

Modelos de contratos inovadores em sistemas de saúde universais

Gabriel Ogata Pedro*, Áquilas Mendes**

*Especializando do Curso de Especialização em Economia da Saúde

**Docente do Curso de Especialização em Economia da Saúde e Orientador

RESUMO

Os gestores dos sistemas universais de saúde enfrentam um cenário onde possuem orçamento limitado em um contexto onde a inflação dos custos em saúde é sempre maior que a inflação dos países. A expectativa de vida populacional em vários desses cenários vem crescendo em números progressivos, assim como o custo de inovações tecnológicas, que nem sempre se inserem de forma substitutiva, mas complementar. O presente trabalho visa identificar diferentes modelos de contratos inovadores já aplicados em sistemas de saúde universais como alternativas de instrumento de negociações baseadas em evidências. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa sobre modelos de contratos inovadores. Foi utilizado o portal de informação científica PubMed – NCBI (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) como fonte de busca para encontrar as evidências científicas. Foram analisados no total 4 artigos, sendo encontrados 4 modelos de contratos inovadores aplicados em sistemas de saúde universais. Todos trabalham com remuneração baseado em evidências clínicas ou econômicas quando não as duas. Isto reforça o debate atual na gestão de sistemas de saúde o que tange a necessidade de transição dos pagamentos por serviços por baseados em performance. Os contratos bem elaborados podem não só ajudar no ganho de eficiência clínica e financeira por intermédio de direitos e deveres, mas também lidar com adversidades econômicas como a inflação médica se sobrepondo a inflação nacional de praticamente todos os países do mundo.

Descritores: Modelos de contratos. Contratos inovadores. Sistemas de saúde universais.

1 INTRODUÇÃO

Os gestores dos sistemas de saúde enfrentam de forma recorrente um aumento exponencial nos custos de cuidado em saúde em um contexto mundial de contração fiscal, déficit orçamentário e uma necessidade crescente de manter a competitividade para a própria sobrevivência¹. Ao mesmo tempo o envelhecimento populacional também vem crescendo e as tecnologias em saúde chegam no mercado a preços elevados, o que acaba por dificultar ainda mais o desafio que o gestor tem de enfrentar. No Brasil, a Constituição Federativa de 1988 garante ao cidadão o direito universal a saúde². Na década de 1980, no processo de redemocratização brasileira, conquistou-se a saúde constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais, Nesse contexto construiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual legitima o acesso e a inserção social de forma universal, equitativa e integral a todos os níveis de atenção à saúde. Diante da crise econômica que o Brasil enfrenta e uma restrição fiscal, a partir da aprovação do congelamento das despesas primárias do orçamento da União, incluindo a saúde,

por meio da EC 95³, torna-se fundamental considerar alternativas de novos modelos de contratualização para o sistema de saúde, cujo objetivo seria trabalhar com as melhores evidências científicas e com menor impacto orçamentário. Ao se tratar de transações econômicas no ecossistema de saúde, elas podem ser bilaterais entre gestores e prestadores ou gestores e fornecedores. Por serem efetuadas por intermédio de orçamento público é extremamente importante considerar não só o que rege a lei, mas também todas as questões éticas nas relações de compra e venda⁴. É importante também levar em consideração, ao se preocupar com os desfechos econômicos, o fator da qualidade dos cuidados realizados pelo corpo clínico. Faz-se necessário que os profissionais de saúde se sintam corresponsáveis, no sentido de que a eficiência do cuidado prestado também leve em consideração além do conhecimento dos custos, evitar práticas e tratamentos desnecessários que possam trazer ineficiência para o sistema de saúde⁴. Da mesma maneira cabe aos fornecedores comprovarem a eficiência e valor que suas tecnologias podem agregar. Independente da perspectiva pública ou privada na saúde, o

relacionamento entre pagador-provedor ou pagador-fornecedor é predominante presente². Diante desta relação, o pagador deve celebrar acordos contratuais que disponibilizem serviços e produtos em saúde adequados e resolutivos para o paciente. Para estruturar um modelo de contrato em cuidados de saúde, as interações entre o pagador e o provedor/fornecedor normalmente são desenvolvidas na figura de um agente principal, onde o pagador delega uma tarefa para o corpo clínico ou para a tecnologia. Fica a papel do gestor identificar o modelo de contrato inovador que gere incentivos para o corpo clínico e desafios para os fornecedores de tecnologia, maximizando o bem-estar da população e reduzindo o impacto-orçamentário enquanto permitem ao comprador de saúde e ao provedor ou fornecedor otimizarem suas próprias funções objetivas⁵. Na realidade atual do gestor, os contratos inovadores exercem papel de extrema importância ao sugerir alternativas de reembolso, negociação e demais dinâmicas comerciais entre os agentes que enfrentam a realidade de recursos limitados e tecnologias de alto-custo. Essas tecnologias necessitam de mensuração de desfechos por intermédio

de evidências reais, visando trazer melhor eficiência para os sistemas de saúde e maior acesso aos pacientes.

Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo é discutir, a partir do existente na literatura científica, os diferentes modelos de contratos inovadores aplicados nos sistemas de saúde universais.

2 MÉTODO

Para elaboração do estudo foi realizada uma revisão narrativa. Essa técnica de revisão narrativa possibilita a construção de artigos que possibilitam compreender o “estado da arte” de um determinado assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual, a partir de análises críticas mais amplas⁶. Essa busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações, sendo que a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. Utilizou-se de uma pergunta base para execução da busca dos artigos utilizados: o que a literatura científica tem descrito sobre modelos de contratos e modelos de pagamento aplicados nos sistemas de saúde universais?

Em função de ser um tema extremamente recente no Brasil foi

escolhido o portal internacional de informação científica PubMed – NCBI (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) como fonte de busca para encontrar as evidências científicas.

Ficaria então para efetuar a busca por títulos e resumos foi utilizado o cruzamento dos termos livres: “contratos / contracts” E “pagamento / payments” E “sistemas de saúde universais / Universal Health Care”. que resultaram no total de 61 artigos. (Search (#1 AND #2 AND #3) ((((((Payment) OR "Value-based payment") OR "Payment models in healthcare") OR "Payment per performance")) AND (((Contracts) OR "Management Service Organizations") OR "Contract Services") OR "Risk-Sharing")) AND (((("Delivery of Health Care") OR "Public Health Care") OR "Universal Health Care") OR "Public Health Care Delivery"))).

Desses, somente 29 estavam disponíveis na íntegra, sendo que 1 estava em duplicação e conseqüentemente foi excluído. Desta maneira chegou-se a um total de 28 artigos científicos. Desses, 14 não eram de países com sistemas universais de saúde e 5 tratavam de assistência à saúde bucal, sendo

excluídos. Por fim foram analisados 4 artigos.

3 RESULTADOS

Os principais temas trabalhados no material bibliográfico dizem respeito a tipo de modelo de contrato inovador, como sua definição e característica. Os contratos encontrados na literatura abrangem os coordenados, de captação e de compartilhamento de risco.

a) Contratos Coordenados

A dinâmica de relação de troca no sistema de saúde é composta por duas partes não cooperativas: a do pagador com os prestadores ou do pagador com a indústria. O instrumento que determina as obrigações e direitos é um contrato de pagamento. Os contratos coordenados são aqueles que contemplam as relações de acordo entre o pagador e os prestadores ou indústria onde se visa maximizar o bem-estar da população, ao mesmo tempo em que cada indivíduo tem como objetivo otimizar seus ganhos⁷. O contrato coordenado do artigo contempla o acompanhamento de um grupo de pacientes heterogêneos e fechados aos quais são potenciais alvos para desenvolvimento de patologias nas quais já possuem tecnologias preventivas. O

corpo clínico irá definir para cada paciente um número que representa o grau de risco de contrair a doença em questão denominado *rank* e se porventura eles venham adquirir a mesma, terão diferentes níveis de comorbidade. O contrato possui um horizonte temporal pré-definido a fim de contemplar a jornada assistencial do paciente e contempla um grupo que irá passar por uma avaliação médica que será definida a necessidade ou não de teste preventivo, onde após avaliação, terão seus *ranks* definidos, assim mensurando a expectativa de risco e a probabilidade de comorbidade da doença⁸. Concomitantemente, o pagador irá analisar a população e baseada no contexto da patologia irão definir um limiar, aonde os pacientes que estiverem dentro da área de risco terão intervenções preventivas administradas pelos médicos. A fonte pagadora irá remunerar o corpo clínico com base no número de pessoas que usaram a intervenção preventiva e que possui o *rank* de classificação dentro deste limiar durante o prazo de contrato. O desafio desta modalidade para ambas as partes está no fato do contrato contemplar duas características microeconômicas que são a de assimetria

da informação e o risco moral⁷. A assimetria da informação aparece quando o grupo de pacientes durante o contrato tiver um perfil heterogêneo, enquanto o risco moral aparece pelo fato do limiar ser definido pela fonte pagadora e estar fora de conhecimento do corpo clínico, que estipula os *ranks* por pacientes. O que se pode concluir é que este contrato agrega valor ao sistema de saúde, pois sua taxa de sucesso está diretamente relacionada ao momento em que o pagador maximiza seu benefício monetário líquido, acarretando diminuição de seu impacto orçamentário. Isto porque o corpo clínico consegue maximizar sua remuneração por intermédio de ações preventivas que tendem a identificar de maneira mais rápida e assertiva os pacientes que não só terão um diagnóstico preventivo como melhora na qualidade de vida. É também importante ressaltar que os pacientes que apresentam potencial risco de desenvolver algum tipo de doença, se previamente diagnosticados, pode-se levar a um ônus econômico inferior ao custo da doença. E caso seja contraída, os riscos de maiores agravos e sequelas seriam mitigados. O fato do gestor ter acesso as variáveis estimadas, bem como conseguir acompanhar a jornada

assistencial do paciente, permite-se que se mensure a qualidade do serviço que o prestador de saúde despense. O contrato se caracteriza como inovador pelo fato de o modelo de remuneração utilizado ser o de pagamento por *performance* (desempenho) e não por serviço⁷.

b) Contratos de Captação

Um pagamento de captação foi a principal técnica de financiamento de fornecedores envolvidos nos projetos experimentais. Tal pagamento está associado à melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais e à racionalização de seus custos. Por "novas relações contratuais" deve-se entender as relações criadas como resultado da contratação seletiva em um sistema de saúde gerenciado com características de integração espontânea entre prestadores de cuidados primários e secundários através de instituições formais (contratos) e informais (cooperação baseada na confiança)¹⁰.

c) Compartilhamento de Risco

Nos sistemas de saúde, quando não há evidências sob efetividade de determinada tecnologia em saúde, o pagador acaba por assumir todo o risco dos desfechos. Ao mesmo tempo é

fundamental que o mesmo deve assumir riscos financeiros para benefícios destas tecnologias somente se puder mensurar e gerenciar o risco¹¹. Os contratos de compartilhamento de risco têm como objetivo a inserção de novas tecnologias nos sistemas de saúde e visam driblar as incertezas na ausência de evidências e informações clínicas, a exemplo da eficácia de determinada tecnologia. Dado o contexto da ausência de evidências, este risco de incerteza passa a ser compartilhado entre pagador e indústria farmacêutica, dispositivos médicos e diagnósticos laboratoriais¹¹.

A principal característica deste modelo de contrato é que o preço da tecnologia está ligado diretamente ao seu desfecho clínico. Estes contratos podem ser classificados de acordo com o tratamento a partir da protocolização do cuidado, no qual é estabelecido com base nos resultados clínicos finais, o intermediário ou alguma medida de custo-efetividade.

d) Acordo de nível de serviço

O modelo de contrato de acordo de nível de serviço é formalizado entre pagador e prestador, visando balancear desfechos de alto impacto com custo-

efetividade. O reembolso dos serviços e tecnologias aplicadas neste tipo de contrato é misto. Parte da dispensação vem diretamente por intermédio do Estado e parte vem de terceiros na qual são reembolsados pelo Estado. Uma das vantagens deste tipo de contrato é que com objetivo de se mensurar e analisar desfechos, cria-se uma competição não só entre as partes, mas também em outras unidades de saúde como hospitais. Esses operam com o mesmo modelo de contrato e conseqüentemente trabalham com remuneração por *performance*¹². O objetivo central para implementação deste contrato é melhorar o acesso, equidade e qualidade dos serviços em saúde. Torna-se importante deixar claro que a motivação do contrato é aumentar a cobertura e melhorar o acesso universal, evitando o risco moral. Ambas as partes definem uma tabela de preço de serviços e tecnologias e os atendimentos são registrados por intermédio de dados. Durante o tratamento, o provedor é remunerado pelo Estado por intermédio de reembolso que segue as diretrizes de custo.

4 DISCUSSÃO

Os modelos de contrato encontrados nos artigos analisados têm um ponto em comum. Todos trabalham com remuneração baseado em evidências clínicas ou econômicas quando não as duas. Isto reforça o debate atual na gestão de sistemas de saúde o que tange a necessidade de transição para os pagamentos por serviços por baseados em *performance*¹. Não diferente de qualquer outro segmento, a saúde consegue melhorar a qualidade do serviço a partir da mensuração de valor das tecnologias com maior efetividade. Isso conseqüentemente gera competição entre os interessados, na qual se espera que estes entreguem as melhores tecnologias em saúde¹³ (dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos visando alcançar o melhor desfecho clínico) diante de um cenário no qual a remuneração está diretamente ligada a geração de valor em saúde. Muitas variáveis microeconômicas também estão ligadas nas relações entre pagador e provedor/indústria, a exemplo do risco moral e da assimetria da informação, o que agregam ainda mais especificidades para o setor saúde¹². Nos modelos podemos observar algumas maneiras de como remediar estas

adversidades econômicas de forma o mais imparcial possível, como a exemplo de iniciativas de saúde preventiva, bem como detecção precoce de patologias as quais ajudam a trazer maior sustentabilidade para o sistema de saúde, sem contar que isso estimula a redução de

co-pagamentos por procedimentos preventivos.

Mais uma vez esta é uma prática que funciona nos moldes de remuneração por serviço, o que induz a adversidade de risco moral, a partir do momento em que o médico será remunerado pela quantidade de serviços.

Autores - Ano	Metodologia	Tipo de modelo de contrato	Tipo de relação entre as partes integrantes	Principais desafios
García; Villar – 2018	Análise qualitativa	Compartilhamento de risco	Pagador com indústria	Convencer os demais envolvidos da necessidade de execução e continuidade do processo
Chirwa, et al. - 2013	Análise qualitativa e quantitativa	Acordo de nível de serviço	Pagador com prestador	Elaborar guidelines claros, revisão de preços de serviço, atraso na folha de pagamento falta de clara.
Yaesoubi; Roberts - 2011	Análise descritiva de caso	Coordenação	Pagador e Prestador	Foi demonstrado por intermédio de um modelo econômico. Desfechos podem divergir de dados de vida real
Kowalska - 2007	Análise descritiva de caso	Integração	Fonte pagadora com prestadores de serviço e indústria	Manter o modelo em um horizonte temporal longo em função de mudanças políticas

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura, nas bases PUBMed.

5 CONCLUSÃO

A busca por alternativas institucionais diante de um cenário desafiador para os gestores que atuam no setor de assistência à saúde é fundamental.

Quando tratamos de Sistemas Universais de Saúde, aos quais garantem a o acesso à saúde garantido a todos, torna-se mandatário a abertura de perspectivas para novos modelos de contratos a serem utilizados². O sistema é composto por relações entre profissionais que necessitam ser formalizadas por intermédio de contratos, que por sua vez são instrumentos de acordos de direitos e deveres entre as partes⁷. Delegação orçamentárias por parte dos gestores, novas modalidades de organização de processo em saúde (organização do corpo clínico, jornada assistencial do paciente e protocolização do cuidado) e novos formatos de reembolso, bem como modelos de pagamentos são as respostas institucionais aos desafios econômicos dos setores de saúde. Para que não existam conflitos de interesse e optar pelas melhores práticas é mandatário a formalização entre as partes por intermédio de um contrato⁵. Por não se

tratarem dos modelos tradicionais, podem ser definidos como inovadores. Os contratos bem elaborados podem não só ajudar no ganho de eficiência clínica e financeira por intermédio de direitos e deveres, mas também lidar com adversidades econômicas, tais como: a inflação médica se sobrepondo a inflação nacional de praticamente todos os países do mundo¹³; risco moral; demanda induzida por fornecedores e seleção de risco a ser tomado.

Conforme já foi mencionado anteriormente, os sistemas de saúde enfrentam o dilema de garantir o acesso do paciente à cuidados de atenção à saúde de qualidade e tecnologias em saúde. Os modelos de contratos aqui levantados foram aplicados em diversos países que garantem por lei o direito a saúde, tendo como objetivos garantir eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde públicos.

REFERÊNCIAS

1. KOWALSKA, Katarzyna. Managed care and a process of integration in health care sector: a case study from Poland. **Health policy (Amsterdam, Netherlands)**, [s. 1.], v. 84, n. 2–3, p. 308–20, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17574699>>. Acesso em: 21 abr. 2019.
2. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 196 - Seção II. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.
3. BRASIL. **Emenda Constitucional nº95**, de 15 DE DEZEMBRO de 2016 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 21 de abr. 2019
4. DEVLIN, M. M. Ethics and the health care revolution. **Quality assurance and utilization review: official**, [s. 1.],v. 2,n.1, p. 11-7 journal of the American College of Utilization, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2980893>>. Acesso em: 21. abr. 2019.
5. YAESOUBI, Reza; ROBERTS, Stephen D. Payment contracts in a preventive health care system: A perspective from Operations Management. **Journal of Health Economics**, [s. 1.], v.30, n.6, p. 1188-1196, 2011. b. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167629611001184>>. Acesso em: 21 abr. 2019.
6. Elias, C., Silva, L., Martins, M., Ramos, N., Souza, M., & Hipólito, R. (2012). Quando chega o fim: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição Em Português), 8(1), 48-53. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i1p48-53>
7. YAESOUBI, Reza, ROBERTS, Stephen D. Payment contracts in a preventive health care system: A perspective from Operations Management. **Journal of Health Economics**, [s. 1.], v. 30, n.6, p. 1188-1196, 2011. a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.08.009>>
8. SOBCZAK, Alicja. Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. **International journal of integrated care**, [s. 1.], v.2, n. June, p. e23, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16896398%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1480383>>
9. KOWALSKA, Katarzyna. Managed care and a process of integration in health care sector: a case study from Poland. **Health policy (Amsterdam, Netherlands)**, [s. 1.],

v. 84, n. 2–3, p. 308–20, 2007. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17574699>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

10. SAIKAMI, Duane. Financial risk management of pharmacy benefits. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [s. 1.], v. 54, n.19, p. 2207-2212, 1997. Disponível em: <<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L27425866>>. Acesso em: 21 de abr. 2019

11. ROJAS GARCÍA, Paula; VILLAR, Fernando Antonanzas. Los Contratos De Riego Compartido Em El Sistema Nacional De Salud: Percepciones De Los Profesionales Sanitarios (*). **Rev Esp Salud Pública**, [s. 1.], v. 92, n. 4, p. 1-20, 2018. Disponível em: <www.msc.es/resp>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

12. CHIRWA, Maureen L. et al. Promoting universal financial protection: contracting faith-based health facilities to expand access – lessons learned from Malawi. **Health Research Policy and Systems**, [s. 1.], v. 11, n. 1, p. 27, 2013. Disponível em: <<http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-11-27>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

13. Organização Mundial da Saúde. Décimo encontro de plenária da Organização Mundial da Saúde, 23 Maio 2007 - Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

<http://www.mercermarshbeneficios.com.br/capital-intelectual/investigaciones/tendencias-medicas-pelo-mundo-2018.html>>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

14. Mercer Marsh Benefits. Tendências Médicas em 2018 pelo Mundo. Disponível em: <

|

Modelos de contratos inovadores em sistemas de saúde universais