

Escore de Valor em Saúde (EVS): Uma proposta para mensuração de valor dentro de um sistema de saúde

Value-based Health Care Score (EVS): A proposal for measuring value within a health system

César Luiz Lacerda Abicalaffe¹, Gabriela Tannus Branco de Araujo², Luiz Fernando de Oliveira Ribas³, Ângelo da Silva Cabral⁴

DOI: 10.21115/JBES.v14.Suppl2.p246-50

Palavras-chave:

MCDAs, VBHC, Escore de Valor em Saúde

Keywords:

MCDAs, VBHC, Value-based Health Care Score

RESUMO

Um sistema de saúde baseado em valor deverá entregar os melhores desfechos possíveis ao paciente, desfechos que realmente importam para ele, ao menor custo possível. O conceito é relativamente fácil de entender, mas a métrica para a sua demonstração tem sido um grande desafio dos sistemas de saúde. O presente artigo demonstra a criação de um Escore de Valor em Saúde (EVS) utilizando Análise de Decisão por Multicritério, o qual pode ser aplicado em qualquer sistema de saúde para avaliar profissionais, serviços de saúde e linhas de cuidado de pacientes com condições clínicas específicas.

ABSTRACT

A value-based healthcare system must deliver the best possible patient outcomes, outcomes that really matter to the patient, at the lowest possible cost. The concept is relatively easy to understand, but the metric to demonstrate it has been a major challenge for healthcare systems. This article demonstrates the creation of a Health-Based Health Care Score (EVS) using Multi-Criteria Decision Analysis which can be applied in any health system to evaluate professionals, healthcare providers and care pathways for patients with a specific disease.

Introdução

Valor em saúde pode ser definido como a abordagem da condição médica de um paciente ao longo de todo seu ciclo de tratamento, envolvendo o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do paciente, levando em consideração todas as intervenções, resultados e custos associados.

Michael Porter defende que “Valor – não um ideal abstrato nem uma palavra código para redução de custos – deve definir a estrutura para a melhora de *performance* em cuidados em saúde. Medições rigorosas e disciplinadas e melhora de valor são o melhor caminho para impulsionar o progresso do sistema. No entanto, valor em cuidados em saúde permanece largamente não medido e mal-entendido” (Porter, 2010).

Recebido em: 25/02/2022. Aprovado para publicação em: 30/04/2022.

1. Presidente do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
2. Economista da Saúde na Axia.Bio Life Sciences International, São Paulo, SP, Brasil.
3. Diretor Médico da 2iM Inteligência Médica S/A, Curitiba, PR, Brasil.
4. Estatístico na 2iM Inteligência Médica S/A, Curitiba, PR, Brasil.

Nome da instituição em que o trabalho foi executado: Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS) e 2iM Inteligência Médica S/A.

Informações sobre auxílio recebido: O estudo não obteve financiamento de nenhuma instituição.

Congressos em que o estudo foi apresentado: O presente estudo não foi apresentado em nenhum congresso.

Autor correspondente: César Luiz Lacerda Abicalaffe. Telefone: +55 (41) 99926-0806. E-mail: cesar.abicalaffe@ibravs.org

O entendimento do valor de uma nova tecnologia em saúde e o volume de conhecimento adquirido sobre o assunto em pauta podem variar de forma importante entre os diferentes atores do mercado de saúde, e essa variação pode ser a causa primordial de diversos desalinhamentos, fazendo com que essa discussão fique estagnada e principalmente não evolua para o seu principal objetivo: oferecer o cuidado de saúde certo, para o paciente certo e na hora certa.

Nessa relação entre resultados e custos associados para chegar ao valor de uma intervenção em saúde, o numerador (resultados) designa valores específicos dos cuidados de saúde que mais importam para os pacientes, como recuperação funcional e qualidade de vida, enquanto o denominador (custo) apresenta o investimento total para o ciclo completo de tratamento (Porter & Teisberg, 2006).

Sendo assim, a saúde deveria buscar uma gestão que priorize explicitamente os resultados ou desfechos em saúde que são importantes para os pacientes, em relação aos seus custos (Abicalaffe, 2020).

Na tentativa de expressar a proposta de Porter, vários autores criaram suas próprias equações. Algumas fórmulas foram apresentadas no livro do Instituto de Ensino da Saúde Suplementar (Abicalaffe, 2020), mas todas com extrema dificuldade de utilização prática na realidade brasileira. Por exemplo, uma das fórmulas definidas multiplica a pertinência pelos desfechos e experiências do paciente e divide-os pelo desperdício. Obviamente que todas essas variáveis são importantes, mas a pertinência é algo que se deve avaliar antes da realização do procedimento, algo que as auditorias médicas e clínicas estão muito bem formadas para avaliar. Trazer isso numa fórmula gera muita confusão de interpretação e possíveis vieses.

Entendendo essa dificuldade, uma equipe de pesquisadores locais decidiu traduzir a experiência adquirida em 10 anos de trabalho medindo qualidade em saúde no Brasil por meio de uma fórmula simples e completa denominada GPS.2iM[®]. Essa fórmula, essencialmente, mede *performance*, mas teve a sua base e racional revisitados para a construção de uma fórmula específica de avaliação de valor, o Escore de Valor em Saúde (EVS).

O GPS.2iM[®] considera pesos para cada domínio, os quais têm seus próprios indicadores. Os indicadores, avaliados a partir do estabelecimento de *benchmarks* e respectivas bandas de pontuação, devem somar 100 pontos ao final da avaliação. Dessa forma, cria-se simetria na avaliação de médicos e sobre a assistência prestada (Abicalaffe, 2015). Já o EVS utiliza esse mesmo critério para a área chamada de qualidade mais faz a correlação com indicadores de custeio (Abicalaffe, 2020)

Ambas as fórmulas têm como base os conceitos de Análise de Decisão por Multicritério (*Multiple Criteria Decision Analysis* – MCDA), que foi desenvolvida para aplicação em processos de tomada de decisão, sendo utilizada em diferentes setores da economia, tendo sido adaptada para uso no

setor da saúde, pois organiza de forma racional e mensurada os múltiplos critérios envolvidos nesse processo, promovendo: Transparência; Sistematização da avaliação; Consistência de argumentos e decisões; Discussões com maior qualidade; Transferência/alinhamento do conhecimento; Promoção da interatividade entre os envolvidos no processo de tomada de decisão e Melhor embasamento da decisão (Thokala *et al.*, 2016).

O MCDA é uma ferramenta que permite uma consideração sistemática e explícita de múltiplos fatores que influenciam a decisão, por meio de critérios identificados, de forma que seja atribuído um peso ou ponderação, assim, tornando os seus valores e objetivos explícitos.

O uso de MCDA nos processos de avaliação de tecnologias em saúde promove a avaliação de problemas complexos a partir de um conjunto compreensivo de critérios, organizando a discussão entre as partes interessadas e proporcionando que todos tenham acesso ao mesmo conjunto de informações.

A forma de organização do processo de MCDA define quais critérios são mais importantes para os tomadores de decisão, obtendo-se, assim, uma forma de avaliação que transcende as questões econômicas devido ao seu olhar multifatorial (Marsh *et al.*, 2016).

Materiais e método

O objetivo da fórmula proposta é fornecer um índice que aumente com o crescimento da qualidade combinado com a redução do custeio, prestigiando um processo divulgado pelo Consórcio Internacional de Medição de Resultados de Saúde (ICHOM, 2022), conhecido como VBHC – *Value Based Health Care*, ou Cuidados em Saúde Baseados em Valor. A princípio, esses dois elementos estão relacionados de forma inversa, ou seja, espera-se o aumento de um e a redução do outro para se obter um maior escore.

Dessa forma, a avaliação proposta no GPS.2iM[®] foi revisada e separada em duas categorias: o Índice de Qualidade (IC), que é composto por indicadores relacionados com a parte financeira da avaliação; e o Índice de Qualidade (IQ), que considera os demais indicadores que estão relacionados com os seguintes domínios da qualidade: Estrutura, Eficiência de Processos, Efetividade Clínica e Reportes do Paciente.

O GPS.2iM[®] trabalha com escore que varia de 0 a 100 pontos, e essa pontuação aumenta à medida que o avaliado se aproxima dos *benchmarks* propostos para cada indicador. Dessa forma, não importa se o indicador é do tipo “quanto maior melhor”, ou seja, quanto maior o resultado, mais perto do *benchmark*, ou do tipo “quanto menor, melhor”.

Portanto, à medida que os resultados dos indicadores se aproximem do *benchmark*, mais perto dos 100 pontos o avaliado estará. Padronizar o IQ e o IC para uma escala de 0 a 100 pontos elimina o problema da relação inversa entre os

dois índices, além de colocá-los em uma mesma escala de pontuação.

Considerada a padronização dos dois índices para uma escala de 0 a 100 pontos, a primeira fórmula analisada para representar a relação entre IQ e IC é a proposta por Porter (2010):

$$VS = \frac{IQ}{IC} \quad (1)$$

Ao analisar todas as combinações possíveis de resultados entre 0 e 100 de IQ e IC, temos o gráfico abaixo (Figura 1) com o comportamento da fórmula (Montgomery, 2013; R Core Team, 2021; Grothendieck, 2008):

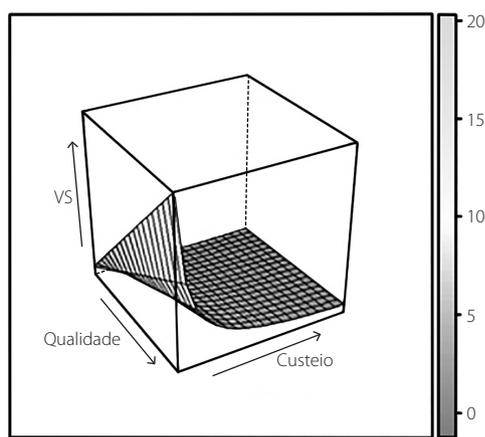


Figura 1. Demonstração gráfica do Valor em Saúde, conforme Porter.

Por meio dessa representação gráfica, podemos observar que o VS aumenta à medida que o valor do numerador (IQ) cresce e o denominador (IC) diminui. Dessa forma, para utilizar essa fórmula na avaliação, a pontuação atribuída ao IC deveria ser invertida. Além disso, a fórmula não admite que o IC seja zero (para que não tenhamos uma divisão por zero), e valores $0 < IC \leq 1$ tendem a elevar o resultado da fórmula rapidamente para o infinito. Assim, para utilizar essa fórmula, o valor do IC deve ser um número entre 100 e 1, e quanto menor, melhor, o que torna a interpretação do IC contraintuitiva. O menor valor admitido para IC deveria ser fixado em 1 para que o maior resultado possível do VS fosse 100 (quando $IQ = 100$ e $IC = 1$).

Outra barreira para aplicação dessa fórmula na avaliação é que ela não apresenta um crescimento linear. Por exemplo, um avaliado que tenha 90% de desempenho em IQ e 10% em IC teria um VS de 9 pontos, enquanto outro que tivesse 95% de IC e 5% de IC teria 19 pontos, mais que o dobro para uma diferença de 5 pontos percentuais.

A segunda fórmula avaliada, proposta pela 2iM, considera que o VS é uma média simples entre o IQ e o IC:

$$VS = \frac{IQ + IC}{2} \quad (2)$$

Ao analisar todas as combinações de resultado dessa fórmula, temos o gráfico abaixo – Figura 2 (Montgomery, 2013; R Core Team, 2021; Grothendieck, 2008):

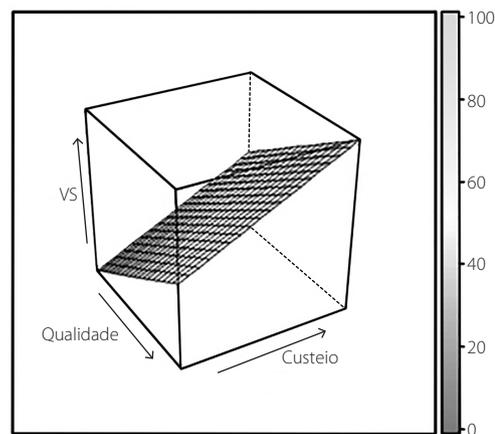


Figura 2. Demonstração gráfica do Valor em Saúde, conforme 2iM (versão 1).

Verifica-se no gráfico que, nessa formatação escolhida para o VS, a relação entre IQ e IC é linear e positiva. Essa fórmula admite que o IC seja zero, e os valores resultantes do VS estarão sempre entre 0 e 100 pontos, resolvendo todos os problemas identificados com a fórmula (1).

Um problema que essa fórmula possui é que ela considera que o IQ e o IC possuem a mesma importância na composição do VS, o que pode não ser verdadeiro. Para solucionar esse problema, a fórmula acima (2) pode ser reescrita da seguinte forma:

$$VS = IQ \times p + IC \times (1 - p) \quad (3)$$

Em que, considerando $p = 0,5$, chegamos ao mesmo resultado proposto na fórmula (2). A vantagem dessa formatação é que o IQ e o IC podem ser ponderados, sendo admitidos valores entre 0 e 1 para p .

Outra vantagem das fórmulas (2) e (3) é que o comportamento linear delas permite que a escala de 0 a 100 do VS possa ser facilmente modificada, apenas multiplicando o valor resultante da fórmula por uma constante. Sendo assim, criou-se a fórmula final do EVS:

$$EVS = [IQ \times p + IC \times (1 - p)] \times 0,05 \quad (3)$$

Ela altera a escala do EVS para uma pontuação de 0 a 5 pontos. Tal iniciativa foi tornar a escala mais eficaz e ao mesmo tempo com uma codificação já bastante utilizada e conhecida para o avaliado quando o tema é analisar *performance*.

Considerando que o IQ tenha 70% do peso e o IC tenha 30%, temos o gráfico abaixo – Figura 3 (Montgomery, 2013; R Core Team, 2021; Grothendieck, 2008):

Em que temos um comportamento similar à fórmula (3), mas com um crescimento mais acelerado do EVS com o aumento do IQ e com o resultado fixado entre 0 e 5 pontos.

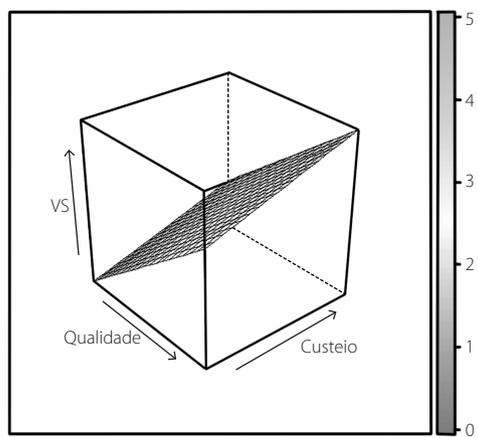


Figura 3. Demonstração gráfica do Escore de Valor em Saúde, conforme 2iM.

Uso prático do EVS

A aplicabilidade prática do EVS tem sido demonstrada em diversas áreas da saúde. Para os hospitais, modelagens são feitas compondo indicadores dentro do EVS para avaliação do corpo clínico. Isso tem se mostrado de suma importância para as estratégias de governança clínica e o estabelecimento de programas de incentivos para os médicos e para os hospitais que buscam creditações.

Da mesma forma, os pagadores, sejam eles públicos (Sistema Único de Saúde – SUS) ou privados (operadoras de planos de saúde), têm utilizado a fórmula para avaliação de rede de prestadores, sejam hospitais, médicos em consultórios e outros serviços. Essencialmente se usa para a aplicação de modelos híbridos de remuneração baseados em valor (Abicalaffe, 2020).

A mais recente utilização tem sido para avaliação de linhas de cuidado, em que o avaliado pelo EVS é o paciente com uma condição clínica de alto impacto no sistema de saúde, como oncologia, reumatologia, gestação de risco, diabetes, doenças raras, entre outras. O modelo está sendo adotado no Instituto Brasileiro em Saúde, na construção do VBHC-BOK para Câncer de Mama, o qual deverá ser publicado ainda em 2022 (IBRAVS, 2022).

Os projetos envolvendo as avaliações desses pacientes permitirá ações com diversos *stakeholders*, como, por exemplo, uma operadora de plano de saúde contratualizar com seus médicos ou hospitais com base no EVS dos pacientes atendidos; os hospitais comprarem medicamentos de alto custo ou dispositivos médicos das indústrias com acordos inovadores baseados em valor medidos pelo EVS, entre outras possibilidades.

Conclusões

O uso de modelos MCDA no embasamento dos processos de avaliação de valor apresenta uma série de vantagens específicas, tornando o processo de tomada de decisão mais

transparente, orientando o investimento na captura de dados verdadeiramente relevantes, permitindo que as especificações dos programas propostos sejam testadas previamente à sua implantação. E ainda permite o processo de engenharia reversa para aprimorar os resultados e especificações do programa de avaliação de valor, minimiza erros humanos e auxilia na convergência de decisões para interesses muitas vezes bastante divergentes.

O desenvolvimento do EVS está em linha tanto com as recomendações dos diversos estudos de VBHC, inclusive com o livro seminal de Porter. Da mesma forma, está em sintonia com as recomendações técnicas da ISPOR *Special Task Force on US Value Assessment Framework* (Thokala *et al.*, 2016; Marsh *et al.*, 2016), que recomenda o uso de ferramentas como o MCDA, que enfatizam a estrutura e a transparência, para o estabelecimento de processos deliberativos para avaliação de valor.

A aplicação do EVS já está sendo utilizada para medir valor de médicos dentro de hospitais, redes prestadoras de operadoras de planos de saúde e SUS, assim como de dezenas de pacientes com condições clínicas de alto impacto no sistema de saúde.

Os autores, envolvidos com várias iniciativas da aplicação da equação aqui sob análise preparam a publicação futura dos resultados práticos desse novo e revolucionário método de interação e tomada de decisão. Sobretudo, há grande interesse na definição de *benchmarks* e outros parâmetros comuns de avaliação para o setor de saúde do Brasil.

Referências bibliográficas

- Abicalaffe CL. Novos modelos de remuneração e novos produtos. In: IESS – Instituto de Ensino da Saúde Suplementar. Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf; 2020a. p. 232-43.
- Abicalaffe CL. Pagamento por performance: o desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. Rio de Janeiro: DOC Content; 2015.
- Abicalaffe CL. Saúde Baseada em Valor, um caminho para a saúde sustentável. In: ABEA – Associação Brasileira dos Enfermeiros Auditores. Auditoria: Gestão em Saúde. Fortaleza: Gráfica LCR; 2020b. p. 74-84.
- Grothendieck G. lattice: Multivariate Data Visualization with R. J Statistical Software. 2008;25:1-3.
- IBRAVS – Instituto Brasileiro de Valor em Saúde. Available from: www.ibravs.org. Accessed on: Feb 24, 2022.
- ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement. What is Value-Based Health Care. 2012. Available from: <https://www.ichom.org/faqs/>. Accessed on: Jan 24, 2022.
- Marsh K, IJzerman M, Thokala P, Baltussen R, Boysen M, Kaló Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making – Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. Value Health. 2016;19(2):125-37.
- Montgomery DC. Montgomery Design and Analysis of Experiments Eighth Edition. Arizona State University; 2013.
- Porter ME. Perspective – What Is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363(1):1-3.

Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Viena: R Core Team; 2021.

Thokala P, Devlin N, Marsh K, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making – An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value Health*. 2016;19(1):1-13.