



28/08/2023



Hotel Gran Estanplaza São Paulo/SP

FÓRUM BRASILEIRO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE E MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR

Realização:



Expediente:

Iniciativa: NuOh Health, SBMF e Science & Strategy

Escrito e organizado por: Fanny Zigband – Jornalista MTb: 13.464

Revisado por: Octávio Nunes; Dr. Hélio Osmo e Dr Marcelo Valadares.

Layout: Tao Assessoria

Versão somente digital

Todos os direitos reservados

Introdução

O Fórum Brasileiro sobre Sistemas de Saúde e Modelos de Pagamento Baseados em Valor, organizado pela NuOn Health, Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica (SMBF) e consultoria Science&Strategy, foi o primeiro de uma série de eventos que serão promovidos com o intuito de gerar debates, reflexões e propostas que contribuam para a saúde avançar em um tema central para a sustentabilidade do setor: os Modelos de Pagamento Baseados em Valor (MPBV).

O encontro, **realizado em São Paulo, em 28 de agosto**, reuniu cerca de 170 participantes e 22 palestrantes, entre os mais renomados especialistas da área, que, em cinco painéis temáticos, contribuíram com sua expertise para estimular o diálogo sobre esta questão que se tornou crucial diante dos desafios que o setor tem enfrentado, especialmente a saúde suplementar.

Além disso, uma palestra ministrada pelo consultor Neil Grubert, da Queen Mary University of London, - especialista em acesso e modelos de pagamento, - apresentou a experiência de países nos quais a prática do MPBV está avançada e os caminhos e acordos celebrados para gerenciar a entrada de novos produtos nos mercados.

Como contraponto, os debates realizados nos cinco painéis transcorreram tendo como pano de fundo um cenário consensual, no qual conjugam-se dois grandes desafios para a Saúde: o envelhecimento da população - com aumento da prevalência de doenças crônicas e impacto crescente na elevação dos custos da assistência - e a fragilidade da situação financeira da saúde suplementar.

Os participantes deixaram claro que a crise nos planos e operadoras de saúde tem se tornado mais aguda nos últimos tempos, gerando atrasos

de pagamentos e dívidas milionárias – situação que tem afetado toda a cadeia da saúde e que começa a impactar o desempenho de fabricantes, hospitais, distribuidores e todo tipo de fornecedores. Ou seja, trata-se de uma crise sistêmica.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dão contornos mais definidos ao problema, revelando que o segmento fechou o primeiro semestre de 2023 com resultado operacional negativo de R\$ 4,3 bilhões e 88% das receitas advindas das mensalidades consumidas na operação.¹

A necessidade de encontrar soluções conjuntas e urgentes para reverter esta crise dividiu espaço nos debates com temas como os avanços da ciência, a falta de dados e parâmetros para mensurar valor, e questões ligadas à eficiência, qualidade dos serviços e redução dos desperdícios.

Os painéis demonstraram também que as divergências existentes entre os players – e que têm retardado a viabilização de uma saúde baseada em valor - convivem com objetivos convergentes, que podem ser um bom ponto de partida para aprofundar o diálogo: garantir acesso e cuidado de qualidade ao paciente e, ao mesmo tempo, assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

É nesse contexto que a mudança do sistema de pagamentos e a adoção do MPBV se apresentam como outra unanimidade: todos concordam que o predomínio do atual sistema de reembolso, o fee for service, que remunera por serviço prestado, precisa ser revisto. E que, mais do que nunca é importante que os stakeholders coloquem suas diferenças de lado e invistam na colaboração.

Vale lembrar que a implantação de um novo modelo de pagamento é uma tarefa complexa, discutida há vários anos, com poucos avanços e muitos desafios. As principais barreiras que emergiram dos painéis de

¹ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-2o-trimestre-de-2023>

debates podem ser agrupadas em três tópicos principais:

- **Falta de diálogo e transparência entre os players**
- **Falta de dados e evidências científicas para embasar as conversas**
- **Falta de entendimento sobre “desfecho” na atenção à saúde e de indicadores comuns para mensurar “valor”.**

A partir deste diagnóstico, surgiram inúmeras propostas para alavancar a discussão e promover avanço real na transição para um novo modelo de reembolso e para uma saúde baseada em valor.

Na abertura do evento, o CEO da NuOn Health, Octávio Nunes, em nome dos organizadores do Fórum, (NuOn Health, SBMF e Science & Strategy) delineou o cenário atual da Saúde no país e abordou as inovações científicas e tecnológicas – como Inteligência Artificial e terapias com células Car-T – como catalizadoras de novas fronteiras na assistência. Pontuou que, por outro lado, os avanços podem gerar descompasso de acesso e dificuldades adicionais para os sistemas de saúde.

Proposta: Para Nunes, o cenário atual da saúde aponta para a necessidade de fortalecer o diálogo e a interlocução entre os stakeholders. Reforçou que os organizadores pretendem ser facilitadores deste processo e da construção de um movimento permanente de transição para novos modelos de pagamento.

Na palestra *Medicina Translacional: da bancada ao leito*², que veio a seguir, Hélio Osmo, presidente da SBMF e da consultoria Science&Strategy, destacou alguns desafios que limitam o acesso dos pacientes a novos medicamentos e tecnologias, além do preço. Segundo o especialista, pesam nesse cenário a falta capacitação dos pagadores e dos órgãos reguladores e de incorporação para entender e avaliar os resultados e benefícios da pesquisa clínica de novos produtos.

Osmo afirmou que, durante décadas, a pesquisa clínica foi direcionada para a obtenção do registro mercadológico. Atualmente, disse, apenas a análise do binômio eficácia e segurança não são mais suficientes para assegurar incorporação de produtos ao sistema de saúde e acesso dos pacientes. É preciso mudar parâmetros e ter um olhar mais abrangente sobre o processo de entrada de novos medicamentos e produtos no mercado, integrando outros aspectos na avaliação dos resultados de pesquisa clínicas.

PROPOSTAS

- **Inclusão de dados reais de melhoria da qualidade de vida dos pacientes nas análises de resultados para incorporação de novos produtos realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e ANS.**
- **Participação dos pagadores no processo de desenvolvimento de novos medicamentos e terapias, especialmente nos estudos e resultados na fase de pesquisa clínica.**
- **Desenvolvimento de dados mais qualificados e confiáveis sobre resultados para facilitar a análise e discussão com pagadores. É necessário que eles aceitem os desfechos das pesquisas clínicas e entendam que os resultados podem ser úteis para todos, abrindo espaço para a celebração de acordos.**

² O conceito de Medicina Translacional abrange três aspectos: a) a aceleração de transmissão de conhecimentos de pesquisa básica à aplicação clínica; b) aprofundamento de observações clínicas, em busca de melhor entendimento fisiopatológico pela interação com ciência básica; c) aplicação à população geral de conhecimentos básicos e conceitos oriundos de pesquisas clínicas. No geral, a medicina translacional procura acelerar a transmissão de conhecimento gerado em pesquisa, transformando tais conhecimentos em instrumentos práticos de investigação diagnóstica e/ou tratamentos. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/906677/01_revistasocesp_v28_01.pdf#:~:text=O%20conceito%20de%20Medicina%20Translacional,aplicação%20à%20população%20geral%20de

PALESTRA INTERNACIONAL

Os diferentes tipos de acordos estabelecidos entre players da saúde para gerenciamento da entrada de novos produtos no mercado foram o foco da apresentação *Experiência Internacional com Acordos Baseados em Resultados*³, do especialista Neil Grubert, que relatou a experiência dos Estados Unidos e dos mercados europeus nos quais a prática está mais avançada - Inglaterra, Itália, Espanha.

Gruber destacou que, na maioria dos casos, os acordos ocorrem em três categorias principais:

a) financeira, a mais comum, envolve controle do impacto orçamentário gerado por um novo produto e pode incluir estratégias como descontos nos preços para a comercialização de grandes volumes; **b)** gerenciamento das incertezas relativas ao produto, como a falta de evidências robustas no lançamento. Essa modalidade torna obrigatória a coleta em larga escala de dados pós-comercialização como contraponto à entrada antecipada do produto no mercado; e **c)** gerenciamento das diferentes respostas dadas por pacientes diante de algumas drogas. Esse modelo também não barra o acesso ao produto, mas exige que seu uso seja bem monitorado.

Depois de discorrer sobre as modalidades de pagamento e de acordos mais frequentes entre as indústrias farmacêuticas e os sistemas de saúde desses países, Grubert assinalou os pontos principais dessas experiências:

- Os encargos administrativos dos acordos podem ser elevados e isso é um obstáculo na visão de pagadores e sistemas de saúde. Por isso, os entendimentos de base financeira – mais simples, previsíveis e menos custosos - são mais comuns;
- As experiências da Inglaterra, Itália e Espanha revelam a importância de se investir em um sistema digital de infraestrutura robusto para coleta e disponibilização dos dados necessários a apoiar os acordos baseados em resultados;
- Fundos para Medicamentos Inovadores, criados na Itália e Inglaterra, desempenham um papel importante de apoio aos programas de entrada gerenciada de medicamentos no mercado e aos acordos baseados em resultados. Além disso, propiciam acesso antecipado a drogas altamente inovadoras, como as oncológicas;
- Um elemento chave nos programas de gerenciamento de entrada é a velocidade de acesso aos produtos, viabilizando medicamentos inovadores para pacientes que necessitam deles rapidamente e limitando, por meio de acordos, o risco para o sistema de saúde.
- A velocidade de acesso é importante especialmente para pequenas e médias empresas. A experiência demonstrou que longos atrasos na negociação de acordos baseados em resultados podem criar situações insustentáveis para essas companhias, obrigando-as a sair do mercado.
- Acordos baseados em valor podem oferecer oportunidades para que empresas farmacêuticas e sistemas de saúde desenvolvam parcerias significativas e possam compartilhar os desafios e riscos da adoção de novas tecnologias de saúde, tornando mais viável a sua incorporação ao mercado.
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes dando-lhes acesso rápido aos medicamentos apropriados é o objetivo comum dos sistemas de saúde e fabricantes de medicamentos. Acordos baseados em resultados podem desempenhar um papel importante na conquista dessa meta.

Acesse a íntegra da palestra do Prof. Neil Grubert, no site da Nuon Health:

³ <https://nuonhealth.com.br/neil-grubert-realiza-palestra-em-forum-nuon-health/>



PAINEL
01

Modelos de Pagamento na Saúde como Forma de Viabilizar os Sistemas

Moderadora:

Solange Dallana (AMGEN)

Debatedores:

Antônio Britto (ANAHP)
Marcelo Morales (Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho)
Renato Porto (Interfarma)

Como um país grande e diverso como o Brasil pode avançar em novos modelos de pagamento? Com este desafio, lançado aos participantes, Solange Dallana iniciou a primeira mesa de debates do Fórum.

Uma das principais perspectivas trazidas à tona durante o debate foi a de que, a exemplo da experiência internacional, o caminho para garantir acesso e sustentabilidade ao sistema de saúde não estará na adoção de um único modelo de pagamento.

Este posicionamento, compartilhado por Marcelo Morales e Renato Porto, parte do pressuposto de que as múltiplas realidades sociais, econômicas e sanitárias existentes no país demandam respostas e soluções diferentes.

A falta de uma base de dados epidemiológicos organizados e de indicadores estabelecidos para mensurar resultados é outro obstáculo à transição do modelo de pagamentos. Antônio Britto pontuou que o Brasil não tem tradição de trabalhar com indicadores, medição de desfechos e contratualização baseada em resultados. E que a busca por novos modelos implica em mudar essa postura cristalizada em todos os elos da cadeia.

Britto citou a eficácia dos cerca de 170 indicadores que a Anahp utiliza há mais de uma década para avaliar a atividade dos hospitais associados

PROPOSTAS

- **Diante das diferentes realidades do país, realizar projetos pilotos para testar diferentes modelos de pagamentos. A avaliação dos impactos e resultados pode apoiar os gestores em uma tomada de decisão baseada em evidências.**
- **Aproveitar a estrutura dos atuais Centros de Pesquisa Aplicada (CPA) em Inteligência Artificial⁴ para agilizar coleta e organização de dados epidemiológicos.**
- **Utilizar os recursos de Inteligência Artificial para realizar prevenção e desafogar os sistemas de saúde**
- **As Associações de classe do setor devem atuar como catalizadoras para promover a aproximação dos stakeholders e avanços na discussão sobre novos modelos de pagamento.**

⁴ <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/transformacaodigital/inteligencia-artificial-centros>

como exemplo de boa prática que pode ser replicada no sistema público e em outras instituições e segmentos da saúde.

Morales, por sua vez, entende que a Inteligência Artificial é um dos recursos que pode ajudar a organizar o processo de coleta e análise de dados, - de prontuários de pacientes, por exemplo -, otimizar recursos e melhorar o atendimento ao paciente.

Para Porto, além de empregar as melhores ferramentas tecnológicas e metodológicas para criar o arcabouço necessário à mudança de modelos de pagamento, é preciso pensar em soluções a médio e longo prazos – outra abordagem que, a seu ver, também não é usual no país.

Ele ressaltou que a transição para um novo modelo pressupõe valorar não apenas o resultado de um produto, mas seu impacto no tratamento e no sistema de saúde como um todo.

Já Britto entende que a crise na saúde suplementar criou um viés na cadeia de saúde que dificulta o diálogo: a prioridade atual do setor, disse, é o preço e não o valor da assistência. A seu ver, os atrasos e a retenção de recursos por parte dos pagadores têm repercutido negativamente em toda a cadeia e dirigido o foco para as soluções de curto prazo.



PAINEL
02

Modelos de Pagamento na Saúde – O que falta para migrarmos da teoria à prática

Moderadora:

Ana Paula Beck da Silva Etges
(PEV Consultoria em Saúde)

Debatedores:

Cesar Luiz Abicalaffe
(2iM Inteligência Médica e IBRAVS)
Vanessa Teich (HIAE)
Nelson Mussolini (SINDUSFARMA)

Vários países estão avançando no sistema de remuneração baseado em valor e em modelos de bonificação. No Brasil existem muitas iniciativas interessantes, principalmente na área da oncologia. Porém, não há nenhum caso brasileiro com evidências relatado na literatura científica. Por quê? perguntou a moderadora do evento, Ana Paula Beck da Silva Etges.

Com base na experiência de mensuração de resultados acumulada pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), a médica Vanessa Teich afirmou que não é possível definir parâmetros de valor aplicáveis a todos os procedimentos. A seu ver, o primeiro desafio para os hospitais é definir o que é valor, saber o que deve ser medido. Teich explicou que isso é especialmente difícil no caso de procedimentos que geram diversos resultados que podem ser considerados como bons desfechos para o paciente.

O segundo desafio, pontuou, é acesso aos dados, pois os sistemas foram desenvolvidos para o modelo de fee for service (remuneração por serviço prestado) e não estão parametrizados para medir valor. Quando se pensa no modelo de resultados, em que os hospitais assumem parte do risco da variabilidade e das complicações dos pacientes e a responsabilidade de controlar a utilização dos serviços, a documentação dos desfechos acaba sendo manual e exigindo muito trabalho das instituições.

Na avaliação de Nelson Mussolini, se cada empresa continuar desenvolvendo um sistema próprio de mensuração, como ocorre hoje, será difícil migrar como setor para novos modelos de pagamento. Mesmo assim,

PROPOSTAS

- Criar scores de indicadores por paciente e por procedimento médico
- Definir os parâmetros de valor e as métricas adequadas para mensurar resultados
- Desenvolver sistemas de informação para mensurar valor e adequar os sistemas utilizados hoje para fee for service. Essa estratégia é necessária para viabilizar a implementação de acordos em massa
- Envolver as Sociedades Médicas e Associações de Pacientes na discussão e elaboração dos parâmetros de mensuração de resultados. Já há movimentos nessa direção em algumas sociedades de especialidade, como a de oftalmologia.
- Criar um fundo nacional de compras centralizadas de Terapias de Alto Custo com participação dos sistemas público e privado de saúde
- Criar uma Central de Dados de Pacientes única para os setores público e privado para evitar, por exemplo, duplicação de exames
- Adotar um padrão de informação único para o sistema de saúde público e o privado, como o padrão TISS⁵, por exemplo
- Que o sistema de incorporação de medicamentos e produtos na saúde pública e na suplementar executado, respectivamente, pela CONITEC e ANS passe a levar em conta dados baseados em valor.

⁵ A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados e compor o Registro Eletrônico de Saúde. O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e o Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>

acredita que, pressionados pelas dificuldades enfrentadas especialmente na saúde suplementar, os stakeholders do setor terão que avançar na busca de soluções conjuntas para garantir a sustentabilidade da assistência.

Com o conhecimento de quem estuda MBV há cerca de duas décadas, Cesar Luiz Abicalaffe disse que o futuro aponta para a convivência de diferentes modelos de pagamento da saúde, inclusive com a manutenção do atual fee for service. A seu ver, para alinhar os interesses do setor, é necessário que toda a cadeia esteja envolvida nos acordos baseados em valor: comprar, vender e pagar com base em valor, não apenas os prestadores e pagadores, como ocorre hoje. Isso significa, explica, que todos os envolvidos precisam assumir riscos financeiros e responsabilidade pela assistência ao paciente.

Abicalaffe ressaltou que é preciso repensar a lógica do sistema, baseada no fornecimento, na prestação de serviço e não no paciente. Quando se discute um modelo centrado no paciente, o qual conta o resultado do que está sendo feito, e todos se responsabilizam pelo cuidado, aí, se está discutindo um sistema de saúde com base em valor, observou.



PAINEL
03

O desafio do diálogo entre stakeholders da saúde

Moderadora:

Eduardo Motti (Trials&Training)

Debatedores:

Antonio Barra Torres (Anvisa)

Paulo Nigro (Hospital Sírio-Libanês)

Ana Maria Malik (FGV)

Fabio Fedozzi (ABRALE)

O moderador Eduardo Motti abriu o painel apresentando um cenário e fazendo um questionamento: atualmente, afirmou, existe na área da saúde uma grande necessidade de cooperação e, ao mesmo tempo, uma grande desconfiança entre os stakeholders. Como estabelecer diálogo com interlocutores nos quais não se confia?

Para Ana Maria Malik, para que o diálogo avance é necessário que os stakeholders queiram conversar e, sobretudo, ouvir as propostas uns dos outros. Ela ressaltou que, atualmente, cada ator da cadeia da saúde quer resolver o seu “pedacinho” pessoal. Mas, disse, o Brasil é um país com grandes diversidades e os problemas da saúde não se resolverão com a soma de todos os pequenos pedacinhos, mas sim com soluções sistêmicas e vontade real de dialogar.

Na avaliação de Fábio Fedozzi, é necessário incluir o paciente nas discussões sobre modelos de remuneração, hoje muito centrada nos prestadores de serviços e pagadores. É preciso levar em conta o que significa valor para ele, que basicamente se fundamenta em um tripé: experiência na jornada, desfecho e qualidade do atendimento.

Fedozzi disse que a ABRALE faz pesquisas sobre a jornada dos pacientes desde 2007 e tem como consolidar esses dados para disponibilizá-los no debate com outros agentes do setor. Ele entende que uma das dificuldades atuais do diálogo é a falta de compartilhamento de informações, que ficam restritos ao mundo de cada player.

PROPOSTAS

- Estabelecer um trabalho em rede em torno de uma agenda única para avançar na transição de modelo de pagamento
- Incluir associações e comitês de pacientes nas discussões sobre valor em saúde, atualmente mais concentradas em hospitais e pagadores
- Compartilhar os dados reunidos por cada player da saúde para que as soluções sejam baseadas em informações reais e sustentáveis (data driven)
- Reunir os dados dos players em um único repositório para facilitar o acesso e a troca de informações
- Tornar públicos os resultados alcançados pelas instituições que trabalham com MPBV como um roteiro de boas práticas que podem ser replicadas
- Adotar a transparência, a publicização das informações e o conhecimento científico como bases para estruturar um diálogo assertivo entre os players da saúde
- Utilizar Inteligência Artificial para fazer prevenção, por meio do gerenciamento de pessoas saudáveis e previsões de como sua saúde comportará. Esse recurso poderá eliminar parte do peso e dos custos que recaem sobre os sistemas de saúde

Para Paulo Nigro, o diálogo é complexo porque cada player tem métricas próprias, às vezes antagônicas, e o sistema se acomodou com esse cenário na época em que os resultados financeiros do setor eram melhores. Atualmente, no entanto, observou, a crise na saúde demanda novas estratégias e principalmente que os stakeholders deem visibilidade às suas dificuldades.

O executivo relatou a experiência do Hospital Sírio Libanês, que criou um “Escritório de Valor” para apoiar as discussões, inclusive com operadoras de Saúde. Nigro classificou esse diálogo como transparente e baseado em dados reais disponíveis no sistema da instituição. Ele acredita que todos os players possuem dados que interessam aos interlocutores e entende que compartilhá-los é o caminho para aproximar os atores e buscar soluções.

Transparência e publicização das decisões e atos deliberativos é o binômio que, na avaliação de Antonio Barra Torres, tem possibilitado à Anvisa transitar com autonomia entre os stakeholders da saúde. Ele lembrou que as reuniões do Colegiado da Agência são transmitidas em tempo real pelo YouTube e destacou que uma comunicação clara, pública e baseada em dados científicos é fundamental para criar uma base de confiança entre interlocutores.

PAINEL 04

A Inteligência Artificial no Provento de Dados de Valor

Moderadora:

Hélio Osmo (Science&Strategy)

Debatedores:

Luiz Vicente Rizzo (HIAE)

Francisco Forestiero (IQVIA)

Luis Gustavo Kiatake (SBIS)

O moderador Hélio Osmo disse que os painéis têm destacado a importância de se ter dados de qualidade para embasar as negociações entre pagadores e provedores e observou que informações confiáveis são imprescindíveis para facilitar o diálogo entre os players. Nesse sentido, disse, as novas tecnologias podem dar uma grande contribuição.

Luiz Vicente Rizzo apontou que, de modo geral, os players da saúde têm dificuldade de aplicar o método científico nas decisões sobre pagamentos. A seu ver, a principal saída para avançar nessa questão é fazer estudos clínicos que contem com a participação de todos os representantes da cadeia de saúde. Desse modo, poderão trabalhar juntos para definir os dados e desfechos que desejam obter e que sejam úteis para todos os envolvidos.

Rizzo também destacou que, embora as pesquisas científicas sejam demoradas e onerosas, com Inteligência Artificial é possível desenhar estudos mais rápidos, baratos e eficientes.

Citando a redução de custo e do desperdício e a saúde preventiva como bases do tripé da sustentabilidade do sistema e da mudança do modelo de pagamento, Luis Gustavo Kiatake reforçou a importância de utilizar as estruturas tecnológicas já existentes para coleta e comunicação de dados.

PROPOSTAS

- Basear dados sobre pagamentos em pesquisas científicas
- Envolver todos os representantes da cadeia de saúde no desenvolvimento de pesquisas científicas
- Aplicar Inteligência Artificial para acelerar e reduzir custos das pesquisas científicas
- Utilizar modelos já implantados para coleta e troca de informações – como o Conect SUS e o padrão TISS – como caminhos para aperfeiçoar a troca de informações entre os players do setor
- Incluir dados sobre a jornada dos pacientes nos debates entre stakeholders
- Mobilizar e engajar a sociedade civil na definição e proposição de modelos de informação e desenvolvimento de dados científicos
- Integrar nos debates o trabalho das startups da saúde que estão criando algoritmos a partir de dados sobre a jornada dos pacientes
- Desenvolver novos modelos de estudos clínicos baseados em dados do mundo real
- Trabalhar antes do lançamento de novos produtos com dados de pesquisa clínica que apoiem e acelerem o processo de incorporação
- Envolver sociedades de especialidades na validação de modelos e parâmetros clínicos para mensuração de resultados
- Capacitar o legislador em novos modelos de estudos clínicos.

Kiatake mencionou duas plataformas que, a seu ver, funcionam bem e podem servir como norte para as discussões de mudança de modelos de pagamento: o Conect SUS, que o Governo desenvolveu com o apoio da SBIS, e o TISS, utilizado na Saúde Suplementar. O primeiro, informatiza e integra dados dos cidadãos brasileiros entre estabelecimentos de saúde e gestores. O segundo, é uma plataforma para registro e intercâmbio de dados entre pagadores de planos de saúde, ANS e prestadores de serviços.

De acordo com Francisco Forestiero, os modelos de estudos clínicos tradicionais também precisam ser revistos e ir além da confirmação de eficácia e segurança. A seu ver, é necessário usar dados do mundo real para influenciar o plano de desenvolvimento desses ensaios e apoiar o processo de incorporação, principalmente nos estudos de fase 3.

Forestiero destacou que a mudança de paradigma é importante para acelerar o acesso às novas tecnologias. Quanto mais rápido o estudo, disse, mais rápida a incorporação, que irá gerar acesso, qualidade de vida e bom desfecho para o paciente. Mudando a formatação dos estudos clínicos, afirmou, é possível preencher a lacuna existente entre o desenvolvimento da inovação e o seu uso.

PAINEL 05

Viabilidade de um Sistema Sustentável em Saúde Suplementar – Desafios

Moderadora:

Antonio Cardone (ARC Healthcare and Life Sciences Consulting)

Debatedores:

Alexandre Fioranelli (ANS),
Anderson Mendes (UNIDAS)
Renato Casarotti (ABRAMGE)
Sérgio Rocha (ABRAIDI)

A viabilidade de um sistema de saúde suplementar é baseada em três premissas: sustentabilidade, combate ao desperdício e à fraude, segundo o moderador Antonio Cardone. Quando se associa a questão do valor a essa equação, que resultados o paciente pode esperar? O que é valor para um sistema suplementar sustentável? perguntou.

Alexandre Fioranelli disse que a interação da ANS com os players da saúde revela que existem pontos de convergência entre eles, como a necessidade de adotar protocolos de custos, de definir a forma de pagamento, avaliar o impacto orçamentário de novas tecnologias e identificar desfechos em relação ao investimento, o resultado clínico e o desperdício.

Segundo ele, a ANS tem realizado rodadas de conversas com a indústria farmacêutica, sociedades médicas e judiciário e, mais recentemente, também com as empresas, por conta dos planos coletivos corporativos, que representam 80% da saúde suplementar. Fioranelli observou que o aumento de custos da saúde está forçando as companhias a adotarem novos modelos de benefícios, como a autogestão e o aumento do percentual de coparticipação pago pelo colaborador.

Anderson Mendes reforça que o principal objetivo em termos de sustentabilidade é obter eficiência – chegar ao resultado desejado com o menor dispêndio possível. Na sua opinião, o MPBV é uma das propostas para se alcançar esse objetivo, mas, ponderou, não existe “bala de prata” em saúde, ou seja, não há uma solução única capaz de resolver todos os problemas.

PROPOSTAS

- Engajar a sociedade civil, principalmente o não paciente, nas discussões sobre valor. Essa é a parcela da população que paga a conta.
- Criar modelos mais sustentáveis e hierarquizados de assistência, com porta de entrada, referência e contrarreferência obrigatória.
- O setor de saúde deve se organizar e depender menos das agências, em um formato de autorregulação
- Solidificar a necessidade de protocolos médicos bem estabelecidos em alguns tratamentos. A exceção a estes precisaria ser muito bem justificada.
- Dar transparência aos protocolos médicos adotados, principalmente em casos de terapias de alto custo
- Difundir um modelo de acesso hierarquizado ao atendimento médico.
- O sistema de saúde não está preparado para arcar com terapias de altíssimo custo, especialmente as pequenas e médias operadoras. Criar um sistema separado para esses casos, com público e privado juntos, e outra linha de financiamento
- A discussão sobre o que é possível pagar deve ser transparente e democrática. Hoje ninguém sabe o que está contido no boleto
- Imposto seletivo – álcool e tabaco – deve ser fonte de recursos para saúde, destinando um percentual a um fundo para custear terapias de alto custo.

Da mesma forma, acredita que a sustentabilidade da saúde suplementar depende do alinhamento de interesses para aumentar a eficiência da assistência e medir desfechos. Caso contrário, alerta, há o risco de se ofertar uma assistência mais precária, com menor qualidade e restrição do acesso.

Para Renato Casarotti, a incorporação de tecnologia eleva custos e, na sua opinião, isso tem que ser abordado de forma transparente. Quanto custa para cada beneficiário custear a introdução de uma nova terapia de alto custo que beneficiará poucos pacientes? Como essa conta é dividida? exemplifica. Ele sugere que sejam discutidos novos modelos para a incorporação de tecnologia de altíssimo custo.

Destacou ainda que a livre escolha dos profissionais de saúde pelos usuários de planos introduziu uma lógica perversa, onerosa e não sustentável na saúde suplementar. Assim como, na sua opinião, a autonomia irrestrita do médico na escolha do protocolo de tratamento do paciente também precisa ser revista, para se avaliar sua pertinência clínica. Disse que o Brasil é o único país no qual essa prática é adotada.

Além da importância do diálogo aberto e transparente, Sérgio Rocha agregou um novo elemento ao debate sobre valor e sustentabilidade: ética, postura que, a seu ver, deve permear toda a cadeia e nortear a escolha da melhor conduta pelo médico, do cuidado mais adequado pelo hospital e do fornecimento do melhor equipamento pelo fabricante e distribuidor.

Rocha defendeu também a interligação de dados entre os sistemas público e privado de saúde para evitar a realização desnecessária de exames e a duplicidade, como ocorre atualmente.

Mensagem Final

A NuOn Health, a SBMF e a Science & Strategy propuseram a realização do Fórum não apenas para organizar um evento, embora tenha sido um sucesso e reunido lideranças importantes do segmento de saúde, público e privado. Mas para liderar um movimento de debate permanente sobre saúde baseada em valor até que o sistema esteja maduro o suficiente para uma transformação da cultura, das práticas, dos modelos e das relações entre os participantes deste processo.

Pretendemos continuar debatendo o tema por meio de grupos, encontros, reuniões e eventos e reunindo outros atores que, por algum motivo, não participaram da primeira edição do Fórum sobre Sistemas de Saúde Baseados em Valor.

Se você quer fazer parte dessas discussões e colaborar de alguma forma, envie e-mail para : **octávio.nunes@nuonhealth.com.br**

Muito Obrigado !



A SBMF acompanha a rápida evolução da ciência tecnológica e educa com discussões aprofundadas focadas na aplicabilidade na prática. O acesso às novas tecnologias em saúde é um pilar importante para a SBMF. As novas tecnologias em saúde chegam aos usuários cada vez mais rápido e os pagadores precisam entender e ser convencidos de que os pacientes receberão o melhor tratamento a um preço justo. A SBMF promoverá discussões que possam reunir as partes interessadas com os melhores cientistas da economia da saúde.



Science&Strategy

Consultoria, criada pelo Dr. Helio Osmo, MD, MBA, que atua no segmento de acesso ao mercado desenvolvendo projetos estratégicos para grandes empresas do mercado de saúde. Dr Hélio é cardiologista e nutrólogo com quase 35 anos de experiência em empresas farmacêuticas e nutricionais multinacionais atuando nas áreas de gestão de produtos de marketing médico, ensaios clínicos, acesso, estratégia e desenvolvimento de novos negócios.



Plataforma criada com o propósito de ser um permanente fórum de debates sobre acesso à saúde com foco em produção de conteúdo qualificado, conhecimento científico e tecnológico, educação, treinamento e negócios.

A Nuon, liderada pelo executivo Octávio Nunes, atua também na área de consultoria em acesso e sistemas de saúde e na educação, capacitação e treinamento de médicos, profissionais de saúde e profissionais do mercado de saúde.