Gestor hospitalar).

D) Inovação

A inovação é considerada por parte do grupo de gestores hospitalares como resultante do incremento da qualidade que poderá ser efetuado precisamente através da

(...) inovação de processos, materiais, técnicas ou outros meios que contribuam para a evolução do sistema de saúde (D-3 – Gestor hospitalar)

sendo a saúde baseada em valor considerada como sendo um processo baseado no paciente como tendo na sua base, juntamente com a qualidade e a satisfação dos profissionais e clientes, a

(...) a inovação no sistema de saúde (D-3 – Gestor hospitalar)

sendo desta forma um

(...) conceito [que] prima pela inovação de processos. (...) sobretudo para satisfazer o paciente (C2 - Paciente).

Já os gestores de empresas da área da saúde são de opinião que a utilização do conceito de saúde baseada em valor, nomeadamente em alguns dos seus aspetos como a partilha de risco, poderá fomentar a inovação por parte dos fabricantes/prestadores uma vez que

(...) haverá libertação de recursos financeiros e humanos que irão potenciar a inovação e a produtividade nesta área da saúde (E1 – Gestor de empresas da área da saúde)

referindo que as empresas procurarão

(...) fazer mais parcerias e cumprir os objetivos propostos, daí continuarem a procurar inovação que permita acrescentar valor em saúde (E3 – Gestor de empresas da área da saúde)

destacando, porém, como ideia principal, não o aumento da inovação *per si* mas a reorientação da

(...) inovação para o doente e não para os processos de tratamento. Ou seja o objetivo tem que ser refletido positivamente no outcome clínico do doente (E2 – Gestor de empresas da área da saúde).

E) Equidade

A equidade é um item intrinsecamente associado à opinião dos pacientes acerca do SNS, e portanto à perceção do utente de valor em saúde, nomeadamente no acesso a médicos de qualidade, inferindo-se da análise das entrevistas que para os pacientes da amostra não existe equidade no SNS a vários níveis, nomeadamente no que concerne à

(...) distribuição de serviços de saúde em territórios de baixa densidade populacional ou zonas do interior do país (C-2 - Paciente)

verificando-se assimetrias no acesso aos cuidados de saúde pela inexistência de estabelecimentos de saúde perto dos seus locais de residência

Sujeitando-se ao que há mais perto, podendo o mesmo não ter as mesmas condições para o tratamento da doença do utente (C-3 - Paciente)

e salientando a

(...) falta de especialidades clínicas em alguns hospitais públicos e privados (C-1 - Paciente).

Os pacientes alertam para a falta de acessibilidade

(...) a certos tratamentos, ou por serem raros ou terem custos elevados (C-1 - Paciente)

bem como para a

deficiência na gestão de alguns processos que depois traduz em listas de espera enormes (C-1 - Paciente).

Assim, existe a opinião generalizada que

(...) não se cumpre a lei da equidade em saúde (C-2 - Paciente)

e que a

(...) equidade do SNS deve combater todas as injustiças do acesso à saúde com qualidade (C-1 - Paciente).

Referidos os itens associados ao conceito de saúde baseada em valor, é de notar, porém, a existência de alguma apreensão no que concerne à aplicabilidade da saúde baseada em valor com o grupo dos enfermeiros a ser de opinião que esta metodologia

(...) não será aplicável na sua maioria no SNS (A-1 - Enfermeiro)

É de salientar que o conceito de saúde baseada em valor revelou-se desconhecido por parte dos entrevistados, nomeadamente nos grupos de enfermeiros, médicos e pacientes.

Tomando em consideração que o conceito de valor promove, dentro desta abordagem da saúde baseada em valor, a prática da monitorização que antecede e permitirá a padronização de procedimentos em saúde, prediz uma eficaz partilha de risco e uma eficaz atribuição de incentivos, fomentando a utilização das tecnologias em saúde, passaremos a apresentar estes tópicos decorrentes da análise das entrevistas, promovendo, assim, a análise exploratória da temática em curso.

F) Monitorização

No que concerne à monitorização dos resultados bem como a sua respetiva divulgação, a opinião dos vários grupos de *stakeholders* é diversificada embora, de um modo geral, sejam relevados os aspetos positivos que esta acarreta. Destacam a capacidade de poderem ser aferidos impactos dos programas de saúde adotados, referindo o grupo dos médicos que

É sem dúvida importante que os resultados em saúde sejam monitorizados e divulgados de modo a que se consiga mensurar o impacto em saúde dos programas em curso, bem como de novas medidas e políticas adotadas. Esses resultados devem ser do conhecimento geral (população, profissionais de saúde e agentes políticos) (B-2 - Médico)

bem como o grupo dos gestores de empresas da área da saúde que, reforçando esta ideia, referem ser

(...) essencial medir os resultados (outcomes) clínicos dos tratamentos, das prevenções e dos rastreios, de forma a justificar e analisar se um investimento em saúde valeu, vale e valerá a pena fazer (E-3 – Gestor de empresas da área da saúde)

o que, segundo o grupo dos enfermeiros, possibilita

(...) a comparação de dados, de forma a se saber quais os processos/tratamentos mais eficazes e vice-versa (A-2 – Enfermeiro)

permitindo, igualmente, aferir relativamente à

(...) eficácia de campanhas de sensibilização relativamente a determinadas doenças (C3 – Paciente).

Segundo o grupo dos enfermeiros, esta comparação de dados

(...) levará a uma possível partilha de conhecimento por parte de todos os profissionais de saúde (A-2 – Enfermeiro)

facto corroborado pelos gestores hospitalares que salientam o benefício que esta medida tem na partilha de conhecimento por parte dos profissionais de saúde bem como pelos administradores, frisando que o seu impacto será maior se essa monitorização for efetuada recorrendo a

(...) parâmetros de monitorização bem determinados e utilizados a nível nacional e internacional (D-2 – Gestor hospitalar)

sendo essa monitorização baseada principalmente

(...) nos resultados da qualidade dos serviços/tratamentos obtida pelos utentes (D-2 – Gestor hospitalar).

Desta forma será possível

(...) acompanhar a saúde a nível mundial e mesmo poder partilhar dados e conhecimentos com outros países (D-2 – Gestor hospitalar)

o que permitirá

(...) ter conhecimento de epidemias em grande escala (C-3 – Paciente)

Um outro ponto salientado é o ganho do utente no que concerne ao conhecimento que passa a possuir, o que segundo o grupo dos enfermeiros lhe permitirá consultar

(...) quais os profissionais de saúde e os hospitais com melhores resultados para cada tratamento (A-2 – Enfermeiro)

opinião partilhada pelos gestores hospitalares que referem que

(...) a sua divulgação a nível nacional e internacional permitirá saber quais as instituições e profissionais mais competentes por patologia com uma escala de escolha mais alargada (D-2 – Gestor hospitalar)

sendo a monitorização, segundo o grupo dos médicos,

fundamental para avaliar os serviços de saúde (B-3 – Médico)

e, desta forma, possibilitando

(...) aferir a qualidade em função desses resultados (B-1 – Médico)

o que é corroborado pelos enfermeiros que referem que sem a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos

(...) não há forma de quantificar e qualificar a qualidade dos cuidados prestados por determinada entidade (A-1 – Enfermeiro)

permitindo, assim,

(...) uma avaliação do serviço [de saúde] mais precisa (C-1 – Paciente).

Uma outra vertente das vantagens decorrentes da monitorização e divulgação elencadas nas entrevistas prende-se com as vantagens para os processos e recursos, sendo da opinião do grupo dos gestores hospitalares que a monitorização

(...) define a adequação, efetividade e eficiência dos processos (D-1 – Gestor hospitalar)

permitindo

(...) definir pormenorizadamente estratégias assertivas e indicadores de processo e resultado potenciadoras da otimização dos recursos e dos processos (D-1 – Gestor hospitalar).

No que concerne às implicações para a prática clínica a monitorização também tem vantagens pois, como refere o grupo dos pacientes, é uma

(...) ferramenta que ao mesmo tempo regista procedimentos e resultados clínicos (C-1 – Paciente)

permitindo

(...) um acompanhamento mais organizado, detalhado e mais regular do cliente e dos procedimentos clínicos (C-2 – Paciente)

possibilitando o

(...) acompanhamento do doente, por parte de outros profissionais (C-1 – Paciente).

De notar a observação do grupo de gestores de empresas da área da saúde, segundo os quais, para

(...) muitas terapias e a sua aplicação se baseia apenas em estudos clínicos, daí achar importante a sua análise no quotidiano do dia-a-dia (C-1 – Paciente).

Outro aspeto realçado é o da melhoria dos cuidados de saúde, com o grupo dos gestores de empresas da área de saúde a salientar que a monitorização permite

(...) definir e estruturar melhorias de eficiência e desempenho no próprio sistema de saúde (E1 – Gestor de empresas da área da saúde)

e que, como consequência da partilha de conhecimento por parte dos profissionais de saúde obtida como consequência da monitorização e divulgação, é possibilitada

(...) uma maior homogeneização e melhoria dos tratamentos e consequentes resultados (E3 – Gestor de empresas da área da saúde).

Assim, e na opinião de enfermeiros, a monitorização permite

(...) ver onde estão os problemas e ao divulgarmos estamos a dar a conhecer o estado em que a saúde se encontra (A-3 – Enfermeiro)

sendo os gestores hospitalares da mesma opinião relativamente ao seu contributo

(...) ajudando também na deteção de problemas (D-2 – Gestor hospitalar)

De referir, ainda, duas notas colaterais salientadas por dois dos grupos entrevistados. Os pacientes salientam que o facto da monitorização permitir o registo quantificado e qualificado dos atos clínicos, permite a

(...) salvaguarda do profissional [de saúde] (C-1 – Paciente)

e, numa outra vertente mais gestionária, a nível do controlo de gestão, os gestores hospitalares são da opinião que se trata de

(...) um grande auxílio no controlo de custos (D-2 – Gestor hospital).

Saliente-se, porém, para o facto do grupo dos gestores hospitalares ter alertado que esta vertente da monitorização e divulgação já ser feita

(...) nos dias de hoje apesar de uma forma ainda pouco exaustiva e com dados pouco fidedignos (D-2 – Gestor hospital)

referindo ser este

(...) um dos principais pontos a melhorar na saúde em Portugal (D-2 – Gestor hospital).

Existe, porém, neste grupo de entrevistados quem não considera relevante o aspeto da monitorização, salientando que o que é

(...) importante é a qualidade dos procedimentos clínicos e que sejam eficazes, ou seja, para além da monitorização é essencial trabalhar com qualidade as práticas clínicas (D-3 – Gestor hospital)

e menosprezando a divulgação dos resultados, referindo que esta

(...) não será viável dada a sensibilidade da temática da saúde, pois quando nos esgotam com notícias nos meios de comunicação social, penso sempre que deve ter-se muita cautela com a divulgação de números em saúde. Primeiro há sempre forma de manipular esse processo e depois quando os números não são tão satisfatórios a saúde ganha uma conotação bastante depreciativa pela sociedade (D-3 – Gestor hospital)

De entre os itens associados à monitorização, destacam-se, de acordo com o resultado da análise das entrevistas, a padronização, a partilha de risco, as tecnologias de saúde e os incentivos.

G) Padronização

Considerando que no âmbito da abordagem de saúde baseada em valor a padronização de procedimentos em saúde é um dos itens principais e o que cria maiores dúvidas e dificuldades na sua aplicação, torna-se pertinente saber a opinião dos *stakeholders* envolvidos por forma a

tentar compreender quais as dificuldades e benefícios da sua possível utilização/implementação.

Relativamente aos benefícios da sua aplicação, tanto o grupo dos enfermeiros como o dos médicos apontaram benefícios na sua aplicação, com o grupo dos enfermeiros a salientar ser uma abordagem benéfica a vários níveis, tais como na

(...) redução do tempo de espera, na redução do tempo do processo de tratamento uma vez que seriam eliminados exames/tratamentos desnecessários, reduzindo assim a utilização de medicamentos, suprimentos, utilização de equipamentos médicos e de tempo despendido pelos profissionais de saúde (A-2 - Enfermeiro)

bem como, na opinião do grupo dos médicos, e tendo por base estudos comprovados, na diminuição do

(...) erro humano e poder oferecer aos pacientes garantias que entrando num hospital não estará a entrar num jogo de sorte ou azar (B-3 - Médico).

De notar que, de uma forma geral, para o grupo dos médicos, alguns dos processos em saúde

(...) podem e devem ser padronizados (B-2 - Médico)

o que acarreta equidade aos utentes uma vez que

(...) todos os utentes com determinada patologia independentemente do estrato social, grau académico, religião, etc, receberiam o mesmo processo de tratamento (A-2 - Enfermeiro)

e, segundo os gestores hospitalares, permite a

(...) facilitação nas tomadas de decisão e facilitação das práticas clínicas. É importante que quem nos chega com um determinado diagnóstico patológico seja alvo de um procedimento altamente padronizado, com o objetivo de ser uniforme a todos os profissionais (D-2 – Gestor hospital).

No que concerne aos profissionais de saúde a padronização acarreta vantagens, pois permite

(...) criar mais conhecimento sobre certos tratamentos e ter mais tempo para tratar outros utentes (A-2 - Enfermeiro)

bem como é igualmente benéfico para a administração dos hospitais pois conduz

(...) a uma redução de custos, sem reduzir a qualidade/ resultados obtidos pelos pacientes (A-2 - Enfermeiro)

sendo esta igualmente a opinião dos gestores hospitalares e gestores de empresas da área da saúde que reiteram que

(...) seria uma forma de controlar e de reduzir os custos sem pôr em causa a qualidade dos serviços/tratamentos prestados (D-2 – Gestor hospital; E-2 – Gestor de empresas da área da saúde)

Além dos benefícios elencados pelos vários quadrantes de *stakeholders*, existem reservas generalizadas da parte dos vários grupos relativamente à sua aplicação, sendo estas reservas assentes em dois factos, por um lado a noção que os indivíduos são unipessoais e diferentes entre si e por outro a perceção que o SNS ainda não está preparado para dar seguimento a este conceito.

No que concerne à noção que os indivíduos são unipessoais e diferentes entre si, o grupo dos médicos salienta que

Na saúde mais que outro sector, cada caso é um caso (B-3 - Médico)

não considerando exequível padronizar tudo o que se faz em saúde, na medida em que

(...) no momento de prestação de cuidados existem particularidades (em cada caso) que importa atender e na maioria das vezes implica fugir aos padrões pré-estabelecidos (B-2 - Médico)

existindo no grupo dos enfermeiros quem seja igualmente da opinião que

(...) cada caso é um caso diferente e cada indivíduo tem crenças, hábitos e valores diferenciados não devendo cada caso ou patologia ser tratada como igual para indivíduos diferentes (A-1 - Enfermeiro)

bem como no grupo dos gestores hospitalares onde, embora considere ser importante haver procedimentos orientadores de base genérica, há quem esteja em sintonia ao referir que

(...) os indivíduos são unipessoais e diferentes entre si, pelo que a implementação de um procedimento num indivíduo para uma determinada patologia pode ser muito diferente para outro indivíduo com a mesma patologia (D-1 – Gestor hospitalar)

Já quanto à perceção que o SNS ainda não está preparado para dar seguimento a este conceito, o grupo dos enfermeiros considera que a implementação da monitorização dos resultados em saúde é já um primeiro passo no caminho da sua implementação, no entanto para estes

(...) cada caso é um caso e que a implementação da padronização dos processos é uma abordagem muito complexa, e o SNS ainda está muito longe da sua implementação (A-2 - Enfermeiro).

Salvaguardando que na sua implementação não se deve

(...) esquecer que existem exceções à regra (A-3 - Enfermeiro).

Contudo, a palavra mais crítica surge dos gestores hospitalares para quem é

(...) bastante complexo e penso que o SNS ainda não está preparado para dar seguimento a esse conceito (D-1 – Gestor hospitalar)

embora sejam da opinião que

(...) certamente nos próximos anos isso será implementado em algumas patologias, mas apenas quando existir uma correta monitorização de forma a ser possível padronizar os processos baseados em dados (D-1 – Gestor hospitalar).

H) Partilha de risco

A partilha de risco é um método de pagamento diretamente associado ao sistema de monitorização sendo outro dos principais itens associados à saúde baseada em valor fazendo sentido aferir a opinião dos gestores hospitalares bem como dos gestores de empresas da área da saúde. De uma forma geral estes gestores concordam com este método considerando-o

(...) bastante interessante na perspectiva da partilha de risco como método de pagamento de medicamentos inovadores/tecnologia médica (D-2 – Gestor hospitalar)

e, da perspectiva administrativa e orçamental, propiciadora de

(...) uma maior margem de negociação (D-2 – Gestor hospitalar)

considerando-a como a forma

(...) mais justa de classificar ou avaliar um medicamento (D-3 – Gestor hospitalar)

pois, na opinião do grupo de gestores hospitalares, permite evitar

(...) que o SNS acarrete com custos de medicamentos /tecnologia médica que na verdade não foram eficazes como seria de esperar. Obrigando assim as farmacêuticas e as empresas de tecnologia médica a deixarem de ter preços sobrevalorizados e passarem apenas a receberem preços justos e partirem uma parte do risco (D-2 – Gestor hospitalar)

concordando que esses protocolos

(...) entre investidores e farmacêuticas beneficiam os custos da saúde. Se o investimento for muito grande significa também que a cura foi grande, portanto acaba por ser um investimento bem empregue (D-3 – Gestor hospitalar).

Saliente-se, no entanto, que, segundo a opinião do grupo de gestores de empresas da área da saúde, deverá haver de facto uma partilha de risco salvaguardando que as

(...) partes envolvidas, ou sejam prestadores (hospitais/centros de saúde), pagadores (Estado, seguros, sub-sistemas) ou fornecedores (medicamentos, dispositivos médicos, diagnósticos) deverão estar de acordo relativamente aos critérios que vão medir de forma a que a negociação se baseie no sucesso ou insucesso desses critérios (E-2 – Gestor de empresas da área da saúde)

concordando com este método de pagamento

(...) numa ótica win-win (E-2 – Gestor de empresas da área da saúde)

e tendo a consciência que

(...) a definição do preço em saúde se fará no futuro mediante avaliação de resultados no doente a partir do seu uso real (E-2 – Gestor de empresas da área da saúde)

o que permitirá ou contribuirá para a

(...) sustentabilidade da saúde em todas as suas vertentes (E-1 – Gestor de empresas da área da saúde).

I) Tecnologias de saúde

No item das tecnologias da saúde será dado ênfase à prática da monitorização recorrendo à utilização de um Sistema de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS) para ajudar na tomada de decisão na aquisição de tecnologia médica e medicamentos. Diretamente interligado à tomada de risco faz igualmente sentido aferir a opinião dos gestores hospitalares bem como dos gestores de empresas da área da saúde. Assim, todos os entrevistados têm uma opinião positiva do sistema, sendo consensual que o

(...) uso das novas tecnologias deveria potenciar a qualidade dos serviços (D-1 – Gestor hospitalar)

consideram vantajosa

(...) a utilização de um sistema que permita avaliar as tecnologias de saúde (D-3 – Gestor hospitalar)

suportando a

(...) a decisão de utilização e financiamento das tecnologias de saúde, nomeadamente os medicamentos e dispositivos médicos (D-1 – Gestor hospitalar)

pelo que consideram de

(...) extrema importância a utilização do Sinats (D-2 – Gestor hospitalar)

sendo uma ferramenta de apoio à gestão, que permite

(...) uma avaliação do custo-efetividade ao longo do ciclo de vida das tecnologias médicas, com reflexos sobre o seu preço e utilização em função do seu desempenho real, e não apenas antes da entrada no mercado (D-2 – Gestor hospitalar)

e, desta forma,

(...) sendo um grande auxílio no momento de aquisição/escolha (D-3 – Gestor hospitalar).

Referem ainda que este se baseia

(...) não só nos critérios de qualidade, segurança e eficácia exigidos a todos os medicamentos, mas também em critérios de eficiência e efetividade de forma a otimizar a utilização dos recursos disponíveis (D-1 – Gestor hospitalar)

sendo, segundo a opinião do grupo dos gestores hospitalares, que

(...) o SINATS se tornará fundamental para o setor da saúde em Portugal (D-3 – Gestor hospitalar).

Da mesma forma, no grupo dos gestores de empresas da área da saúde, persiste a opinião que o sistema

(...) permite assegurar de forma eficaz e segura a acessibilidade às terapêuticas existentes e disponíveis (E-1 – Gestor de empresas da área da saúde)

realçando o facto de se tratar de um sistema tripartido envolvendo prestadores, pagadores e fornecedores embora refiram o facto de, neste caso, o pagador também ser regulador, consideram ser uma ótima iniciativa alegando que se uma

(...) empresa de facto confia nos seus produtos e no valor que estes possam ter e se, além disso confiam nos dados que divulgam deverão ter o à vontade para esta partilha de risco (E-3 – Gestor de empresas da área da saúde).

Como vantagens adicionais este grupo chama a atenção que

(...) o SNS ou seguros de saúde poderão desta forma permitir aos seus pacientes um melhor e maior acesso a terapias (E-3 – Gestor de empresas da área da saúde)

sendo mesmo de opinião que esta

(...) avaliação do custo/efetividade permite garantir a sustentabilidade do sistema de saúde (E-1 – Gestor de empresas da área da saúde)

J) Incentivos

Estando intrinsecamente associado à prática da monitorização dos verdadeiros resultados em saúde (criação de valor para os pacientes/ qualidade) e não em quantidades, e uma vez que Porter através desta nova abordagem/conceito também aborda os incentivos a profissionais de saúde, procurou-se obter a opinião fundamentada na experiência sobre a utilização de incentivos por parte dos vários grupos de *stakeholders*. Após a análise das entrevistas foi possível inferir que se trata de um tópico menos consensual, verificando-se mesmo várias opiniões dissonantes no mesmo grupo de entrevistados pelo que optaremos por referir o resultado da análise de uma forma mais individualizada.

É de realçar, no entanto, que mesmo os entrevistados que referem concordar com a medida salvaguardam o facto de serem de acordo apenas quando a análise é do foro qualitativo e não quantitativo.

Assim, de entre os entrevistados que referem concordar com a medida encontram-se elementos do grupo dos enfermeiros que referem que a medida poderá ser benéfica

(...) no sentido de criar uma concorrência saudável entre os profissionais de saúde, mas apenas se forem considerados como “resultados”, a qualidade dos serviços/tratamentos aos pacientes e não a quantidade de serviços/tratamentos prestados (A-2 – Enfermeiro)

bem como um dos gestores hospitalares que refere igualmente a questão da concorrência saudável entre os profissionais de saúde alegando que

(...) como os incentivos serão baseados em resultados os principais beneficiados serão os utentes, pois terão acesso a serviços/tratamentos com maior qualidade (D-2 – Gestor hospitalar)

e ainda que não poderá

(...) ser considerado como um custo extra uma vez que conseqüentemente os tratamentos serão mais eficazes e existirá maior satisfação dos utentes e também dos próprios profissionais de saúde e tudo isso originará uma redução de custos (D-2 – Gestor hospitalar)

De entre os que se opõe terminantemente à medida encontra-se um dos enfermeiros, para o qual a utilização de incentivos não lhe parece correta dado que os

(...) resultados em saúde dependem das equipas multidisciplinares e do seu trabalho em conjunto (...) [não existindo] a necessidade de serem incentivados para a melhoria dos resultados naquilo que será a sua obrigação profissional (A-1 – Enfermeiro)

bem como um dos médicos que se mostra categoricamente contra os incentivos a profissionais baseados nos resultados alegando que

(...) quando começamos a dar incentivos para ter assegurado um dos princípios mais básicos da Humanidade [o cuidado prestado ao outro para curar e aliviar sofrimento] então perdemos os nossos valores morais e a nossa qualidade humana (B-1 – Médico)

Existem porém quem, embora não coloque completamente de parte esta medida, coloque sérias reservas à sua implementação, alegando de entre vários motivos que esta pode gerar assimetrias e abrir porta a injustiças entre os profissionais de saúde. Saliente-se a opinião dos restantes elementos do grupo dos médicos, que referem que

(...) a medição dos resultados pode não ser clara, depende de fatores como a faixa etária da população, historial clínico, condição sócio económica, etc. Não tendo um processo objectivo de medição de resultados pode criar injustiças entre profissionais de saúde (B-3 – Médico)

alertando para alguns perigos mesmo quando os resultados a aferir são de natureza qualitativa, i.e.,

(...) se como resultados se considerar a cura do doente ou o outcome de determinado procedimento, estimula-se a qualidade do serviço prestado, contudo doenças com mau prognóstico ou procedimentos com mais risco, vão estar sempre associadas a piores resultados e conseqüentemente os profissionais de saúde que as tratam vão receber menos incentivos ou não vão mesmo receber qualquer incentivo (B-2 – Médico)

considerando, assim, que a utilização de incentivos a profissionais de saúde baseados em resultados é

(...) um exercício de difícil execução, que leva a assimetrias entre os diversos profissionais de saúde, que pode aumentar a satisfação de alguns, mas gera descontentamento em todos os outros que não se veem reconhecidos, embora exerçam papéis tão importantes como aqueles que recebem incentivos (B-2 – Médico)

e sugerindo alternativas a esta medida considerando ser

(...) preferível e mais seguro para uma saúde de qualidade apostar numa formação de excelência, usar a exigência como princípio imperativo dos profissionais de saúde e remunerar de acordo com essa exigência do dia a dia (B-3 – Médico)

ou, segundo um dos gestores hospitalares, preferir

(...) uma filosofia de investimento público em equipamentos e acessos para a saúde (D-3 – Gestor hospitalar)

tendo preferência

(...) nas condições com que se trabalha e se desenvolve um trabalho clínico em qualidade do que propriamente investir em saúde baseada em resultados. Se as condições físicas de prática clínica forem as melhores os profissionais terão sempre bons resultados (D-3 – Gestor hospitalar).

K) Aplicações para a Prática Clínica

Finalizada a discussão do modelo proposto urge referir a temática das implicações, benefícios e consequências da transferência de tarefas e procedimentos de um médico para um enfermeiro ou outro profissional de saúde, sendo este um dos principais objetivos a concretizar com a implementação da saúde baseada em valor como forma de contribuir para a redução dos custos sem se perder qualidade.

De uma forma geral tanto médicos como enfermeiros revelaram-se em concordância com esta medida, com o grupo dos enfermeiros a referir que apesar de se tratarem de classes profissionais distintas, em que cada um deve desempenhar as funções para o qual está devidamente qualificado sem deste modo intervir na área de atuação uns dos outros, mas complementando-se

(...) dependendo de serviço para serviço existem algumas tarefas e procedimentos que podem ser prestados por enfermeiros e liberar os médicos para outras tarefas/ procedimentos mais qualificados, sem existirem consequências, como também entre auxiliares de saúde e enfermeiros, em alguns casos são utilizadas formações específicas para se poder realizar essa transferência (A-1 – Enfermeiro)

referindo que seria uma forma de colmatar a falta de médicos e enfermeiros pois com

(...) a transferências de algumas tarefas/procedimentos seria possível reduzir da carga de trabalho possibilitando assim aos profissionais de saúde com maior conhecimento tempo para realizar mais tratamentos que exijam esses conhecimentos (A-2 – Enfermeiro)

salvaguardando, no entanto, como base para a transferência de algumas tarefas e procedimentos

*(...) acima de tudo que as equipas se devem reger pela multidisciplinaridade
(...) sempre com a lógica de cada um na sua área de competência, não prestando tratamentos acima dos seus conhecimentos/competências (A-3 – Enfermeiro).*

Assim, é importante ter a formação como

(...) principal âncora para que seja possível a transferência de tarefas e procedimentos (...) e deveriam ser implementadas formações específicas complementares (A-3 – Enfermeiro)

para evitar

(...) a possibilidade do aumento de erros nos serviços /tratamentos prestados (A-2 – Enfermeiro).

O grupo dos médicos salienta igualmente vantagens nesta medida pois

(...) pode haver tarefas que se cruzam, podendo o médico delegar uma função noutra pessoa com a vantagem de agilizar o fluxo de trabalho (B-3 – Médico)

o que permite

(...) aliviar o médico de algumas tarefas que podem ser efetuadas por outro profissional de saúde (B-1 – Médico)

e, desta forma,

(...) “perder” menos tempo a realizar tarefas que podem ser realizadas por outros profissionais, dependendo mais tempo na realização de tarefas que apenas podem ser realizadas por um médico (B-2 – Médico)

referindo que

(...) numa unidade com grande movimento pode ser uma vantagem delegar tarefas, mas tendo sempre a máxima de quem executa tem de estar apto para essa função (B-3 – Médico)

sendo, assim, necessária a aquisição de

(...) competências para a respetiva realização (B-2 – Médico)

salvaguardando que a

(...) atribuição de competências tem de estar bem definida sem qualquer margem para dúvidas, determinadas a partir da formação e mais importante ainda, a experiência (B-3 – Médico).

Uma das principais razões que está na base das reservas por parte dos médicos sobre este tópico encontra-se a responsabilização, sendo

(...) importante sempre definir as responsabilidades, se são de quem delega ou de quem aceita executar (B-3 – Médico)

sendo uma sua preocupação a definição de onde

(...) termina a responsabilidade do médico (e não o responsabilizar por tudo o que é feito ao doente) (B-1 – Médico)

bem como a questão da aferição da qualidade da formação do outro profissional, referindo que

(...) não basta dizer que se tem o mestrado numa determinada área e depois não se exercem essas tarefas no dia-a-dia (B-1 – Médico).

Em suma, apesar de considerarem que

(...) a eventual transferência de tarefas deve ser um processo bem pensado e regularizado (B-1 – Médico)

existe a consciência que existem benefícios na sua implementação, sendo que os

(...) principais benefícios desta transferência relacionam-se com o aumento do número de doentes atendidos/tratados e redução do custo associado a essa assistência (B-2 – Médico).

4.2 Discussão dos Resultados

Tal como seria de esperar, e por esta abordagem de “Saúde Baseada em Valor” ser um conceito recente, através das entrevistas realizadas verificou-se que esta nova abordagem é ainda desconhecida e até associada por médicos apenas a custos financeiros.

No entanto, o *mindset* dos grupos de *stakeholders* entrevistados poderá estar a caminhar no sentido desta mudança, uma vez que nas entrevistas “valor em saúde” teve como enfoque central o utente, principalmente para o grupo dos pacientes e gestores de empresas da área da saúde, sendo o valor baseado na satisfação, qualidade e custo. Foi também salientado o “acesso

a tratamentos e a profissionais de saúde” por parte dos pacientes e dos enfermeiros/técnicos superiores de saúde.

De acordo com Porter e Lee (2013), para alcançar as boas práticas em saúde é necessário focalizar as nossas atividades no paciente, garantindo quer os princípios fundamentais que norteiam os sistemas de saúde - a acessibilidade, a equidade, a efetividade e a qualidade.

Sendo um dos objetivos da “Saúde Baseada em Valor” o aumento da equidade dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, a amostra de pacientes foi inquirida acerca da equidade em Portugal. De forma unanime, foi referido que não existe ou que existe carência de equidade no acesso à saúde em Portugal, sendo mencionado como fator de desigualdade a localização geográfica e o acesso limitado a tratamentos mais dispendiosos.

Um outro tema de grande debate há já algum tempo é a transferência de tarefas e procedimentos habitualmente realizadas por um médico para outro profissional de saúde. Essa substituição permitiria que médicos ou enfermeiros se foquem em funções de maior valor agregado (Kaplan & Porter, 2011). Inquirindo médicos e enfermeiros acerca desta temática e contrariamente à controvérsia que se poderia esperar, houve um total consenso entre os grupos e intergrupo, no sentido desta medida poder ser positiva e acarretar vários benefícios, principalmente aliviar médicos ou enfermeiros para que estes possam realizar outras tarefas que exijam um maior nível de conhecimento. É de realçar que para que esta transferência de tarefas seja exequível é necessário que existam formações contínuas e específicas. Como possível consequência negativa foi referido o possível aumento de erros nos serviços.

Essencial para a abordagem de “Saúde Baseada em Valor”, a monitorização dos resultados de saúde baseada nos resultados obtidos pelos pacientes, foi de forma quase unanime considerada por todos os grupos como sendo de extrema importância a sua implementação e divulgação, com exceção do grupo de gestores hospitalares, onde se verificou alguma discordância principalmente em relação à divulgação dos dados. A experiência demonstra que medir os resultados é a chave para a saúde baseada em valor, começar com a monitorização dos resultados permite que a criação de valor em saúde aconteça naturalmente (Åkerman & Stowell, 2015).

Aquando questionados médicos e enfermeiros relativamente à aplicação de incentivos financeiros a profissionais de saúde baseados na monitorização dos resultados em saúde (sustentados na criação de valor para os pacientes/qualidade e não em quantidades) ambos os

grupos referem a criação de concorrência saudável e consequente criação de mais valor em saúde, tendo no entanto como perspectivas negativas a criação de assimetrias entre os profissionais de saúde e possíveis injustiças financeiras. Estimando-se que com a implementação destes incentivos se verifique uma melhoria da qualidade, através da definição e avaliação de indicadores e um aumento da produtividade através da introdução de competitividade interna no sistema de saúde (Quaye, 2003; Smith & York, 2004). Quanto à sua implementação prática as opiniões foram díspares, sendo o grupo dos enfermeiros o que mais concorda com a sua implementação.

Quanto à padronização dos processos em saúde, que permitiriam em teoria um tratamento equitativo, melhoria de resultados e redução de custos (Porter, 2012), houve quase total concordância, quer com o enquadramento teórico prévio, quer entre os inquiridos. Assim, nas entrevistas, a padronização dos processos em saúde foi apontada como devendo ser implementada e que esperam que traga vários benefícios como: redução de tempo de espera e custos; exclusão de exames/tratamentos desnecessários, reduzindo assim a utilização de medicamentos e suprimentos desnecessários; utilização eficiente de equipamentos médicos e do tempo despendido pelos profissionais de saúde, sem prejuízo da qualidade dos serviços e tratamentos prestados. Consideraram também a padronização dos processos como benéfico para os pacientes, indutor de conhecimento e equidade.

É de salientar que todos os entrevistados referem que cada caso/doente é único e que, mesmo com a implementação da padronização, esse fator deve sempre ser tido em conta. É também de realçar que os inquiridos consideram a padronização dos processos algo complexo e que será apenas implementável caso se verifique uma correta monitorização dos resultados.

Para além da monitorização de resultados e padronização, é importante avaliar a opinião acerca da importância em utilizar o SiNATS para auxiliar na tomada de decisão aquando da aquisição de tecnologia médica, dispositivos médicos e medicamentos, tendo para isso sido entrevistados gestores hospitalares e de empresas de tecnologias médicas. As opiniões de todos os entrevistados foram unânimes, concordando na importância de utilizar o SiNATS para ajudar na tomada de decisão na aquisição de tecnologia médica e medicamentos, salientando como principais benefícios o suporte na decisão escolha e financiamento das tecnologias de saúde, a avaliação do custo-efetividade ao longo do ciclo de vida das tecnologias médicas, podendo ser uma importante ferramenta de auxílio à gestão tornando-se consequentemente uma vantagem

para a sustentabilidade do sistema de saúde, sendo assim de salientar a opinião de que o SINATS se tornará fundamental para o setor da saúde em Portugal.

Tendo já ocorrido em Portugal alguns casos de partilha de risco entre empresas farmacêuticas e SNS, como no caso da introdução de um medicamento inovador, mas dispendioso para tratamento da hepatite C crónica e bem como o tratamento com um anticorpo monoclonal recentemente aprovado (Alves *et al.*, 2016), foram entrevistados gestores hospitalares e de empresas da área da saúde acerca desta partilha de risco. De um modo quase geral, os entrevistados consideraram que a de partilha de risco na aquisição de medicamentos/tecnologia médica pode ser bastante positiva permitindo: mais margem de negociação entre o SNS e as empresas farmacêuticas e de tecnologia médica; preço dos medicamentos e de tecnologia médica mais realistas e justos; benefícios quanto ao controlo de custos e sustentabilidade do sistema de saúde e maior facilidade de financiamento, permitindo acompanhar as inovações. De salientar que os gestores de empresas da área da saúde têm como enfoque a utilização da partilha de risco, que acarretará inovação e uma relação *win-win* entre financiador e empresa.

Para os gestores das empresas médicas, esta partilha de risco poderá ser vantajosa para ambas as partes (empresas e sistemas de saúde), sendo também impulsionadora de inovação, uma vez que levará a um maior financiamento e maior tendência a optar por medicamentos/tecnologias inovadoras o que iria gerar maior competitividade entre as empresas concorrentes na busca por inovação com benefícios práticos e efetivos.

5. Conclusão

Este projeto foi criado e desenvolvido com o intuito de fazer uma reflexão sobre o tema “Saúde Baseada em Valor” em Portugal de forma a apresentar um ponto de situação atual sobre esta nova abordagem em Saúde. Serve também para consciencialização de vários tipos de intervenientes no setor da saúde e como auxílio futuro para a realização de projetos, análises e estudos sobre Saúde Baseada em Valor. Permite igualmente identificar alguns passos precedentes e necessários para a aplicabilidade futura de Saúde Baseada em Valor.

Através das entrevistas realizadas é possível identificar a presença de alguns fatores indicadores desta mudança de *mindset* em saúde, como a noção de valor apresentada pelos entrevistados, a concordância quanto à importância da monitorização dos resultados, a receptividade quanto à padronização dos processos e ao método de pagamento por partilha de risco, havendo ainda no entanto algumas dúvidas em relação a alguns destes sub-conceitos.

Quanto à aplicabilidade e implementação de “Saúde Baseada em Valor” em Portugal, através da pesquisa realizada foram encontrados vários pontos que demonstram uma tentativa de caminhar no sentido desta mudança. Exemplos disso são a criação de sistemas de monitorização como o SINATS e o SINAS, assim como as recentes parcerias criadas por hospitais privados e públicos com o ICHOM para a implementação de projetos-piloto em Portugal. A utilização de pagamentos por partilha de risco, como no caso do medicamento da Hepatite C crónica, também é outro exemplo disso. Ainda assim, ponderadas todas as informações recolhidas pode-se concluir que ainda estamos um pouco distantes da sua implementação, mas que nos próximos anos será uma realidade na saúde em Portugal.

Como sugestões no decorrer da elaboração e finalização deste projeto recomenda-se a realização mais projetos-piloto de “Saúde Baseada em Valor” e efetuar uma análise crítica dos resultados obtidos por forma a gerar mais conhecimento científico sobre esta recente temática. Além disso, os profissionais de saúde deveriam ser mais informados sobre o tema e o seu desenvolvimento em termos nacionais e internacionais, podendo para isso serem realizadas formações e conferências. Sendo a monitorização dos resultados um fator preponderante na “Saúde Baseada em Valor”, tal como mencionado pelos entrevistados e um passo precedente e central na sua implementação, o SINATS é um grande avanço a ter em conta no caminho para uma Saúde Baseada em Valor e portanto deverá ganhar mais valor e importância por forma a abrir caminho e sustentar a implementação da nova abordagem em saúde.

Além disso, estima-se que a monitorização de resultados venha a ser um instrumento importante para os profissionais de saúde no sentido de criação, acesso e partilha de conhecimento, bem como para os gestores como uma ferramenta de auxílio à gestão.

Não podendo deixar de apontar limitações a este trabalho, é de referir que a principal limitação encontrada foi a falta de conhecimento sobre o tema, sendo que através das entrevistas realizadas se verificou que esta nova abordagem é ainda desconhecida e até associada por médicos apenas a custos financeiros. Sendo um tema recente, também a existência de bibliografia prévia é relativamente escassa. Além disso, o facto dos projetos-piloto já desenvolvidos nesta área serem recentes, fazem com que a análise de impacto real a longo prazo da implementação desta abordagem de Saúde Baseada em Valor seja ainda do foro teórico.

Compilando a informação do *output* e *know-how* do que atual e internacionalmente está a ser feito no sentido da “Saúde Baseada em Valor” e na opinião da amostragem de alguns dos principais *stakeholders* de saúde em Portugal, relativamente à aplicação de incentivos financeiros a profissionais de saúde e financiamento hospitalar baseado em resultados (sustentados na criação de valor e não em quantidades) espera-se a criação de concorrência saudável.

Em relação à padronização de tratamentos médicos prevê-se que este permita reduzir os custos, os tempos de espera, excluir exames/tratamentos desnecessários, reduzindo a utilização de medicamentos e suprimentos desnecessários, permita uma utilização mais eficiente de equipamentos médicos e do tempo despendido pelos profissionais de saúde, sem prejuízo da qualidade dos serviços e tratamentos prestados.

Quanto à partilha de risco espera-se que o preço dos medicamentos e de tecnologias médicas sejam mais realistas e justos, com maior facilidade de financiamento e pagamento por resultados reais obtidos na sua quotidiana utilização, permitindo acompanhar as inovações e facilitar a introdução de tratamentos e métodos de diagnóstico de forma mais célere.

Assim, com uma possível aplicação, implementação e desenvolvimento da “Saúde Baseada em Valor” em Portugal espera-se uma maior satisfação, qualidade, e equidade para os pacientes bem como para os profissionais de saúde.

6. Referências Bibliográficas

- Åkerman C. & Stowell C. (2015). Measuring Outcomes: the Key to Value-Based Health Care. *A Harvard Business Review Webinar: Harvard Business School*.
- Alpkan, L., Gunday, G., Kilic, K., & Ulusoy, G. (2011). Effects of innovation types on firm performance. *International Journal of Production Economics*, 133(2), 662-676.
- Alves, E.C., Gonçalves, F. R., Costa, L., Matos, L., Leite, R. B. & Herdeiro, V. (2016). Um Novo Modelo de Acesso à Inovação em Saúde Baseado em Resultados – Retirado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RelatorioBCGJanssen-NovoModelodeAcessoInovacao-Nov16_vff.pdf
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo (Edição revista e atualizada). Lisboa: Edições 70
- Bartunek, J. M., & Seo, M. G. (2002). Qualitative research can add new meanings to quantitative research. *Journal of Organizational Behavior*, 23(2), 237-242.
- Biklen, S., & BOGDAN, R. C. (1994). Investigação qualitativa em educação. *Porto: Porto Editora*, 134-301.
- Bilhim, J., Guimarães, T., & Junior, P. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. *Revista de Administração e Inovação*, 10, 257-277.
- Boni, V., & Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80.
- Calantone, N., Droge, R., & Harmancioglu, N. (2010). Inconclusive Innovation “Returns”: A meta-analysis of research on innovation in new product development. *Journal of Product Innovation Management*, 27(7), 1065-1081.
- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities—a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1.
- Chen, Z., & Guan, J. (2010). The impact of small world on innovation: An empirical study of 16 countries. *Journal of Informetrics*, 4(1), 97-106.

Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*, *Published online April 10*.

Chipman, A. & Koehring, M. (2015). Value-based healthcare in Portugal - Necessity is the mother of invention.

Ciasullo, M. V., Cosimato, S., Storlazzi, A., & Douglas, A. (2016, December). Health care ecosystem: some evidence from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). In *Toulon-Verona Conference" Excellence in Services"*.

Costa, C., Santana, R. & Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 7 - 67-102.

Damanpour, F., Devece, C., & Walker, R. (2010). Management innovation and organizational performance: The mediating effect of performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21, 367-386.

Decreto-Lei n.º 97/2015 de 1 de Junho - Diário da República n.º 105/2015, Série I. Ministério da Saúde

Direção-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020.

Dismuke, C. E., & Sena, V. (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health care management science*, 2(2), 107-116

Entidade Reguladora da Saúde (2014). Custos de Contexto no Setor da Saúde. Porto.

Entidade Reguladora da Saúde (s.d.). Consultado na World Wide Web a 10 de Junho de 2017, em: <https://www.ers.pt/pages/118>

Fernandes, T. M., & Sousa, A. (2012). Incentivos financeiros: um incentivo à melhoria dos cuidados de saúde?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28(1), 64-66.

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(3), 285-96.

- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*, 4-568.
- Ganter, A. & Hecker, A. (2014). Configurational paths to organizational innovation: qualitative comparative analyses of antecedents and contingencies. *Journal of Business Research*, 67, 1285-1292.
- Gavagan, T. F., Du, H., Saver, B. G., Adams, G. J., Graham, D. M., McCray, R., & Goodrick, G. K. (2010). Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(5), 622-631.
- Gibbs, G. R., Friese, S., & Mangabeira, W. C. (2002). The use of new technology in qualitative research. Introduction to Issue 3 (2) of FQS. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 3, No. 2).
- Glickman, S. W., & Peterson, E. D. (2009). Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care* 2009; 15:S300-5.
- Haugen, R. C. (2014). Risk Sharing Agreements: Acordos de Partilha de Risco e o Sistema Público de Saúde no Brasil – Oportunidades e Desafios - UFRJ Instituto de Economia - Rio de Janeiro.
- Heyink, J. W., & Tymstra, T. J. (1993). The function of qualitative research. *Social Indicators Research*, 29(3), 291-305.
- Holloway (1999). Basic Concepts for Qualitative Research. In: *Basic Concepts for Qualitative Research*. Blackwell Science, Ltd, Oxford, UK.
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. (2017). Consultado na World Wide Web a 15 de Junho de 2017, em: <http://www.ichom.org/why-measure-outcomes/>
- Ishrak, O. & Kaplan (2016). Cost and Outcomes in Health Care Featuring - *Harvard Business Review*.
- Janssen, M., & Moors, E. H. (2013). Caring for healthcare entrepreneurs—Towards successful entrepreneurial strategies for sustainable innovations in Dutch healthcare. *Technological Forecasting and Social Change*, 80(7), 1360-1374.

José de Mello Saúde. (2016). Relatório da Qualidade e Segurança Clínica 2016. Retirado de: <https://www.josedemellosaude.pt/ResourceLink/20607/Relat%C3%B3rio+Qualidade+e+Seguran%C3%A7a+Cl%C3%ADnica+2016.pdf>

Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2004). Time-Driven Activity-Based Costing. *Harvard Business Review*, v. 82, n.11, November, p. 131:8.

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). Como resolver a crise de custos na saúde. *Harvard Business Review*.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.

Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. World Bank Publications.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. D. (1996). Técnicas de pesquisa. *São Paulo: Atlas*.

Lawyer, P., Soderlund, N., Kent, J., & Larsson, S. (2012). Health reform should focus on outcomes, not costs. *BCG Perspectives*.

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto - Diário da República n.º 195, I Série, Lei de Bases da Saúde.

Lichtenberg, F. R. (2014). Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000–2009. *Health Policy and Technology*, 3(1), 36-58.

Lindsay, V. J. (2004). Computer-assisted qualitative data analysis: Application in an export study. *Handbook of qualitative research methods for international business*, 486-506

Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Menvielle, G., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., Kovacs, K. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of epidemiology and community health*, 69(3), 207-217.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: the Marmot review: Marmot Review*.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Martins, J., Rodrigues, J., Antunes, M., Ferrador, F., Ramos, I., & Ramos, R. (2014). Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde para Portugal (SiNATS) – Criar o futuro. *Lisboa, Portugal: Infarmed*.

Mauritti, M. (2017, 18 de Fevereiro). Saúde: Novo sistema de avaliação testado em Portugal. *Jornal Económico*. Disponível em: <http://www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/saude-novo-sistema-de-avaliacao-testado-em-portugal-123708>

Maykut, P., Maykut, P. S., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide* (Vol. 6). Psychology Press.

Nunes, P. S. O. F. (2012). Financiamento Hospitalar em Portugal: Incentivos à Seleção e Equidade. Dissertação de Doutoramento - Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

OPSS Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016). Saúde Procuram-se Novos Caminhos - Relatório de primavera 2016.

PORDATA (2017) Consultado na World Wide Web a 10 de Junho de 2017, em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB>

Porter, M. E. (2010). Measuring health outcomes: the outcomes hierarchy. *N Engl J Med*, 363, 2477-2481.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.

Porter, M. E. (2012). Value-Based Health Care Delivery. Em *Faculty Perspectives on Healthcare Conference*, (p.4-34). Disponível em: [http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/2012.03.07%20SUT%20HCI%20presentation%20\(FINAL\)_edb0ea69-9475-467_a-8d7d-8023ba2e4b69.pdf](http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/2012.03.07%20SUT%20HCI%20presentation%20(FINAL)_edb0ea69-9475-467_a-8d7d-8023ba2e4b69.pdf)

Porter, M. E. (2016, May). The Strategy to Transform HealthCare and The Role of Outcomes. In *Fourth ICHOM Conference, London, UK* (Vol. 17).

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(10), 1-19.

- Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Quaye, R. K. (2003). Assessing the impact of cost control strategies on Swedish physicians' practice behaviour. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(5), 257-260.
- Santana, J. P. D., & Castro, J. L. D. (1999). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde-CADRHU. *Natal: EDUFRN*.
- Santana, R. (2005). O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 93-118.
- Segovia, C. (2009). Hospital Financing: Diagnosis Related Groups—Leading the Debate. The system perspective. *Hope & EHMA*.
- Smith, P. C., & York, N. (2004). Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs*, 23(3), 112-118.
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J., & Dillon, L. (2003). Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence.
- Szwarcwald, C. L., Mendonça, M. H. M. D., & Andrade, C. L. T. D. (2006). Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional.
- Towse, A., & Garrison, L. P. (2010). Can't get no satisfaction? Will pay for performance help?. *Pharmacoeconomics*, 28(2),93-102.
- Vilelas, J. (2009). Investigação: o processo de construção do conhecimento. *Lisboa: Edições Sílabo*, 119-252.
- Vogler, S., Österle, A., & Mayer, S. (2015). Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 124.
- Wetherell, M., Taylor, S., & Yates, S. J. (Eds.). (2001). *Discourse as data: A guide for analysis*. Sage.

7. Anexos

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



Entrevista Estruturada

A presente entrevista é realizada no âmbito académico (Tese de Mestrado - Gestão dos Serviços de Saúde). Tendo como objetivo a obtenção de opiniões/experiências de alguns dos principais *stakeholders* do tema “Saúde Baseada em Valor”, de forma a reforçar a reflexão sobre o tema em Portugal.

Os dados recolhidos serão alvo de uma análise de conteúdos com fins meramente académicos, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Grupo de Amostragem:

Idade:

Género:

Anos de Experiência na Área da Saúde:

Nível Académico:

A) Enfermeiros;

- 1- O que considera VALOR em saúde?
- 2- Considera importante a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos?
Porquê?
- 3- Tem conhecimento do conceito/abordagem de saúde baseada em valor?

4.1- Qual a sua opinião sobre a utilização de incentivos a profissionais de saúde baseados em resultados?

4.2- Qual a sua opinião acerca da padronização dos processos em saúde?

4.3- Na sua opinião quais são as implicações, benefícios e consequências da transferência de tarefas e procedimentos de um médico para um enfermeiro ou outro profissional de saúde?

B) Médicos;

1- O que considera VALOR em saúde?

2- Considera importante a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos? Porquê?

3- Tem conhecimento do Conceito/abordagem de saúde baseada em valor?

4.1- Qual a sua opinião sobre a utilização de incentivos a profissionais de saúde baseados em resultados?

4.2- Qual a sua opinião acerca da padronização dos processos em saúde?

4.3- Na sua opinião quais são as implicações, benefícios e consequências da transferência de tarefas e procedimentos de um médico para um enfermeiro ou outro profissional de saúde?

C) Pacientes;

1- O que considera VALOR em saúde?

2- Considera importante a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos? Porquê?

3- Tem conhecimento do Conceito/abordagem de saúde baseada em valor?

5- Qual a sua opinião acerca da equidade no SNS?

D) Gestores Hospitalares;

- 1- O que considera VALOR em saúde?
- 2- Considera importante a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos?
Porquê?
- 3- Tem conhecimento do Conceito/abordagem de saúde baseada em valor?
- 4.1- Qual a sua opinião sobre a utilização de incentivos a profissionais de saúde baseados em resultados?
- 6.1- Acha importante utilizar um Sistema de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS) para ajudar na tomada de decisão na aquisição de tecnologia médica e medicamentos?
- 6.2- Partilha de risco na aquisição de medicamentos/tecnologia médica qual a sua opinião?
- 7- Considera que a implementação de processos padronizados por patologias será benéfico para o controlo dos custos?

E) Gestores Empresas da Área da Saúde:

- 1- O que considera VALOR em saúde?
- 2- Considera importante a monitorização e divulgação dos resultados de saúde obtidos?
Porquê?
- 3- Tem conhecimento do Conceito/abordagem de saúde baseada em valor?
- 6.1 - Acha importante utilizar um Sistema de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS) para ajudar na tomada de decisão na aquisição de tecnologia médica e medicamentos?
- 6.2- Partilha de risco na aquisição de medicamentos/tecnologia médica qual a sua opinião?
- 8- Na sua opinião a utilização deste novo conceito conduzirá a mais inovação por parte dos fabricantes/prestadores?