

Experiências internacionais em saúde baseada em valor em sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa

Autoras:

Mércia Liane de Oliveira: Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, São Paulo, SP. Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação, Centro de Tecnologias Estratégicas do Nordeste, Recife, PE, Brasil. ORCID: 0000-0001-6410-4157 E-mail para correspondência: mercia.oliveira@cetene.gov.br

Lúcia Dias da Silva Guerra: Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública– USP. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-0093-2687 E-mail para correspondência: luciadsguerra@alumni.usp.br

Resumo

O modelo de saúde baseada em valor (VBHC) foi proposto na década de 2000 como alternativa aos modelos de remuneração que privilegiam volume de entregas, sem associá-las à qualidade do cuidado. Neste cenário, foi preconizado o conceito de valor, correlacionando os desfechos para os pacientes aos custos, sendo métrica para remuneração dos provedores de cuidados à saúde. Neste cenário, este estudo teve como objetivo analisar experiências internacionais de saúde baseada em valor (VBHC) em sistemas universais de saúde, por meio de revisão da literatura científica. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com artigos publicados entre os anos de 2006 a 2023 sobre relatos do modelo VBHC implantado em países com sistemas universais de saúde. Foram consultadas as bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde/Lilacs e Scopus. Foram recuperados 3.038 resultados que, após triagem, resultaram em nove artigos em conformidade aos critérios de inclusão desta revisão. Os estudos relatados sugerem que a adoção de componentes do modelo de saúde baseada em valor, notadamente o estabelecimento de linhas de cuidado, possibilitou a mensuração de desfechos que importam para os pacientes e dos custos para alcançá-los. Entretanto, o modelo VBHC não foi complementarmente implementado nos estudos incluídos nesta revisão nem as repercussões aos sistemas de saúde foram discutidas. Desta forma, são necessárias futuras pesquisas que possam avaliar as consequências da adoção deste modelo aos sistemas universais de saúde. No cenário brasileiro, as discussões sobre modelos de remuneração e alocação de recursos devem levar em consideração as razões históricas que vem limitando a implementação plena dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, sob o risco de acentuar iniquidades.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Saúde Baseados em Valores, Sistemas de Saúde, Sistemas Nacionais de Saúde, Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde.

Introdução

A inversão da pirâmide demográfica¹, o aumento da prevalência de doenças crônicas² e a introdução de novas tecnologias^{3,4} têm exercido forte pressão sobre os sistemas de saúde em todo mundo. Ressalta-se que, a despeito do crescimento dos gastos com saúde, não se percebe melhores condições de saúde ou maior equidade no acesso aos serviços⁵. Desta forma, torna-se urgente a adoção de medidas que possam contribuir para a sustentabilidade dos sistemas enquanto garantam acesso aos cuidados de saúde para todos os pacientes, independentemente da idade, condição de saúde ou capacidade de pagamento.

Segundo Macêdo et al.⁶, desde as reformas de saúde implementadas na década de 1990, alguns autores passaram a defender que os modelos de remuneração poderiam ser utilizados como ferramentas eficientes para a alocação de recursos com ênfase na qualidade do cuidado prestado⁶, garantindo o uso mais racional do recurso financeiro.

O modelo *fee-for-service*, baseado em produção ou em procedimentos, embora seja o modelo de remuneração dominante na maioria dos países, pode levar ao excesso de serviços, ineficiência e despesas de saúde excessivas, mas não garante a qualidade na atenção ao paciente⁷. Como alternativa, diferentes modelos de remuneração que visam a melhoria da qualidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde para a população são propostos⁶.

Porter e Teisberg⁸ sugeriram, em 2006, a adoção do modelo de saúde baseada em valor (*value-based healthcare* - VBHC), definindo como valor a razão entre os desfechos de saúde, avaliados a partir da mensuração dos resultados alcançados pelos pacientes, e o custo total para alcançá-los. Estes autores enfatizam a importância de se concentrar nos resultados que realmente importam para os pacientes, levando em consideração a eficácia do tratamento, a experiência do paciente e os custos envolvidos⁸. Defensores do modelo VBHC argumentam que associar qualidade e custos é fundamental para a aplicação mais eficiente dos recursos escassos, uma vez que, prestadores de serviços mais eficientes são mais bem remunerados, garantindo a sustentabilidade do sistema⁹.

A mudança para o modelo VBHC têm uma série de implicações para os fornecedores dos cuidados médicos (sejam eles profissionais médicos, unidades hospitalares, planos de saúde e seguradoras ou sistemas de saúde)¹⁰. É fundamental que o cuidado ao paciente se

organize em torno de Unidades de Prática Integradas (UPIs), devem ser definidos quais serviços serão oferecidos em cada instalação e o cuidado nas UPIs em diferentes localidades geográficas deve ser integrado¹⁰. Considerando que os fornecedores de cuidados médicos se organizam de forma diversificada, traduzindo inclusive preferências de pacientes e valores culturais, a medição de resultados e custos é essencial para a melhoria do valor. Adicionalmente, a mudança para sistemas de cuidados baseados em VBHC demanda alterações na formação acadêmica dos profissionais de saúde, não somente médicos, mas todos aqueles profissionais envolvidos nas linhas de cuidado¹¹. Segundo Teisberg et al.¹¹, para a completa implementação do modelo VBHC, médicos e estudantes de medicina precisam repensar seu papel na equipe de cuidados de saúde, sobre o que constitui uma solução de cuidados efetiva e sobre a importância de avaliar os resultados de saúde que são mais relevantes para os pacientes. Para tanto, os currículos das escolas médicas devem ser reestruturados.

Para complementar os princípios do modelo de Saúde Baseada em Valor (VBHC) já publicados, em 2013 foi divulgada uma agenda estratégica que detalha como alcançar os objetivos concernentes ao modelo de VBHC nos sistemas de saúde¹². Essa agenda é composta por seis itens:

1. Organizar em Unidades de Prática Integradas (UPIs) em torno da condição médica do paciente: As UPIs consistem nas equipes multiprofissionais e multidisciplinares que abrangem as habilidades e especialidades necessárias para fornecer cuidados para uma determinada condição de saúde;
2. Medir resultados e custos para cada paciente: A mensuração de resultados que importam para os pacientes e os custos necessários para ofertá-los é fundamental para facilitar a comparação e promover melhorias contínuas nos sistemas de saúde;
3. Alterar modelo de pagamentos agrupados para ciclos de cuidados: A migração do modelo *fee-for-service* para modelos de pagamentos agregados a fim de reduzir o foco no volume da prestação dos cuidados e ao mesmo tempo que incentivar a melhoria da qualidade;
4. Integrar a prestação de cuidados entre instalações separadas: A criação de redes com definição de papéis dentro do ciclo do cuidado com o objetivo de estabelecer unidades especializadas, capazes de otimizar as práticas;
5. Expandir o alcance geográfico: As UPIs com resultados excelentes devem expandir sua atuação para outras regiões geográficas;

6. Construir uma plataforma conveniente de tecnologia da informação: A plataforma de tecnologia da informação (TI) deve permitir a implementação do VBHC e facilitar a tomada de decisões embasadas em evidências.

Esses itens têm como objetivo direcionar e orientar as ações necessárias para implementar o VBHC de forma efetiva e alcançar os melhores resultados para os pacientes e o sistema de saúde como um todo¹².

Em levantamento realizado em 2016¹³, em relação ao nível de maturidade do modelo VBHC em diferentes países, Suécia e Reino Unido aparecem com níveis muito altos e altos de alinhamento com o VBHC, respectivamente. Embora sejam o berço do modelo, o alinhamento dos Estados Unidos foi considerado como em nível "moderado", destacando-se tanto na avaliação de desfechos pelos pacientes quanto na mensuração de custos.

De fato, os desafios para a implementação do modelo VBHC incluem variabilidade interpretativa dos conceitos referentes ao modelo e na sua adequação em diferentes ambientes hospitalares. Adicionalmente, as diferenças nas políticas e modelos dos sistemas de saúde entre países (e dentro deles) podem influenciar as várias conceituações e as estratégias de implementação necessárias ao modelo VBHC¹⁴.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar experiências internacionais de saúde baseada em valor (VBHC) em sistemas universais de saúde, por meio de revisão da literatura científica. O foco esteve na compreensão do modelo de remuneração baseado em valor, na análise da sua aplicação e implementação, bem como na avaliação das consequências dessa abordagem nos custos dos tratamentos e na melhoria dos desfechos clínicos para os pacientes.

Material e Métodos

Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, segundo as seguintes etapas: seleção da pergunta de pesquisa, definição da estratégia de busca e realização da busca nas bases de dados selecionadas, escolha dos critérios de inclusão e de exclusão, identificação e seleção dos estudos, extração e análise dos resultados.

Elaboração da pergunta de pesquisa

Pretende-se responder à questão norteadora: O que a literatura científica apresenta sobre o modelo VBHC implementado em países com sistemas universais de saúde?

Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos empíricos e quantitativos, cujo tema central foi o modelo VBHC, escritos nas línguas em inglês, português ou espanhol.

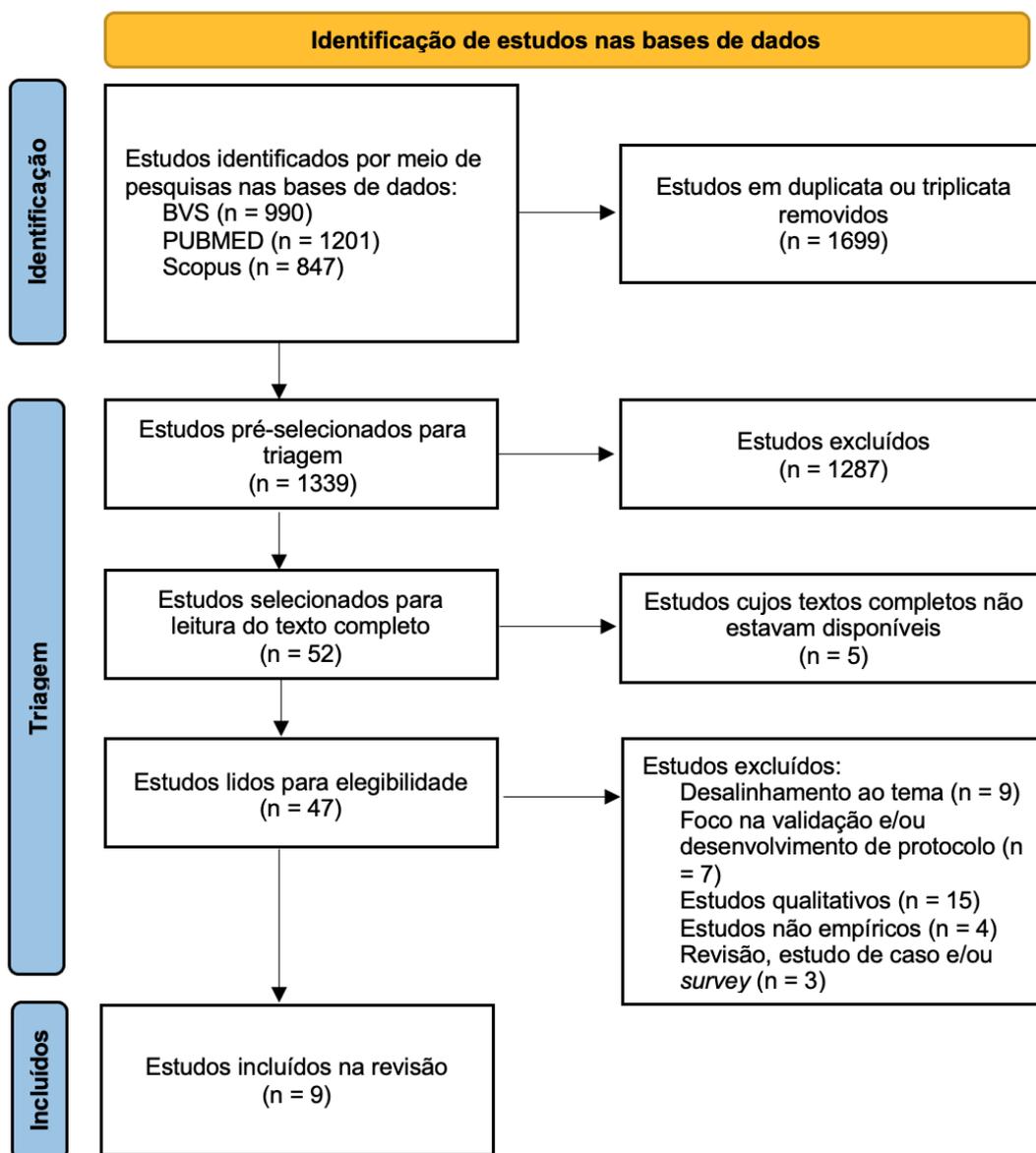
Foram excluídos: artigos de revisão, artigos de comentários ou de opinião, estudos não-empíricos e qualitativos, além daqueles que não abordavam o modelo VBHC como tema central. Adicionalmente, foram excluídos artigos oriundos de países que não possuíam sistemas universais de saúde; quando essa informação não estava disponível no título e/ou resumo, foi necessário verificar a afiliação dos autores do estudo.

Fontes de dados e estratégia de busca

A pesquisa foi realizada em 03 de fevereiro de 2023 nas seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)/Lilacs e Scopus. Procedeu-se à busca pelo descritor, escrito em inglês, relativo ao objeto delimitado pela pergunta de pesquisa (*value-based health insurance*), associado a termos-livres (*value-based healthcare* e *VBHC*), no intuito de aumentar a sensibilidade da busca; optou-se por não delimitar os campos de pesquisa relativos a contexto e fenômeno. As estratégias de busca foram definidas de acordo à especificidade de cada base, conectados por meio do operador booleano OR. Para gerenciamento e triagem das referências foi utilizado o software gratuito *Rayyan* (<https://www.rayyan.ai/>).

Foram identificadas 3.038 publicações. das quais 1.699 eram duplicatas ou triplicatas, sendo estas excluídas. Após a fase de triagem pela leitura dos títulos e resumos (onde 1.287 estudos foram incluídos), chegou-se a 52 artigos selecionados para leitura na íntegra; destes, 5 não estavam disponíveis de forma gratuita em sua integralidade e não puderam ser acessados. Após leitura dos 47 artigos completos, foram excluídos nove artigos cujo tema central não era o modelo VBHC, sete artigos cujo tema central era validação e/ou desenvolvimento de protocolos, 15 estudos qualitativos, e quatro estudos não empíricos sobre o tema VBHC; além desses foram excluídos também um artigo de revisão, um relato de caso e um artigo do tipo *survey*. Desta forma, nove artigos foram incluídos nesta revisão integrativa. A etapa de busca e seleção de artigos está sistematizada no fluxograma Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*)¹⁵, mostrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma Prisma.



Extração e síntese de dados

Para a etapa de extração de dados, foi utilizada uma planilha eletrônica (*Microsoft Excel*). Para cada artigo lido, foram extraídas as seguintes informações: autor, ano, título, país do estudo, condição clínica estudada, objetivo do estudo e principais achados, além da mensuração de desfechos e custos.

Análise e interpretação dos dados

Os artigos foram analisados a partir de experiências já implementadas baseadas no modelo VBHC, buscando compreender as consequências da sua adoção nos custos nos

tratamentos e na melhoria do desfecho clínico para pacientes. Os dados foram interpretados à luz da literatura da economia política da saúde.

Os nove artigos incluídos nesta revisão estão sumarizados no Quadro 1. A partir da leitura completa dos textos, foi possível estabelecer sete categorias para análise de dados: ano de publicação, país, condição clínica avaliada, abrangência geográfica, principais achados, mensuração de desfechos e mensuração de custos (Quadros 2 e 3).

Quadro 1 - Síntese dos artigos incluídos nesta revisão que abordam, de forma empírica e quantitativa, o modelo VBHC em países com sistemas universais de saúde.

Autores	Título	Periódico
Webb EL et al. (2023) ¹⁶	An evaluation of value-based outcomes for women admitted to a dialectical behaviour therapy integrated practice unit: A follow-up study	Behavioural and Cognitive Psychotherapy
Sanchez-Gavilan E et al. (2022) ¹⁷	Added value of patient-reported outcome measures (PROMs) after an acute stroke and early predictors of 90 days PROMs	Journal of Patient-Reported Outcomes
Ahluwalia R et al. (2021) ¹⁸	Improving the efficiency of ankle fracture care through home care and day-surgery units: Delivering safe surgery on a value-based healthcare model	Surgeon
Goretti G et al. (2020) ¹⁹	Value-Based Healthcare and Enhanced Recovery After Surgery Implementation in a High-Volume Bariatric Center in Italy	Obesity Surgery
Montesinos Gálvez AC et al. (2020) ²⁰	Value-based healthcare in ostomies	International Journal of Environmental Research and Public Health
Ahluwalia R et al. (2019) ²¹	Surgical Diabetic Foot Debridement: Improving Training and Practice Utilizing the Traffic Light Principle	International Journal of Lower Extremity Wounds

Gabriel L et al. (2019) ²²	Value-based healthcare analysis of joint replacement surgery for patients with primary hip osteoarthritis	BMJ Open Quality
Parra E et al. (2017) ²³	Assessing value-based health care delivery for haemodialysis	Journal of Evaluation in Clinical Practice
Colegate-Stone T et al (2016) ²⁴	Increasing value: The King's College Hospital experience	British Journal of Health Care Management

Resultados

Dos nove artigos incluídos nesta revisão, percebe-se que, em relação aos países onde foram conduzidos os estudos, cinco relatos são referentes ao sistema de saúde inglês. Os demais resultados são da Espanha (três estudos) e Itália (um estudo). Em relação ao ano de publicação, não se percebe nenhuma variação significativa, podendo ser observado em apenas dois anos (2020 e 2019) a publicação de dois artigos que atenderam aos critérios de inclusão desta revisão; nos anos seguintes (2021, 2022 e 2023) observou-se a inclusão de apenas um artigo em cada um desses anos (Quadro 2). Com relação a abrangência geográfica, seis artigos relatam estudos de abrangência local e três, regional. Não foram encontrados relatos de experiências (empíricas e quantitativas) de modelo VBHC a nível de país.

A partir da análise do Quadro 2 percebe-se ainda que as condições de saúde abordadas nos estudos foram bem variadas, sendo algumas de natureza crônica (condições associadas a obesidade mórbida, diabetes, osteoartrite e condições de cuidado crônico, como ostomias e hemodiálise) e outras, aguda (AVC agudo, fratura de tornozelo e trauma), embora possam demandar cuidados a longo prazo.

Quadro 2 - Estudos classificados de acordo com país onde foi desenvolvido, condição clínica avaliada, abrangência do estudo e principais conclusões.

Autor, Ano	País	Condição Clínica	Abrangência	Principais conclusões
Webb et al. (2023)	Reino Unido	Transtorno de personalidade limítrofe em mulheres	Local	A admissão à unidade de tratamento especializado melhorou significativamente a qualidade de vida, reduziu a angústia psicológica e o risco. Esses resultados estão alinhados com a percepção de recuperação dos pacientes. No entanto, os autores concluem que não se pode concluir que as melhorias são exclusivamente atribuídas ao programa em si.
Sanchez-Gavilan et al. (2022)	Espanha	Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo	Local	Os autores concluem que, durante o acompanhamento, houve pouca melhora significativa na maioria dos resultados das PROMs. Além disso, observou-se uma diminuição no cumprimento das PROMs ao longo do tempo, destacando a necessidade de novas estratégias para aumentar o envolvimento dos pacientes.
Goretti et al.(2020)	Italia	Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade mórbida	Local	A abordagem multidisciplinar adotada levou em conta diferentes perspectivas, colocando o valor do paciente em primeiro lugar, o que resultou em melhores resultados clínicos e orientados para o paciente. Estes ganhos puderam ser expressos na maior adesão dos pacientes e na melhoria da qualidade de vida reportada por eles.
Montesinos Gálvez et al.(2020)	Espanha	Pacientes ostomizados	Regional	Os autores evidenciam que houve redução de custos aliado a ganho à de anos de vida ajustados pela qualidade (QALY).

Ahluwalia et al. (2021)	Reino Unido	Fratura de tornozelo	Regional	Este estudo fornece evidências direcionadas que apoiam o uso do atendimento domiciliar para o tratamento de fraturas de tornozelo, com aumento de valor na prestação de cuidados de saúde, com altas pontuações de satisfação do paciente. No caso do atendimento domiciliar, o paciente é enviado para casa (imobilizado com uma tala abaixo do joelho ou gesso removível sem carga, com instruções para repouso estrito na cama e elevação da perna, permitindo tempo adequado para a redução do inchaço dos tecidos moles) com data fixa para retorno cirúrgico.
Ahluwalia et al. (2019)	Reino Unido	Infecção do pé diabético	Local	O estudo avaliou o modelo RGA (<i>Red Amber Green</i>) padronizada para desbridamento do pé diabético como parte de uma intervenção orientada pelo valor. Constatou-se que esse modelo facilitou a eliminação da infecção, a redução nos episódios cirúrgicos e o encurtamento do tempo de internação, oferecendo benefícios aos pacientes e ao sistema de saúde.
Gabriel et al. (2019)	Reino Unido	Pacientes com hiposteoartrite primária submetidos a cirurgia de substituição	Local	Não foram observadas diferenças significativas nos resultados clínicos entre os modelos comparados: o modelo tradicional de cuidado e o modelo padronizado (intencionalmente projetado). O modelo padronizado ofereceu cuidados de maior valor, com custos mais baixos no caminho clínico. Embora esse modelo tenha apresentado uma pequena margem financeira positiva, ela não foi consistente.
Parra et al. (2015)	Espanha	Pacientes submetidos a hemodiálise	Regional	Foram comparados cinco centros de hemodiálise (três centros subsidiados pelo Estado e dois, públicos) com relação a desfechos e custos. Inicialmente, foram estabelecidos critérios padronização da avaliação de desfechos, que incluíram medições de performance clínica, mortalidade, qualidade de vida e satisfação de pacientes. Também foram analisados os custos e o valor, conforme a definição de Porter, foi obtido para cada centro.

Colegate-Stone et al. (2016)	Reino Unido	Trauma	Local	Foram comparadas cirurgias de trauma leves ou moderados, sem internação (<i>day surgery</i>) e com internação. Os serviços de cirurgia de trauma em regime de internação diurna oferecem uma oportunidade de aprimorar o valor do atendimento fornecido por um provedor. Isso é respaldado pelos resultados centrados no paciente e pelo uso de custos superiores que são alcançados por meio desse modelo.
------------------------------	-------------	--------	-------	---

Quadro 3 - Síntese relativa às metodologias utilizadas para mensuração de desfechos e de custos.

Autor, Ano	Avaliação de desfechos	Avaliação de custos
Webb et al. (2023)	Foram utilizadas as ferramentas padronizadas ReQoL20, COREOM e HoNOSSecure. Também foram consideradas as métricas: frequência e gravidade de comportamentos de risco (automutilação, violência contra pessoas e objetos) e a frequência de práticas restritivas (contenções, isolamentos).	Não foram estimados.
Sanchez-Gavilan et al. (2022)	Um conjunto de PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) foi selecionado em conformidade com os Conjuntos Padrão da ICHOM para acidente vascular cerebral. A coleta e o gerenciamento de dados foram planejados para serem realizados por uma plataforma baseada na web especificamente projetada para esta finalidade.	Não foram estimados.

Goretti et al.(2020)	Foram avaliados desfechos que importam para os pacientes (perda de peso em excesso e melhor controle das comorbidades), adesão ao tratamento, melhoria na qualidade de vida (utilizando-se a ferramenta padronizada Sistema de Análise e Relato de Resultados da Cirurgia Bariátrica ou BAROS) e desfechos clínicos (taxas de mortalidade, morbidade, readmissão e reoperação, dor pós-operatória, náuseas e vômitos em diferentes momentos pós-procedimento).	Foram avaliados os custos diretos relacionados ao tratamento clínico, além dos recursos não-utilizados devido à otimização do processo na cirurgia bariátrica que se tornaram disponíveis para outros pacientes no hospital.
Montesinos Gálvez et al.(2020)	Foram utilizados dois questionários padronizados: Stoma Quality of Life Index-Montreux, específico para pacientes ostomizados, e o EuroQol-5D-5L, mais genérico.	A avaliação econômica incluiu custos de saúde (estimados utilizando a lista de preços publicada pelo Sistema de Saúde Pública da Andaluzia e outras publicações relacionadas) e custos indiretos relacionados à perda de produtividade (estimados com base nos custos trabalhistas).
Ahluwalia et al. (2021)	Os seguintes desfechos foram coletados após o procedimento cirúrgico: tempo para suporte de peso e complicações pós-operatórias (infecção da ferida, problemas de cicatrização e episódios tromboembólicos), além de tempo e taxas de alta hospitalar. A satisfação dos pacientes foi coletada por entrevista telefônica, 3 meses após a alta hospitalar, e análise dos registros institucionais padrão de reclamações dos pacientes.	Os custos foram estimados por meio da técnica de microcusteio (TDABC).
Ahluwalia et al. (2019)	Os desfechos medidos incluíram o impacto no número de desbridamentos por internação individual, a porcentagem de indivíduos que necessitaram de múltiplos desbridamentos e o tempo de internação como função do custo.	Os custos foram estimados aplicando-se o modelo TDABC.

Gabriel et al. (2019)	Os desfechos clínicos foram medidos utilizando as medidas de resultado relatadas pelo paciente (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) padrão estabelecidas pelo NHS England	Os custos foram mensurados por meio de técnica de microcusteio (PLICS) desenvolvida pelo NHS..
Parra et al. (2015)	Foram avaliados os desfechos: mensuração de performance clínica (adequação da diálise, concentração de hemoglobina, cálcio sérico, fósforo sérico, tipo de acesso vascular e taxa de hospitalização); mortalidade; qualidade de vida, por meio do uso do formulário padronizado SF-36; e satisfação, por meio de formulário adaptado de Quality of Care in Dialysis Center Questionnaire (QM-G). Cada um desses desfechos recebeu um peso e o benefício do paciente foi determinado a partir dos resultados, ajustados segundo os pesos correspondentes, e comorbidade.	Os custos foram estimados por meio da técnica de microcusteio. Os custos diretos incluíram: equipe, materiais de consumo, farmácia de pacientes internados e ambulatoriais, e alimentação. Os custos alocados incluíram: laboratório, diagnóstico por imagem, transporte de pacientes, gestão, equipamentos e manutenção de saúde, e limpeza.
Colegate-Stone et al. (2016)	Foi criada uma escala numérica, de 0 a 10, para avaliar a satisfação do paciente com o serviço prestado, em que 10 representava um serviço exemplar e 0 representava a pior experiência em saúde possível. Os desfechos clínicos foram mensurados em estudo prévio e não foram relatados.	Foi utilizado o método de microcusteio TDABC.

Em cinco artigos incluídos na revisão, os autores ressaltam, nas suas conclusões, a melhoria no cuidado ao paciente após modificações e/ou implementação de linhas de cuidado, estando por vezes embasados por mensurações de desfechos para os pacientes (qualidade de vida) e/ou por mensurações de custos. Em seis dos artigos trazidos neste estudo, os autores evidenciam a melhora na qualidade de vida dos pacientes e, em quatro, os autores ressaltam, como um dos achados importantes para a pesquisa, a redução de custos nos tratamentos ofertados. Apenas um dos estudos conclui que, além de não ter havido melhora significativa para os desfechos para os pacientes, ainda existe dificuldade para envolvê-los nas mensurações de qualidade de vida ao longo do tempo.

Discussão

A discussão sobre modelos para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde no mundo remonta aos anos 2000²⁵. Nesta mesma década, o conceito do valor em saúde foi proposto por pesquisadores da Universidade de Harvard. Desde então, o interesse no tema tem crescido, como evidenciado pelo número de resultados relativos ao tema VBHC nas buscas realizadas nas bases de dados utilizadas nesta revisão (1.339, retiradas as duplicadas e as triplicatas). Entretanto, poucos foram os estudos empíricos e quantitativos desenvolvidos em países com sistemas universais de saúde encontrados. É possível que a pandemia da COVID-19 tenha impactado na condução desses estudos e/ou nos seus relatos e que, nos próximos anos, mais evidências surjam, em certa medida, estimuladas pela busca da sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, fomentada por políticas econômicas no atual cenário neoliberal e de capitalismo financeirizado²⁶.

Neste cenário, o modelo VBHC promete ser uma importante ferramenta para os sistemas de saúde em prol da redução de custos, enquanto privilegia os resultados para os pacientes. Ao defenderem a adoção do modelo VBHC, Porter e Teisberg⁸, destacam que o objetivo a ser perseguido pela assistência à saúde não deve ser a minimização de custos, mas o aumento do valor para os pacientes. Embora os autores reconheçam que eliminar desperdícios e serviços desnecessários seja benéfico para os sistemas, eles defendem que a economia de custos não deve ser baseada em restrições nos tratamentos ou redução de qualidade no cuidado; ao contrário, tratamentos mais completos e com maior qualidade geram redução de custos à medida que geram resultados melhores e mais robustos aos pacientes, gerando economia a longo prazo⁸.

Numa lógica associada ao mercado, o modelo VBHC importa para a assistência à saúde o princípio da competição entre os provedores de cuidados, ressaltando, no entanto, que esta competição deve se dar por valor (e não por custo). Neste sentido, médicos e suas equipes devem comparar seus resultados, ajustados aos riscos, com os melhores provedores em todo o país, buscando parcerias com centros nacionais e regionais para obter consultoria e outros serviços, quando couber, a fim de alcançar os mais altos padrões de valor. Desta forma, percebe-se que a informação e publicização sobre os resultados (neste caso, representado pelo valor) é fator crítico para viabilizar a mudança de comportamento nos sistemas de saúde, promovendo a competição com base no valor⁸. Em contraposição, Dos Santos²⁷ pontua que esta lógica de competição por valor não privilegia a cooperação entre atores e/ou a formação de redes, estando alinhada ao cenário da saúde pública norte-americana.

Para Porter e Teisberg⁸, o valor deve ser mensurado para o benefício do paciente, não sendo influenciado pelos demais atores (plano de saúde, hospital, médico ou empregador). A mensuração do valor deve considerar os resultados e os custos ao longo de todo o ciclo de atendimento, que inclui não apenas o tratamento de uma condição de saúde, mas também a reabilitação e o cuidado a longo prazo para evitar recorrências e/ou progressão. Além disso, os autores defendem que a condição de saúde deve ser definida de acordo com a perspectiva do paciente e que os prestadores de saúde devem se mobilizar em torno desta condição, e não por especialidades ou habilidades. Delimitar as condições de saúde seria, segundo os autores⁸, essencial para a aquisição de valor, resultando em:

“acúmulo de experiência, maior eficiência, melhores informações, equipes mais dedicadas, instalações mais especializadas, capacidade de controle em uma parte maior do ciclo de atendimento, maior alavancagem nas compras, maior capacidade de subespecialização na unidade de prática, eficiências nos investimentos de desenvolvimento de prática e respectivo marketing, rapidez na inovação e melhores resultados”⁸ (p.109).

Aqui, busca-se estimular a escolha de práticas baseadas em evidências, que associam eficácia e eficiência aos sistemas de saúde. Entretanto, deve-se lembrar que ao se estabelecer que o valor deve considerar os desfechos que importam para o paciente, valores individuais e preferências também precisam ser consideradas.

Embora vários países estejam fazendo esforços para adoção de princípios do VBHC, nenhum deles implementou o modelo integralmente, até 2020, de acordo com Mjåset et al.²⁸.

Os autores argumentam, no entanto, que nos Estados Unidos o principal objetivo na transição para o modelo VBHC tem sido suplantado o modelo *fee-for-service*, enquanto na Europa o foco tem sido aprimorar o cuidado ao paciente e cita o sistema de saúde inglês, o NHS, como exemplo de sistema de saúde a adotar o VBHC.

Van Staalduinen et al.¹⁴ pontuam algumas características que dificultam a adoção do modelo VBHC nos sistemas de saúde: alta variabilidade interpretativa entre os hospitais, sendo altamente dependente das escolhas locais; a fragmentação do modelo proposto, resultando na implementação de poucos componentes do VBHC, mais comumente a medição de resultados e custos para cada paciente e a organização do cuidado em Unidades de Prática Integradas (UPIs); e limitada atenção às metodologias de implementação do VBHC.

Os achados na atual revisão parecem concordar com o que alegam Mjåset et al.²⁸ e Van Staalduinen et al.¹⁴. Percebe-se que em nenhum dos relatos incluídos, o modelo VBHC está complementarmente implementado (considerando-se a agenda VBHC, proposta por Porter e Lee¹²), embora os estudos demonstrem a preocupação dos autores com a qualidade dos cuidados oferecidos ao paciente (o que é demonstrado pela adoção de metodologias de avaliação de desfechos), aliada à necessidade de mensuração de custos. Observa-se limitação geográfica das redes de cuidado, falta de integração nacional, e limitada (ou ausente) discussão sobre modelos de remuneração. Estes aspectos parecem ser bastantes desafiadores, o que pode comprometer a adoção deste modelo em países de grande extensão territorial e com sistemas de saúde bastante complexos, como é o caso do Brasil.

Um ponto fundamental para garantir a expansão do modelo VBHC nacionalmente é a necessidade de sistemas informatizados robustos que interliguem as diferentes unidades em torno de uma mesma linha de cuidado (atuando complementarmente) ou ainda para unidades que repliquem as infraestruturas de cuidado. Este aspecto também parece ser um importante desafio ao cenário brasileiro da saúde pública²⁹.

Todos os estudos incluídos nesta revisão trazem relatos sobre mensuração dos desfechos importantes para os pacientes. O uso crescente de medidas de resultados relatados pelos pacientes (PROMs) tem sido reconhecido como importante para garantia de serviços de alta qualidade, equitativos e seguros³⁰, sendo fundamentais para a implementação e funcionamento da saúde baseada em valor. Os artigos incluídos nesta revisão fizeram uso de ferramentas padronizadas para mensuração da qualidade de vida dos pacientes (como o questionário SF-36³¹ ou o Índice de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde,

WHOQOL³²), mesmo que não na sua integralidade. Vale a pena ressaltar que os PROMs devem ser validados para garantir sua precisão na medição dos resultados pretendidos e sua capacidade de avaliar mudanças ao longo do tempo de forma confiável na população em estudo.

O uso das ferramentas padronizadas disponibilizadas pela ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) é citada em um dos artigos incluídos nesta revisão. Fundada em 2012, a ICHOM é uma organização sem fins lucrativos cujo objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde globalmente, por meio do desenvolvimento e promoção de conjuntos de medidas padronizadas de resultados em saúde. Entretanto, conforme alega Liao et al.³³, seu alcance tem sido limitado, uma vez os únicos estudos que documentam a implementação ou viabilidade do seu uso foram conduzidos ou financiados pela própria ICHOM.

Com relação aos aspectos econômicos, os estudos trazem a aplicação do microcusteio como alternativa para mensuração de custos em toda a linha de cuidado. A técnica escolhida pelos autores dos estudos incluídos nesta revisão foi o TDABC (*Time-Driven Activity-Based Costing*) que busca determinar o custo de uma atividade específica, levando em consideração o tempo necessário para executá-la. Embora mais simples de implementação que a técnica ABC (*Activity-Based Costing*)³⁴, o TDABC deve ser gradualmente incorporado aos sistemas funcionais, introduzindo de forma progressiva práticas sólidas e confiáveis de contabilidade de custos em nível de processo para organizações de saúde, conforme defende Keel et al.³⁵. Vale a pena ressaltar, conforme Spacirová et al.³⁶ pontua, que técnicas de mensuração de custos de baixo para cima (como o TDABC) são limitadas na captação de custos indiretos, não é possível calcular todos os custos usando o método de baixo para cima, porque no caso de custos indiretos, sendo necessário lançar mão, de forma complementar, às técnicas de cima para baixo.

Adicionalmente, o modelo VBHC sugere a migração do modelo de reembolso de *fee-for-service* por modelos de pagamentos agrupados para ciclos de cuidados (ou modelos de *bundles*). Neste sentido, embora muito utilizado para mensuração dos custos, deve-se avaliar se o TDABC consegue, de forma eficiente, informar adequadamente os sistemas de reembolso por pagamento em pacotes ou agrupados (*bundles*). Keel et al.³⁵ defende que, neste cenário de contabilidade de custos, o papel do TDABC ainda está em desenvolvimento.

No Brasil, o VBHC também vem sendo discutido. Algumas iniciativas são apontadas como exemplos exitosos, inclusive no SUS^{37,38,39,40}. Iniciativas governamentais também foram

mapeadas, embora em limitadas em relação ao conceito de saúde baseada em valor de Porter, focando essencialmente na mensuração de desempenho clínico^{41, 42, 43}.

As evidências limitadas do modelo VBHC no Brasil podem estar relacionadas às dificuldades de implementação deste modelo, aqui já citadas, como a ampla extensão territorial e o frágil sistema de informatização entre as unidades prestadoras de cuidados à saúde. Entretanto, conforme alega Vianna Sobrinho⁴⁴, nem mesmo nos EUA, este modelo foi responsável pela redução dos gastos em saúde (que variaram de 14% do PIB em 1999 para 17,9% em 2018) nem auferir ganhos de qualidade de desfechos aos pacientes⁴⁴:

"A pior notícia é que, ao longo dessas décadas, apesar do volumoso gasto per capita, esse modelo está relacionado com a queda das condições da qualidade de vida associada à saúde nos EUA, da posição de liderança no passado ao 27º lugar atual, em 195 países avaliados" (p.163).

Diante do exposto, parece razoável que se proponha uma discussão mais ampla acerca do tema, adaptada ao cenário dos sistemas de saúde no Brasil, levando-se em conta sobretudo as características do SUS.

Nesta direção, Vianna Sobrinho⁴⁴ alerta para a influência das recomendações da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial^{45, 46} na definição das políticas públicas na área da saúde. Embora focados na atenção primária à saúde (APS), os relatórios publicados em 2017 e 2019 sugerem mudanças substanciais nos modelos de alocação de recursos em busca de garantia da maior eficiência; entretanto, são omissos ao não discutirem o impacto do subfinanciamento do SUS na sua alegada "ineficiência", propondo soluções apartadas desta realidade, alinhadas à economia de mercado e pondo em risco princípios de universalidade, integralidade e equidade. Estas publicações se alinham ao modelo proposto por Porter e Teisberg⁸ na medida em que embasam um modelo de gestão "mais eficiente" baseado em medidas de desempenho (materializado no valor), que também orientariam sua remuneração. Mendes et al.²⁵ também demonstra preocupação em relação à adoção de modelos de financiamento baseados em "práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, distante do SUS que tem o direito à saúde como central e universal".

Adiciona-se a essa discussão a preocupação sobre o que de fato é entendido como valor entre todos os entes envolvidos nos cuidados à saúde (que sejam pacientes, provedores de serviços, pagadores, fornecedores de insumo e sociedade). Vianna Sobrinho⁴⁴ ressalta que embora seja legítimo defender que o paciente estará genuinamente interessado no "resultado"

de seu processo de cuidado (e neste caso o entendimento de valor como melhor desfecho por custo empregado parece ser adequado), não se pode assumir que esse é o objetivo final do setor empresarial, que objetiva crescimento e lucratividade.

Por fim, faz sentido destacar os alertas feitos por Flordal⁴⁷, que em 2015 acerca do modelo VBHC e sua implementação em sistemas de saúde:

"Embora a atenção baseada em valor destaque os benefícios da competição, o que é necessário é mais cooperação. Abandone a ambição de deixar a compensação econômica ser controlada por resultados relatados. Não há evidências de que incentivos econômicos possam melhorar a eficiência dos cuidados de saúde. [...] Os recursos são direcionados para administração e controle, em vez de melhoria. Se o dinheiro estiver vinculado aos resultados relatados, há o risco de que os resultados das medições sejam corrompidos e percam valor para o desenvolvimento da saúde e do conhecimento." (tradução livre).

Considerações Finais

Os artigos revisados, em sua maioria, sugerem aumento de valor após a adoção do modelo VBHC, conforme propuseram Porter e Teisberg⁸. Esse aumento do valor traduz-se como a melhoria dos desfechos, mensurados a partir da ótica do paciente, associada a mensuração dos custos. Alguns artigos, entretanto, embora não tenham alcançado a etapa de mensuração dos custos, tiveram sucesso na avaliação dos desfechos, evidenciando resultados positivos para esta métrica. Entretanto, percebe-se que nenhum dos artigos incluídos nesta revisão descrevem o modelo VBHC completamente implementado em seus sistemas de saúde. São relatos locais e/ou regionais de experiências que caminham para a adoção do modelo, contemplando a definição de linhas de cuidado específicas para o tratamento dos pacientes, estabelecimento de ferramentas padronizadas para mensuração de desfechos e implementação de métodos de microcusteio para definição dos custos.

Embora seja um conceito bastante atrativo, do ponto de vista moral, associar melhores resultados à redução de custos, deve-se problematizar a adoção de modelos de remuneração baseados em desempenhos em sistemas universais de saúde. De um lado, o modelo VBHC propõe a lógica da competição por valor, na qual melhores resultados ensejam melhores remunerações; por outro, nos sistemas universais de saúde, os valores fundamentais são de

universalidade e equidade, garantindo acesso aos melhores cuidados de saúde para todas as pessoas. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, as discussões sobre os modelos de remuneração e de alocação de recursos não podem ser levadas a cabo sem considerar as razões históricas que originam a limitação ao alcance dos pressupostos constitucionais deste sistema, sob o risco de acentuar iniquidades.

Em relação às limitações do estudo, é importante destacar que foram utilizadas apenas três bases de dados (PubMed, BVS/Lilacs e Scopus), podendo ser ampliadas em futuras investigações, incluindo a literatura cinza, a fim de abranger relatos discutidos em eventos científicos e em bases de dados não estruturadas.

Agradecimentos

Ao Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Colaboradoras

Ambas as autoras contribuíram para a concepção do estudo. Oliveira ML (0000-0001-6410-4157) contribuiu na análise e interpretação de dados, redação, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Guerra LDS (0000-0003-0093-2687) contribuiu para análise dos resultados, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Santos SL, Turra CM, Noronha K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Rev bras estud popul* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 maio 6];35(2):e0062. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S102-3098a0062>.
2. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 maio 6];12:284-293. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>.
3. Arce HE. How to face the rising costs of healthcare? *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 maio 6];79(Spec 6/1):529-533. Disponível em: <https://www.medicinabuenaosaires.com/PMID/31864221.pdf>.

4. Leal CRN, Lima AFC. Possibilidades da aplicação de diferentes modelos de remuneração da prestação de serviços no Sistema de Saúde Suplementar. *Rev Paul Enferm* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 maio 6];33. Disponível em: <https://doi.org/10.33159/25959484>. repen.2022v33a02.
5. Bernardes GM, Saulo H, Fernandez RN, et al. Catastrophic health expenditure and multimorbidity among older adults in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 6];54:125. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002285>.
6. Macêdo E, Rocha da Silva AJ, Cavalcanti ITN, et al. Analysis of payment models applied to federal funding from the perspective of the Brazilian Health System. *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 maio 6];14(Suppl.1):65-76. Disponível em: <https://jbes.com.br/wp-content/uploads/2022/03/JBES-Especialingles-65-76.pdf>.
7. Ikegami N. Fee-for-service payment - an evil practice that must be stamped out? *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 maio 6];4(2):57-9. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_2952_0.html
8. Porter ME, Teisberg EO. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2007.
9. Noël F. Accelerating the pace of value-based transformation for more resilient and sustainable healthcare. *Future Healthc J* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 junho 3]; 9 (3) 226-229. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/fhj.2022-0118>.
10. Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg*. 2008 [acesso em 2023 junho 3];248(4):503-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>.
11. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Junho 3];95(5):682-685. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003122>.
12. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 maio 6];91:50. Disponível em: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.
13. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: a global assessment. [acesso em 2023 junho 19]. Disponível em: https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf.
14. Van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, et al. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 maio 6];22(270). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07489-2>.

15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 março 25];372:n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
16. Webb EL, Girardi A, Fox E, et al. An evaluation of value-based outcomes for women admitted to a dialectical behaviour therapy integrated practice unit: a follow-up study. *Behav Cogn Psychother* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 março 25];51(1):110-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1352465822000467>.
17. Sanchez-Gavilan E, Montiel E, Baladas M et al. Added value of patient-reported outcome measures (PROMs) after an acute stroke and early predictors of 90 days PROMs. *J Patient Rep Outcomes* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 março 25];6(1):66. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00472-9>.
18. Ahluwalia R, Cook J, Raheman F, et al. Improving the efficiency of ankle fracture care through home care and day-surgery units: Delivering safe surgery on a value-based healthcare model. *Surgeon* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 março 25];19(5):e95-e102. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.08.004>.
19. Goretti G, Marinari GM, Vanni E, et al. Value-Based Healthcare and Enhanced Recovery After Surgery Implementation in a High-Volume Bariatric Center in Italy. *Obes Surg* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 março 25];30(7):2519-2527. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04464-w>.
20. Montesinos Gálvez AC, Jódar Sánchez F, Alcántara Moreno C, et al. Value-Based Healthcare in Ostomies. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 março 25];17(16):5879. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165879>.
21. Ahluwalia R, Vainieri E, Tam J, et al. Surgical Diabetic Foot Debridement: Improving Training and Practice Utilizing the Traffic Light Principle. *Int J Low Extrem Wounds* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 março 25];18(3):279-286. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534734619853657>.
22. Gabriel L, Casey J, Gee M, et al. Value-based healthcare analysis of joint replacement surgery for patients with primary hip osteoarthritis. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 março 25];8(2):e000549. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjoq-2018-000549>.
23. Parra E, Arenas MD, Alonso M, et al. Assessing value-based health care delivery for haemodialysis. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 março 25];23(3):477-485. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jep.12483>.
24. Colegate-Stone T, Tavakkolizadeh A, Moxham J, et al. Increasing value: The King's College Hospital experience. *British Journal of Health Care Management* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 março 25];22(6):326–334. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjhc.2016.22.6.326>

25. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 junho 14];38(2):e00164621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
26. Alves DF de A, Carnut L, Mendes Á. Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 junho 14];43(spe5):145–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S513>
27. Santos MAB. Explorando novos paradigmas para agregar valor ao SUS. In: Carlos Octávio Ocké-Reis. (Org.). *SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde*. 1ªed. Brasília: IPEA, CONASS, OPAS, 2023. p. 109-145.
28. Mjåset C, Ikram U, Nagra NS, Feeley TW. Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 junho 14]. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0530>.
29. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio | EPSJV | Fiocruz [Internet]. Falta de integração e distribuição das bases de dados fragiliza sistemas de informação em saúde no país; [citado 26 jul 2023]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/falta-de-integracao-e-distribuicao-das-bases-de-dados-fragiliza-sistemas-de>
30. Churruca K, Pomare C, Ellis LA, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 juho 14];24(4):1015-1024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13254>.
31. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, et al. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 junho 14];16(4):889–97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>.
32. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994 [acesso em 2023 junho 14];23:24–56 <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>.
33. Liao Z, Quintana Y. Challenges to Global Standardization of Outcome Measures. *AMIA Jt Summits Transl Sci Proc* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 junhi 14];404-409. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8378612/>
34. Jalalabadi F, Milewicz AL, Shah SR, et al. Activity-Based Costing. *Semin Plast Surg* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 junho 20];32(4):182-186. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197877/>.

35. Keel G, Savage C, Rafiq M, et al. Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 junho 14];121(7):755-763. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.013>.
36. Špacírová Z, Epstein D, García-Mochón L, et al. A general framework for classifying costing methods for economic evaluation of health care. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 junho 14]; 21, 529–542. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01157-9>.
37. Pereira AJ, Ferraz LJR, Sato G, et al. Value-Based Health Care in a Public Hospital in Brazil. *Review Pub Administration Manag* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 junho 20] 3: 169. Disponível em: <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/valuebased-health-care-in-a-public-hospital-in-brazil-2315-7844-1000169.pdf>.
38. VBHC Prize 2023 [Internet]. Joinvasc Stroke Program; [citado 26 jul 2023]. Disponível em: <https://vbhcprize.com/joinvasc-stroke-program/>.
39. Ramos P, Savage C, Thor J, et al. It takes two to dance the VBHC tango: A multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 maio 7] 282:114145. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114145>.
40. Cohen RV, Nishikawa AM, Ribeiro RA, et al. Surgical Management of Obesity in Brazil: Proposal for a Value-Based Healthcare Model and Preliminary Results. *Value Health Reg Issues* [internet]. 2021 [acesso em 2023 maio 7] 26:10-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.11.005>.
41. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Re- solução SS no 13 de 5 de fevereiro de 2014. Determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas – Santas Casas SUSTentáveis e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 2014 fev. 14;124(25a seção1):43.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União /portaria-gm/ms-n-1.100-de-12-de-maio-de-2022-400024438: DEFINE o primeiro ciclo do Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular, Quali SUS Cardio, no âmbito do Sistema Unico de Saúde-SUS.
43. Mejia OAV, Jatene FB. Do Volume para a Geração de Valor em Cirurgia Cardíaca: O que Falta para Dar a Largada no Brasil?. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 maio 7] 120(2):e20230036. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230036>
44. Vianna Sobrinho L. Eficiência e valor em saúde: ensaio crítico. In: Carlos Octávio Ocké-Reis. (Org.). *SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde*. 1ªed.Brasília: IPEA, CONASS, OPAS, 2023, v. 1, p. 146-177.

45. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil.<http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf> (acessado em 02/Set/2019).
46. Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro. <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-doSUS.pdf> (acessado em 02/Set/2019).
47. Flordal PA. Apropå! Den värdebaserade vårdens födelse, levnad och undergång - Den sista »pseudoinnovationen«? [The birth, life and death of value-based health care. The last "pseudo-innovation"?]. Lakartidningen [internet]. 2015 [acesso em 2023 junho 20] 29;112:DPWM. Disponível em: <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2015/09/den-sista-pseudoinnovationen/>.