

Work Project desenvolvido no âmbito dos requisitos para atribuição do grau de Mestre em
Marketing e Estratégia - Executivo, pela Nova School of Business and Economics.

VALUE-BASED HEALTHCARE ENQUANTO ESTRATÉGIA COMPETITIVA:
PERCEÇÃO MULTI-STAKEHOLDER NA INDÚSTRIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

FILIPPE ANDRÉ PEREIRA SANTIAGO

Work Project realizado sob orientação de:

Prof. Eduardo Redondo

Prof. Filipe Costa

24-10-2023

VALUE-BASED HEALTHCARE ENQUANTO ESTRATÉGIA COMPETITIVA: PERCEÇÃO MULTI-STAKEHOLDER NA INDÚSTRIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

RESUMO

A conceção de um sistema de cuidados de saúde acessível, com cuidados de qualidade e financeiramente sustentável constitui um desafio fundamental para a sociedade. O modelo estratégico *value-based healthcare* (VBHC) visa melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, aumentando a eficiência dos sistemas de saúde. São objetivos de investigação compreender a perceção dos diferentes *stakeholders* da indústria da saúde em Portugal sobre: i) definição de valor; ii) alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor; iii) VBHC enquanto vantagem competitiva; iv) futuro do VBHC enquanto modelo estratégico. Foi realizada uma revisão narrativa e foi realizado um estudo qualitativo usando o método indutivo. Foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado, composto por 8 questões, tendo sido entrevistados 15 *stakeholders* em VBHC. Estes concluíram que a implementação de VBHC enfrenta vários desafios, sendo necessário um esforço colaborativo que permita alcançar uma visão abrangente de valor e um adequado alinhamento *multi-stakeholder*. A implementação de VBHC poderá conferir vantagem competitiva sustentável e a sua adoção enquanto modelo estratégico será inevitável no futuro.

Palavras-chave: Valor; Cuidados de saúde; Financiamento; *Value-based healthcare*; Estratégia competitiva; *Stakeholders*; Perceção; Estudo qualitativo.

Este trabalho utilizou infraestruturas e recursos financiados pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (UID/ECO/00124/2013, UID/ECO/00124/2019 e Social Sciences DataLab, Projeto 22209), POR Lisboa (LISBOA-01-0145-FEDER-007722 e Social Sciences DataLab, Projeto 22209) e POR Norte (Social Sciences DataLab, Projeto 22209).

VALUE-BASED HEALTHCARE AS COMPETITIVE STRATEGY: HEALTHCARE INDUSTRY MULTI-STAKEHOLDER PERCEPTION IN PORTUGAL

ABSTRACT

Designing an accessible, quality and financially sustainable healthcare system is a key challenge for society. The strategic model of value-based healthcare (VBHC) aims to improve the quality of healthcare by increasing the efficiency of health systems. The research objectives are to understand the perception of the different stakeholders of the health industry in Portugal on: i) value definition; ii) multi-stakeholder alignment in the co-creation of value; iii) VBHC as a competitive advantage; iv) future of VBHC as a strategic model. A narrative review was performed and a qualitative study was conducted using the inductive method. A semi-structured interview script was elaborated, composed of 8 questions, and 15 VBHC stakeholders were interviewed. They concluded that the implementation of VBHC faces several challenges, requiring a collaborative effort to achieve a comprehensive vision of value and an adequate multi-stakeholder alignment. The implementation of VBHC can confer sustainable competitive advantage and its adoption as a strategic model will be inevitable in the future.

Keywords: Value; Healthcare; Financing; Value-based healthcare; Competitive strategy; Stakeholders; Perception; Qualitative study.

This work used infrastructure and resources funded by Fundação para a Ciência e a Tecnologia (UID/ECO/00124/2013, UID/ECO/00124/2019 and Social Sciences DataLab, Project 22209), POR Lisboa (LISBOA-01-0145-FEDER-007722 and Social Sciences DataLab, Project 22209) and POR Norte (Social Sciences DataLab, Project 22209).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Esposa Mónica Simões pela partilha de conhecimentos específicos e pelo suporte familiar proporcionado neste importante percurso de aprendizagem.

Muito obrigado a todos os *stakeholders* envolvidos na presente investigação, em particular pelo interesse demonstrado em contribuir para o seu desenvolvimento. Este *Work Project* é vosso.

Ao Professor Eduardo Redondo um forte agradecimento pela sua disponibilidade, transparência e excelência metodológica partilhada.

Agradeço os valiosos, pragmáticos e sábios contributos do reconhecido perito de VHBC, Professor Filipe Costa. Muito obrigado, Professor.

À Medtronic Portugal, nas pessoas do meu manager Paulo Almeida e do meu colega António Cascarejo, agradeço por me proporcionar a possibilidade de participar neste valioso projeto de desenvolvimento académico.

Ao Cristiano Matos, Ricardo Ferreira, Claudia Martins e José Barata muito obrigado pelo vosso suporte e, sobretudo, pela vossa amizade.

Aos meus colegas de Mestrados. Tanto valor reunido! Fomos e seremos, uma equipa incrível.

Agradeço a contribuição dos demais envolvidos.

Aos meus filhos Santiago, Miguel e Duarte.

Serão as vossas escolhas que determinarão o vosso valor.

INDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMENTOS	iii
INDICE	v
ÍNDICE DE TABELAS	viii
1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	2
2.1. Cuidados de saúde baseados em valor - VBHC	2
2.2 Visão abrangente de valor dos <i>stakeholders</i> de VBHC	3
2.3. Alinhamento <i>multi-stakeholder</i> na co-criação de valor na indústria da saúde	3
2.4. <i>Value-based healthcare</i> enquanto estratégia competitiva	5
2.5. Considerações de investigação	6
3. METODOLOGIA	7
3.1. Pesquisa Bibliográfica	7
3.2. Guião da entrevista	7
3.3. Seleção dos participantes	9
3.4. Processo de recrutamento e confidencialidade	9
3.5. Processamento e codificação das entrevistas	10
4. ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS	11
4.1. Definição de valor	11
4.1.1. Cuidados de saúde centrados no doente	12
4.1.2. Melhoria dos resultados em saúde	12

4.1.3. Maximização do custo-efetividade.....	13
4.1.4. Integração das diferentes perspectivas dos <i>stakeholders</i> da cadeia de valor	13
4.2. Alinhamento <i>multi-stakeholder</i> na co-criação de valor	14
4.2.1. Estabelecimento de propósito comum e de confiança.....	14
4.2.2. Disponibilidade de negociação e de partilha de risco	15
4.2.3. Comunicação eficaz e ímpeto colaborativo.....	16
4.2.4. Medição e avaliação de valor em toda a cadeia de valor	16
4.3. VBHC enquanto vantagem competitiva.....	17
4.3.1. Vantagem competitiva por diferenciação.....	17
4.3.2. Vantagem competitiva por evidência dos resultados	18
4.3.3. Vantagem competitiva por persecução de melhoria contínua.....	18
4.3.4. Vantagem competitiva por transparência	19
4.3.5. Vantagem competitiva por acesso a recursos e financiamento	20
4.3.6. Vantagem competitiva por competitividade e reputação	20
4.4. Futuro de VBHC enquanto modelo estratégico	21
4.4.1. Mudança de paradigma inevitável.....	21
4.4.2. Modelo transformador do sistema de saúde	22
4.4.3. Processo integrador, gradual e evolutivo	22
5. CONCLUSÕES	23
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	30
Análise complementar de dados e resultados	35

Temas 5 - Criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente	36
Subtema 5.1 - Maximização de valor pela centralidade no doente	36
Subtema 5.2 - Necessidade de empoderamento do doente	37
Subtema 5.3 - Resiliência na centralização do sistema de saúde no doente	38
Tema 6 - Equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde	38
Subtema 6.1 - Necessidade de alavancar valor em resultados	38
Subtema 6.2 - Aumento da análise e dos ganhos de eficiência	39
Subtema 6.3 - Reformulação dos modelos de gestão e reforço da inovação tecnológica	40
Tema 7 - Contributos dos <i>stakeholders</i> na implementação de projetos de VBHC	40
Subtema 7.1 - Disponibilidade de dados para a criação de valor	41
Subtema 7.2 - Contribuição na alavancagem de valor em <i>outcomes</i> e eficiência	41
Subtema 7.3 - Facilitação na integração de toda a cadeia de valor	42
Subtema 7.4 - Disponibilização de inovação	42
Tema 8 - Desafios na implementação de projetos de VBHC	43
Subtema 8.1 - Desafios financeiros e dos modelos de financiamento	43
Subtema 8.2 - Fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde	44
Subtema 8.3 - Compreensão limitada do conceito de valor	44
Subtema 8.4 - Resistência à mudança de paradigma	45
Subtema 8.5 - Desafio na medição de resultados	45
Subtema 8.6 - Mudança cultural e comunicação ineficaz	46
Conclusão da análise complementar de dados e resultados	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Quantificação dos códigos gerados por tema.....	11
Tabela 2 - Citações: Cuidados de saúde centrados no doente	12
Tabela 3 - Citações: Melhoria dos resultados em saúde	12
Tabela 4 - Citações: Maximização do custo-efetividade	13
Tabela 5 - Citações: Integração de diferentes perspectivas dos diferentes <i>stakeholders</i>	14
Tabela 6 - Citações: Estabelecimento de propósito comum e de confiança	15
Tabela 7 - Citações: Disponibilidade de negociação e de partilha de risco	15
Tabela 8 - Citações: Comunicação eficaz e ímpeto colaborativo	16
Tabela 9 - Citações: Medição e avaliação de valor em toda a cadeia de valor	16
Tabela 10 - Citações: Vantagem competitiva por diferenciação	17
Tabela 11 - Citações: Vantagem competitiva por evidência dos resultados	18
Tabela 12 - Citações: Vantagem competitiva por persecução de melhoria contínua	19
Tabela 13 - Citações: Vantagem competitiva por transparência	19
Tabela 14 - Citações: Vantagem competitiva por acesso a recursos e financiamento	20
Tabela 15 - Citações: Vantagem competitiva por competitividade e reputação	20
Tabela 16 - Citações: Mudança de paradigma inevitável.....	21
Tabela 17 - Citações: Modelo transformador do sistema de saúde.....	22
Tabela 18 - Citações: Processo integrador, gradual e evolutivo	22
Tabela 19 - Resumo dos subtemas mais prevalentes	23
Tabela I - Estratégia de pesquisa na base de dados Google Scholar®	30
Tabela II - Fluxograma de pesquisa	31

Tabela III - Questões de pesquisa analisadas (Guião da entrevista)	32
Tabela IV - Perfis e classificação dos participantes	33
Tabela V - Distribuição de códigos gerados por tema e <i>stakeholder</i>	34
Tabela VI - Quantificação dos códigos gerados por tema complementar	35
Tabela VII - Citações: Maximização de valor pela centralidade no doente	37
Tabela VIII - Citações: Necessidade de empoderamento do doente	38
Tabela IX - Citações: Resiliência na centralização do sistema de saúde no doente	38
Tabela X - Citações: Necessidade de alavancar valor em resultados	39
Tabela XI - Citações: Aumento da análise e dos ganhos de eficiência	39
Tabela XII - Citações: Reformulação de modelos de gestão/reforço da inovação tecnológica	40
Tabela XIII - Citações: Disponibilidade de dados para a criação de valor	41
Tabela XIV - Citações: Contribuição na alavancagem de valor em <i>outcomes</i> e eficiência	41
Tabela XV - Citações: Facilitação na integração de toda a cadeia de valor	42
Tabela XVI - Citações: Disponibilização de inovação	42
Tabela XVII - Citações: Desafios financeiros e dos modelos de financiamento	43
Tabela XVIII - Citações: Fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde	44
Tabela XIX - Citações: Compreensão limitada do conceito de valor	45
Tabela XX - Citações: Resistência à mudança de paradigma	45
Tabela XXI – Citações: Desafio na medição de resultados	46
Tabela XXII - Citações: Mudança cultural e comunicação ineficaz	46
Tabela XXIII - Resumo dos subtemas complementares mais prevalentes	47

1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Porter et al. (2013) referem que em todo o mundo os sistemas de saúde estão a confrontar-se com custos crescentes e qualidade desigual. Adiantam que temos de nos afastar de um sistema de saúde orientado pelo ato médico para um sistema centrado no doente, organizado em função das necessidades dos doentes. VBHC é considerado uma solução para as pressões financeiras que os sistemas de saúde atravessam (Leusder et al. 2022) ao concentrar-se nos resultados do doente, considerando os custos de alcançar esses mesmos resultados (Gonçalves 2020).

Apesar da importância abrangente de valor nos cuidados de saúde, este não tem sido o foco central. Porter et al. (2010) consideram que o valor permanece, em grande parte, não medido. Alavancada na tentativa de alteração deste paradigma, a definição de valor deve abranger uma perspetiva integrada, considerando os benefícios para os diferentes *stakeholders* envolvidos no processo de cuidados de saúde. Será, portanto, relevante compreender as diferentes perspetivas sobre o que significa valor para cada um deles. Porter et al. (2010) adiantam ainda que em vez de valor, os *stakeholders* da indústria da saúde têm inúmeros objetivos, muitas vezes conflitantes. Perante esta complexidade *multi-stakeholder* e a ambiguidade conceptual do modelo VBHC, será também relevante compreender qual a perspetiva de cada um dos *stakeholders*, sobre o que consideram elementar para o adequado alinhamento dos mesmos na criação de valor conjunta. Bandurska et al. (2023) sinalizam que é igualmente necessário desenvolver soluções para a execução dos pagamentos em função dos resultados. Portanto aliada à gradual mudança de paradigma conceptual dos sistemas de saúde e ao necessário reposicionamento estratégico dos *stakeholders* da indústria da saúde em Portugal, será ainda relevante compreender se estes consideram que poderão obter vantagem competitiva sustentável face à sua concorrência com a implementação de VBHC e quais as suas perspetivas de futuro enquanto modelo estratégico.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura inicia-se com a conceptualização do modelo de cuidados de saúde baseados em valor - VBHC. Posteriormente e como alavanca à questão de investigação, é explanado o estado de arte da necessidade de uma visão abrangente de valor entre os vários *stakeholders* de VBHC, do alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor na indústria da saúde e da caracterização de VBHC enquanto estratégia competitiva. Termina com conclusões bibliográficas, objetivos de investigação e questão de investigação.

Poderá ser consultado em anexo, nas **tabelas I e II**, a estratégia e o respetivo fluxograma de pesquisa, segmentação e inclusão de dados secundários nesta revisão da literatura.

2.1. Cuidados de saúde baseados em valor - VBHC

Vários sistemas de saúde estão a experimentar e a testar diferentes modelos de pagamento baseados em valor, substituindo ou alterando modelos tradicionais de pagamento por serviço, que vinculam o reembolso à qualidade e ao custo (Noël 2022).

VBHC é considerado uma solução para as pressões financeiras que o nosso sistema de saúde global coloca (Leusder et al. 2022). Baseia-se nos princípios de alcançar o máximo de valor possível para o doente ao prestar cuidados de saúde, organizar os cuidados de saúde nas condições médicas do doente e nos ciclos completos de cuidados e medir tanto os resultados de saúde como os custos da entrega desses resultados (Nilsson et al. 2018).

Costa (2018) reforça que um sistema de saúde, segundo a perspetiva de VBHC, em equilíbrio dinâmico das diversas forças que o compõem, será capaz de entregar uma elevada qualidade de serviço, que resulta em melhorias claras de qualidade de vida e com custos adequados. Um sistema assim é sustentável a longo prazo, porque gera poupanças de recursos e oportunidades de aprendizagem sistematicamente reinvestidas em novos ciclos de cuidados, contribuindo para a criação sustentada de valor e a viabilidade económica deste sistema.

Os cuidados de saúde baseados em valor, que proporcionam os melhores resultados de saúde possíveis aos doentes de uma forma eficiente em termos de custos, têm sido uma prioridade estratégica entre os *stakeholders* da indústria da saúde, uma vez que são obrigados a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e a reduzir as despesas excessivas (Noël 2022).

Em Portugal há vários exemplos de práticas que podem ser consideradas exemplos de VBHC, como os projetos do IPO do Porto, da Luz Saúde e outros (Gonçalves 2020).

2.2 Visão abrangente de valor dos *stakeholders* de VBHC

Porter et al. (2010) referem que apesar da importância abrangente do valor nos cuidados de saúde, este não tem sido o foco central. O valor permanece em grande parte não medido, perpetuando a prestação de cuidados de saúde como uma arte e não uma ciência passível de melhoria contínua. Em vez de valor, os *stakeholders* da indústria da saúde têm inúmeros objetivos, muitas vezes conflitantes, incluindo acesso a serviços, rentabilidade, alta qualidade, contenção de custos, segurança, conveniência e satisfação do doente.

A definição de valor ultrapassa uma simples expressão monetária, envolvendo o conceito de melhores resultados em saúde (Putera 2017), a eficiência na utilização de recursos (Hurst et al. 2019), a personalização dos cuidados e a consideração das preferências dos doentes (Ring et al. 2016).

2.3. Alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor na indústria da saúde

A cadeia de valor da saúde pode ser desenvolvida em direção ao objetivo de parcerias de gestão de doenças através de diálogo e atitudes concertadas dos *stakeholders*: governo e demais pagadores, sociedade em geral, comunidades de doentes, prestadores e fornecedores, entre outros. Os *stakeholders* para se envolverem na co-criação de soluções de VBHC, precisam de ver isso como um investimento, ou seja, o processo de co-criação tem de se inserir logicamente na atividade desses *stakeholders*. No final, deve ambicionar-se o desenvolvimento de soluções

holísticas e ganhar a percepção de que a gestão da cadeia de valor da saúde contribui reconhecidamente para a sustentabilidade da sociedade. Deste modo, VBHC e a atividade de co-criação em particular, criam um ambiente de saúde de qualidade e baseado em valor (Gonçalves 2020).

Identificar os parceiros certos é fundamental. O mais relevante não é a posição que ocupam na cadeia de valor, é o facto de terem inscrito no seu *roadmap* estratégico a necessidade de gerir o seu sistema de valor, de o fazer com os *stakeholders* dispostos ao mesmo e a investir em processos de mudança. Os parceiros devem alinhar em objetivos que traduzam os resultados finais de VBHC: melhores *outcomes* para os doentes, com benefícios evidentes para a equação do modelo de negócio de todos os *stakeholders* (Gonçalves 2020).

A capacidade de relacionamento com os *stakeholders* tem o potencial de levar a níveis mais elevados de criação conjunta de valor devido a uma coordenação recíproca mais eficiente, vantagens na partilha de conhecimentos, capacidade de atrair partes interessadas de maior qualidade, redução de custos de transação e maior motivação. As empresas bem sucedidas no relacionamento com os demais *stakeholders*, podem desfrutar de uma vantagem competitiva sustentável pois tais capacidades são provavelmente raras e difíceis de imitar (Jones et al. 2018).

Melhorar o desempenho e a prestação de contas depende de ter um objetivo partilhado que una os interesses e as atividades de todas as partes interessadas. O valor deve ser o objetivo preeminente no sistema de saúde porque é o que, em última análise, importa para os doentes e une os interesses de todos os atores do sistema. Se o valor melhorar, doentes, pagadores, prestadores e fornecedores poderão beneficiar, enquanto a sustentabilidade económica do sistema de saúde melhora (Porter et al. 2010).

No entanto, também a este nível têm surgido importantes desafios. Além do alinhamento *multi-stakeholder* de VBHC não ser um processo linear, Porter et al. (2000) acrescentam que uma

indústria é uma intrincada teia de relações entre empresas, clientes, fornecedores de bens concorrentes, substitutos e complementares e de acordo com Steinmann et al. (2020) existe uma marcada ambiguidade conceptual em torno de VBHC. Estes referem que academicamente pode ser entendido como um conceito de gestão, como uma inovação de gestão ou basicamente como uma estratégia de negócios para fornecedores e pagadores. Sob este manto de ambiguidade, VBHC tem sido adotado e implementado de maneiras fragmentadas e multifacetadas.

2.4. *Value-based healthcare* enquanto estratégia competitiva

De acordo com Porter (2008), a questão central da estratégia competitiva é a posição relativa de uma empresa na sua indústria. O posicionamento estratégico procura alcançar uma vantagem competitiva sustentável, preservando o que distingue uma empresa. Significa realizar atividades diferentes dos rivais ou realizar atividades semelhantes de maneiras diferentes (Porter et al. 1996).

Os dois tipos básicos de vantagem competitiva, baixo custo ou diferenciação, combinados com a diversidade das atividades resultam em três estratégias competitivas para alcançar um desempenho acima da média, numa determinada indústria: liderança de custos, diferenciação e foco (Porter 1985).

Enquadrando na indústria da saúde e de acordo com as diretivas da UE, é incentivada uma abordagem mais holística da qualidade dos produtos e dos custos totais do ciclo de vida, passando de decisões baseadas exclusivamente no preço, para decisões baseadas no valor, baseadas em resultados (Katz 2020).

A concorrência na indústria da saúde deve transformar-se numa competição de soma positiva na qual todos os *stakeholders* podem beneficiar: quando os prestadores ganham ao fornecer cuidados superiores de forma mais eficiente, doentes, prestadores e planos de saúde também ganham (Porter et al. 2006).

2.5. Considerações de investigação

A revisão bibliográfica proporcionou uma base sólida de conhecimento sobre o tema VBHC, nomeadamente sobre considerações de implementação e de estratégia competitiva deste modelo.

Conclui-se que o modelo estratégico de VBHC é uma importante alteração de paradigma que visa melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e, simultaneamente, a eficiência dos sistemas de saúde mas, de acordo com Costa (2018), todas as atividades que fazem parte da visão de um sistema de saúde baseado em valor, não conseguirão concretizar os objetivos gerais e individuais se adotarem estratégias de relacionamento segmentadas.

Ghemawa et al. (2006) consideram que a essência da criação de vantagem é encontrar um conjunto integrado de escolhas que distinga uma empresa dos seus rivais e ainda Porter et al. (2006) defendem que a concorrência na indústria da saúde deve-se transformar numa competição baseada em valor e resultados.

Perspetivando esta integração dos vários *stakeholders* no modelo de VBHC, com o devido enquadramento competitivo, são temas e objetivos de investigação compreender a sua perceção de: i) valor; ii) alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor; iii) VBHC enquanto vantagem competitiva; iv) futuro de VBHC enquanto modelo estratégico.

O alinhamento das conclusões bibliográficas mais relevantes com os objetivos e temas de pesquisa, alavancam a pertinência da seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos *stakeholders* de VBHC na indústria da saúde em Portugal sobre valor, alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor e de VBHC enquanto estratégia competitiva?

3. METODOLOGIA

Nesta investigação realizou-se uma pesquisa qualitativa usando um método indutivo (Braun et al. 2006) pela necessidade de desenvolvimento do tópico dada a escassez de dados primários e secundários e com o objetivo de aprofundar conceitos, percepções e experiências dos diferentes *stakeholders* em análise (Streefkerk 2019). Esta pesquisa foi projetada de acordo com os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ) (Tong et al. 2007).

3.1. Pesquisa Bibliográfica

A revisão da literatura teve como objetivo definir quais os tipos de *stakeholders* iniciais a serem incluídos na etapa de entrevistas. Foi realizada uma pesquisa em motores de busca amplamente utilizados onde a maioria das publicações da área da gestão e economia da saúde estão indexadas, PubMed® e Google Scholar®, em 03 de Abril de 2023, com filtro de intervalo de tempo entre 1995 e 2023. As publicações em inglês, espanhol e português foram incluídas e os artigos que foram considerados relevantes foram analisados através de uma revisão narrativa da literatura. As referências dos artigos analisados, foram verificadas para identificar outros potenciais artigos de interesse que poderiam ser incluídos na revisão narrativa. Foram ainda consultados vários livros e várias teses acadêmicas relacionadas com o tema. O *software* Mendeley Desktop® foi utilizado para a seleção dos artigos e gestão da bibliografia encontrada, como apresentado na **Tabela II** (em anexo).

3.2. Guião da entrevista

Com base nos resultados da revisão narrativa da literatura os temas foram identificados por serem pouco explorados, por não existirem dados de consenso e por existirem posições distintas e/ou contraditórias que carecem de reflexão, foi elaborado um guião semiestruturado para a entrevista, apresentado na **Tabela III** (em anexo). Este guião foi fundamentado bibliograficamente pelos seguintes tópicos: i) conceptualização de cuidados de saúde baseados

em valor - VBHC; ii) estado de arte da percepção de valor por parte dos *stakeholders* de VBHC; iii) estado de arte sobre o alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor na indústria da saúde; iv) estado de arte de VBHC enquanto estratégia competitiva. O guião continha inicialmente 8 questões de resposta aberta sobre estes temas, para permitir que o entrevistado pudesse fornecer respostas aprofundadas relacionadas com VBHC, endereçando assim os tópicos sinalizados como pertinentes na pesquisa bibliográfica, assim como explicitamente os objetivos deste estudo. O primeiro guião da entrevista foi testado em 18/04/2023 com 2 indivíduos com casuística em VBHC, de forma a perceber a sua aplicabilidade com distintas perspetivas. Através das sugestões, algumas questões foram alteradas, tornando a linguagem mais simplificada e a melhorando a ordem das questões, de forma a que a entrevista se tornasse mais fluida na sua aplicação. Os tópicos abordados na entrevista foram amplos e variados, proporcionando *insights* importantes sobre o tema em estudo e os entrevistados responderam a todas perguntas do guião de entrevista. Destaca-se a sua compreensão do conceito de valor, ilustrando-o com exemplos concretos. A necessidade de alinhamento dos *stakeholders* para o sucesso dos projetos de VBHC foi analisada. A afirmação de que a integração num projeto VBHC pode ser uma vantagem competitiva foi discutida, com exemplos partilhados. Foram exploradas as perspetivas dos entrevistados sobre o futuro de VBHC como modelo estratégico competitivo. Foi ainda discutida, para investigação futura, a criação de valor pela centralidade da prestação de cuidados no doente, o equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde, os contributos e os desafios na implementação de VBHC. O guião foi criado pelo investigador e foi sendo atualizado por diversas vezes ao longo das entrevistas, incluindo questões que os entrevistados consideravam pertinentes. A recolha de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais remotas, de aproximadamente 40 minutos de duração, permitindo ao investigador aprofundar as percepções e experiências dos participantes.

3.3. Seleção dos participantes

A revisão da literatura sobre conceptualização e implementação de VBHC foi fundamental na identificação dos vários participantes desta investigação. Foi selecionada uma amostra representativa de 15 *stakeholders* de VBHC, com o objetivo de obter uma variedade de perspetivas relevantes para a investigação. Os *stakeholders* selecionados incluíram associação representativa de utentes, prestadores de serviços de saúde público e privado, comunitário e hospitalar, fornecedores de dispositivos médicos e de produtos farmacêuticos, pagador público e privado, investigador, consórcio e consultor. Os primeiros entrevistados a serem convidados foram contactos diretos (amostragem por conveniência), de individualidades com interesse na área da investigação. Posteriormente, outros participantes foram recrutados por amostragem bola de neve (*snowball sampling*) (Goodman 1961). Estas metodologias de amostragem intencional garantiram a seleção de participantes especialmente conhecedores, diretamente envolvidos ou interessados em VBHC e asseguraram a inclusão de indivíduos com um elevado nível de conhecimento e *expertise*, proporcionando uma perspetiva valiosa sobre o envolvimento dos diferentes *stakeholders* de VBHC em Portugal.

3.4. Processo de recrutamento e confidencialidade

Foi enviado um convite por e-mail aos potenciais entrevistados, que incluiu uma carta de convite formal juntamente com um formulário de consentimento informado, de acordo com os regulamentos gerais de proteção de dados da UE (Magdziarczyk 2019). No caso do primeiro e-mail convite não ter resposta, dois e-mails de lembrete foram enviados com intervalos de 2 semanas. Os participantes que concordaram em participar, agendaram a entrevista com o investigador, que foram realizadas através da plataforma Microsoft Teams®, tendo sido gravadas após consentimento do participante, e posteriormente transcritas com auxílio do software Cockatoo® e curadoria por parte do investigador. Para manter a confidencialidade dos entrevistados, as entrevistas foram anonimizadas através de um código numérico como definido

na **Tabela IV** (em anexo), que foi utilizado na apresentação dos resultados. O número de entrevistados foi determinado com base na saturação de dados, ou seja, o ponto em que nenhum novo código emerge dos dados após uma nova entrevista (Ando et al. 2014; Hennink et al. 2022). No ponto de saturação de dados, o processo de bola de neve foi encerrado e apenas as entrevistas já agendadas foram concluídas.

3.5. Processamento e codificação das entrevistas

As transcrições das entrevistas foram importadas para o software Atlas.ti® para codificação e análise. Foi utilizada a codificação *in vivo* para minimizar viés de interpretação (Linneberg et al. 2019). A codificação dos dados para análise temática consiste em identificar fragmentos de texto pelo seu significado e rotular os mesmos através de um código, (que representa a hierarquia de 3º nível) (Braun et al. 2006; Sutton et al. 2015). Este método permite analisar dados qualitativos, envolve a leitura das entrevistas e a procura de padrões para identificar temas. Nesta análise utilizou-se a análise indutiva, guiada pelos dados, sem tentar encaixar num modelo de codificação preexistente ou preconceitos analíticos do investigador. Os códigos gerados pela análise inicial das entrevistas foram depois agrupados com base na relação ou conexão entre códigos, o que gera conceitos de alto nível, os subtemas (que representam a hierarquia de 2º nível). Grupos de subtemas foram depois relacionados entre si em grupos maiores para criar temas (que representam a hierarquia de 1º nível). Os dados foram explorados de modo a cada tema dar resposta a um objetivo de investigação.

Para reduzir o risco de viés de interpretação, a primeira entrevista foi codificada individualmente pelo investigador e por um perito em VBHC e as divergências quanto à codificação foram discutidas para verificar a credibilidade da codificação (Sutton et al. 2015). O processo de codificação permaneceu ativo durante toda a análise, ou seja, a modificação ativa dos códigos, subtemas e os temas continuam até que um conjunto final de conexões fosse claramente estabelecido.

4. ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

Resultante de uma seleção criteriosa na seguinte tabela, são apresentados de 1 a 4, os temas valorizados como mais preponderantes na resposta à questão de investigação. Os restantes temas de 5 a 8, foram também alvo de análise (em anexo), com o objetivo de rentabilizar a oportunidade de colheita de dados para posterior desenvolvimento académico.

Tabela 1 - Quantificação dos códigos gerados por tema

Tema	Códigos gerados
1 - Definição de Valor	61
2 - Alinhamento <i>multi-stakeholder</i> na co-criação de valor	54
3 - VBHC enquanto vantagem competitiva	66
4 - Futuro do VBHC enquanto modelo estratégico	57
5 - Criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente	75
6 - Equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde	78
7 - Contributos na implementação de projetos de VBHC	76
8 - Desafios na implementação de projetos de VBHC	138

A estratificação dos códigos gerados por tema e *stakeholder* é apresentada na **Tabela V** (em anexo), o que pressupõe que cada um terá os seus focos de interesse específicos. Segue-se uma análise exaustiva dos temas de investigação através uma análise gradativa dos respetivos subtemas, de forma crescente em função da sua prevalência.

4.1. Definição de valor

No contexto VBHC, a definição de valor é fundamental para direcionar as ações e estratégias que pretendem melhorar a prestação de cuidados de saúde. Gonçalves (2020) refere que VBHC e a atividade de co-criação em particular, criam um ambiente de saúde de qualidade baseado em valor. Compreende-se que a definição de valor ultrapassa a perspetiva económica e envolve uma série de fatores relacionados aos benefícios percebidos pelos doentes, eficiência e melhoria dos resultados em saúde. A proposta de definição de valor para os *stakeholders*, enfatiza a importância da perspetiva do doente, dos profissionais de saúde e do sistema como um todo.

4.1.1. Cuidados de saúde centrados no doente

Cossio-Gil et al. (2022) referem que é necessário colocar os resultados dos doentes no centro do processo de cuidados de saúde.

Tabela 2 - Citações: Cuidados de saúde centrados no doente

Pagador 1.11.18 <i>“Colocar o paciente como o decisor principal daquilo que é o valor.”</i>
Fornecedor 1.5.1 <i>“Eu diria que o valor só acontece quando existe um foco no doente e não na doença.”</i>
Pagador 1.12.14 <i>“...dar uma melhor experiência a um cliente.”</i>
Utentes 1.1.9 <i>“Valor para qualquer doente que tem uma doença crónica é fazer exatamente o que faz a outra pessoa sem doença, da mesma forma.”</i>
Fornecedor 1.9.4 <i>“O valor na área da saúde poderá ser o doente pode retomar uma vida normal, se pode ter um desempenho económico, se fica menos dependente de cuidados...”</i>

A definição de valor coloca o doente no centro dos cuidados de saúde e deve reconhecer a importância dos cuidados centrados no doente, dando foco à personalização dos cuidados e às preferências individuais dos doentes. Os *stakeholders* definem que valor é oferecer soluções que atendam às necessidades específicas dos doentes, respeitando as suas escolhas, envolvendo-os na tomada de decisão relacionadas com os seus cuidados de saúde e disponibilizando-lhes opções de tratamento que estejam alinhadas com as suas preferências. A perceção de valor ocorre quando o doente se sente no controlo do seu cuidado, através de estabilidade na sua condição de saúde e alcance dos resultados desejados. A definição de valor também considera os benefícios acessórios, como a melhoria da qualidade de vida e a redução dos impactos negativos da doença no dia a dia do doente.

4.1.2. Melhoria dos resultados em saúde

Porter et al. (2006) concluem que se os resultados que importam para os doentes não forem melhorados, o valor resultante é baixo.

Tabela 3 - Citações: Melhoria dos resultados em saúde

Fornecedor 1.5.3 <i>“Valor acontece quando os outcomes clínicos estão dentro do que é esperado.”</i>
Prestador 1.11.4 <i>“O procedimento mais correto e que permita ao cliente que os colaterais decorrentes do procedimento sejam os mínimos possíveis para que a sua vida continue a decorrer da melhor forma possível.”</i>
Consórcio 1.14.1 <i>“É o que resulta da conjugação de custos e resultados para o doente.”</i>

A melhoria dos resultados em saúde, é outro aspeto fundamental para a definição de valor no contexto de VBHC e que foi evidenciado pelos participantes, o que inclui a obtenção de

outcomes clínicos positivos, como redução da mortalidade, melhoria da qualidade de vida, diminuição das complicações e gestão eficaz de condições crónicas. O valor é alcançado quando o tratamento ou intervenção produz resultados desejados e valorizados pelos doentes.

4.1.3. Maximização do custo-efetividade

Porter et al. (2006) definem valor nos cuidados de saúde como os resultados que importam para os doentes divididos pelo custo para alcançar esses resultados.

Tabela 4 - Citações: Maximização do custo-efetividade

Investigador 1.13.3 <i>“Seguindo a definição do Porter, melhor outcome possível por Euro gasto.”</i>
Prestador 1.3.3 <i>“Passamos a dizer que estamos a criar valor, se criamos uma integração vertical correta, para alinhar todos os stakeholders necessários para, pela linha de patologia, nós produzirmos uma coisa essencial, que são melhores resultados que interessam aos doentes, ao custo adequado.”</i>
Prestador 1.2.2 <i>“Melhores resultados ao menor custo possível.”</i>
Prestador 1.4.1 <i>“É o diferencial, no fundo, entre o custo de produção, o determinado benefício ao produto e o benefício que causa ao utilizador final.”</i>

A definição de valor também está relacionada com a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Isso implica otimizar a alocação de recursos, evitando desperdícios e garantindo que sejam direcionados para os aspetos mais relevantes do cuidado. A integração adequada dos diferentes níveis de cuidados e a coordenação entre os diversos profissionais envolvidos podem contribuir para a maximização do valor.

Os *stakeholders* de uma forma geral destacam que o custo deve ser o adequado, cujo objetivo não é simplesmente encontrar o menor custo, mas sim um custo que esteja alinhado com a obtenção dos resultados mais satisfatórios.

4.1.4. Integração das diferentes perspetivas dos diferentes *stakeholders*

Em linha com a gestão de equilíbrio e de alinhamento dos diferentes interesses, Costa (2018) conclui que valor é criado quando há um equilíbrio entre as necessidades e expectativas dos doentes, a satisfação e motivação dos profissionais de saúde, a sustentabilidade financeira do sistema de saúde e benefícios para a sociedade no geral.

Tabela 5 - Citações: Integração das diferentes perspetivas dos diferentes *stakeholders*

Prestador 1.3.2 <i>“Expressão de valor vem da cadeia de valor, não vem da expressão de valor monetizado.”</i>
Prestador 1.3.9 <i>“Todas as pessoas têm uma grande tendência de adaptarem o conceito de valor àquilo que é o seu próprio interesse profissional e pessoal.”</i>
Fornecedor 1.9.5 <i>“Há várias definições de valor [...] ...tem de haver um modelo de convergência.”</i>
Pagador 1.11.2 <i>“O valor deve ser visto na perspetiva dos vários stakeholders que existem. O valor a ser criado, seja valor empresarial, seja valor nesta perspetiva da área da saúde, tem sempre vários prismas.”</i>
Fornecedor 1.6.1 <i>“Valor deriva da equação dos resultados de saúde contra o custo desses mesmos resultados. Os benefícios do sistema de cuidados com base de valor devem-se ampliar para doentes, fornecedores, pagadores, prestadores e as sociedades em geral.”</i>

A definição de valor é complexa e multidimensional e varia de acordo com a perspetiva dos diferentes stakeholders. A existência de várias definições de valor destaca a necessidade de uma convergência na sua definição, sendo considerado que esta deverá ter em conta as perspetivas dos diferentes *stakeholders*, alicerçada num modelo de franca convergência de toda a cadeia de valor da indústria da saúde em Portugal.

4.2. Alinhamento *multi-stakeholder* na co-criação de valor

A implementação de VBHC com a devida co-criação de valor exige um forte alinhamento entre todos os *stakeholders* do sistema de saúde, pois como referem Porter et al. (2013) na criação de valor todos os *stakeholders* no sistema de saúde têm um papel a desempenhar e todos beneficiarão ao desempenhá-lo. Dada a evidente heterogeneidade dos diferentes *stakeholders*, este alinhamento oferece vários desafios, sendo necessário que todos estejam comprometidos com os mesmos objetivos, dispostos a negociar e fazer compromissos, comuniquem e colaborem e ainda que utilizem métricas, sistemas de monitorização e de avaliação eficazes.

4.2.1. Estabelecimento de propósito comum e de confiança

Porter et al. (2010) referem que melhorar o desempenho e a prestação de contas depende de ter um objetivo compartilhado que una os interesses e as atividades de todas as partes interessadas.

Tabela 6 - Citações: Estabelecimento de propósito comum e de confiança

Prestador 2.3.62 <i>“Considero que um propósito comum, um alinhamento de confiança, consciência partilhada e capacidade de visão de sustentabilidade conjunto no equilíbrio do ecossistema da saúde poderá proporcionar um dos elementos de maior envolvimento de todos os stakeholders, além de uma quebra do volume de negócio se centrar em produção pela quantidade e não valor criado para o doente.”</i>
Consórcio 2.12.1 <i>“Acho que há um pressuposto básico para conseguirmos implementar uma qualquer estratégia de VBHC, que é teres um alinhamento perfeito entre stakeholders.”</i>
Consultor 2.15.32 <i>“A maneira como nós definimos o valor e a maneira como nós medimos o valor, com pequenas nuances, podemos conseguir resultados muito diferentes. E isso cria um grande problema de confiança entre as partes.”</i>
Pagador 2.11.44 <i>“Diria que ainda vai ser um desafio muito grande dar esse passo, que é sobretudo também um passo de confiança entre os agentes da área da saúde. É um passo que obriga a muita confiança entre os vários agentes.”</i>

É definido que o estabelecimento de um propósito compartilhado e de confiança, o alinhamento de interesses, a conscientização coletiva e a visão de sustentabilidade no ecossistema da saúde pode envolver todos os *stakeholders* de forma significativa. É citado ainda que a implementação bem-sucedida de VBHC e um alinhamento perfeito entre os *stakeholders* para alcançar resultados orientados pelo valor, ao invés da produção quantitativa é considerado um pressuposto básico. Contudo é necessário estabelecer uma base de confiança sólida para superar os desafios na medição de valor e interpretação de resultados. O sucesso de VBHC e da co-criação de valor dependerá da colaboração efetiva entre os diferentes *stakeholders*.

4.2.2. Disponibilidade de negociação e de partilha de risco

Gonçalves (2020) defende que para haver disponibilidade de negociação os *stakeholders* precisam de a ver como um investimento.

Tabela 7 - Citações: Disponibilidade de negociação e de partilha de risco

Prestador 2.2.51 <i>“Deve existir negociação e compromisso.”</i>
Fornecedor 2.9.42 <i>“É preciso haver uma boa plataforma de dados e uma boa intermediação, nós não temos que concordar em tudo. Desde que concordemos com o fim final e os momentos e as formas de recolha de dados que me permitam documentar esse valor, eu à partida não posso questionar isso.”</i>
Prestador 2.3.52 <i>“Esta estratégia de maior risco partilhado tem que estar envolvida no nosso ecossistema e só assim é que nós conseguimos caminhar em conjunto com uma melhor capacidade de afetação dos resultados.”</i>

A implementação de VBHC e de co-criação de valor requer que todos os *stakeholders* estejam dispostos a negociar e a fazer compromissos. Nesse sentido devem estar disponíveis todos os dados necessários e deve ser assegurada uma intermediação eficaz, pois estes são elementos facilitadores do processo de negociação. O foco deve estar no acordo em relação ao objetivo

final e na documentação do valor entregue. Finalmente a estratégia de partilha de risco requer objetivos comuns e obriga a trabalho em conjunto entre os vários *stakeholders*, havendo assim maior alinhamento e maior capacidade de afetar resultados positivos.

4.2.3. Comunicação eficaz e ímpeto colaborativo

Gonçalves (2020) entende que a cadeia de valor da saúde pode ser desenvolvida em direção ao objetivo de parcerias através de diálogo e atitudes concertadas dos *stakeholders*.

Tabela 8 - Citações: Comunicação eficaz e ímpeto colaborativo

Prestador 2.2.52 " <i>Envolver todos os stakeholders desde o início e garantir a comunicação clara e eficaz em todas as fases do projeto.</i> "
Fornecedor 2.5.19 " <i>Melhorar a comunicação dos diferentes stakeholders que interagem na gestão do doente.</i> "
Utentes 2.1.31 " <i>Nós devíamos ter mais sensibilidade para replicar o que os outros fazem bem.</i> "

Na prossecução da adequada implementação de VBHC é essencial existir uma comunicação clara e eficaz entre todos os *stakeholders* envolvidos e em todas as etapas do projeto. Outro aspeto crítico citado remete para o ímpeto colaborativo de aprender com o que outros fazem bem, demonstrando maior sensibilidade para replicar as práticas bem-sucedidas.

4.2.4. Medição e avaliação de valor em toda a cadeia de valor

Para Cossio-Gil et al. (2022) os resultados que são necessários para determinar o valor, devem ser medidos de forma padronizada para se tornar uma base sólida de comparação.

Tabela 9 - Citações: Medição e avaliação de valor em toda a cadeia de valor

Prestador 2.4.37 " <i>VBHC pressupõe o pagamento por geração de valor, o modo de alinhar os parceiros poderá ser feito com base na medição do aporte de valor por cada um deles (ver qual o nível mais eficiente para a produção do mesmo valor) e garantir que o modelo/fluxo de financiamento segue essa alocação de valor.</i> "
Fornecedor 2.8.8 " <i>Acho que é importante perceber o que é que se quer medir e se que aquilo que se quer medir e a interpretação de quem vai registar é a mesma.</i> "
Fornecedor 2.7.1 " <i>Convencer o Clínico a medir. O Clínico é o grande busílis da questão, é onde nós temos que apostar e perceber que é um processo que vai garantir a eficácia daquilo que ele usa.</i> "

Com vista o alinhamento na implementação de VBHC, é considerado fundamental medir e avaliar o valor gerado por cada *stakeholder*, identificando o nível mais eficiente para a produção do mesmo. Defendem que o modelo de financiamento deve seguir essa alocação de valor. Em conclusão, além da necessidade imperativa de se medir valor nos cuidados de saúde, será crucial

compreender o que será medido e garantir que a interpretação dos resultados seja uniforme entre os envolvidos na medição, garantindo precisão e evitando ambiguidades.

4.3. VBHC enquanto vantagem competitiva

VBHC tem como objetivo a criação de valor através da cadeia de valor da indústria da saúde, com foco na satisfação do doente e nos seus *outcomes* em saúde, pelo melhor custo. A sua implementação permitirá que as organizações se destaquem e ofereçam valor significativo aos doentes, melhorando também o valor para os restantes *stakeholders* envolvidos nos processos de cuidados, como consideram Porter et al. (2006) em que a concorrência na indústria da saúde se deve transformar numa competição baseada em valor e resultados.

4.3.1. Vantagem competitiva por diferenciação

Porter et al. (2006) defendem que a única forma de o valor aumentar rápida e amplamente nos cuidados de saúde é através da concorrência baseada em resultados.

Tabela 10 - Citações: Vantagem competitiva por diferenciação

Pagador 3.12.28 + 3.12.30 <i>“Acho que a diferenciação se faz, ou a vantagem competitiva se adquire pela diferenciação da experiência que se pode proporcionar a um doente.”</i>
Consórcio 3.14.27 <i>“A indústria farmacêutica e dos dispositivos médicos, digamos, incorporem no seu modelo de negócio o VBHC, e poderá tirar, no meu entender, partido disto, porque isto é uma forma de diferenciar.”</i>
Investigador 3.13.22 <i>“Acho que é uma vantagem competitiva. Pode ser um fator de diferenciação, mas ainda é difícil de encontrar projetos em Portugal cuja metodologia de VBHC está implementada de A a Z.”</i>
Consultor 3.15.23 <i>“Nós estamos obrigatoriamente a gerar informação que a nossa concorrência pode não ter gerado e isso obviamente vai ter um efeito positivo nos stakeholders que nos interessa impactar.”</i>

Na indústria da saúde em Portugal assiste-se a uma competição intensa pela implementação de estratégias por diferenciação para se alcançar vantagem competitiva. Os *stakeholders* da cadeia de valor da indústria da saúde em Portugal acreditam que a abordagem de VBHC poderá garantir vantagem competitiva por diferenciação. Esta vantagem competitiva por diferenciação poderá ser alcançada pela centralidade no doente e pela geração de valor que o modelo em si mesmo pressupõe. Poderão ainda alcançar vantagem competitiva por diferenciação face ao seu concorrente médio ou típico pela capacidade de medir, monitorizar, avaliar e comparar os dados

sobre os resultados em saúde, proporcionando uma maior eficiência e qualidade dos processos. Entendem ainda os *stakeholders* que esta geração de informação valiosa e comprovada sobre os resultados em saúde é altamente diferenciadora face a concorrentes com menor índice de efetividade e sem evidências concretas e validadas de eficiência.

4.3.2. Vantagem competitiva por evidência dos resultados

Porter et al. (2006) consideram que se a concorrência em termos de resultados impulsionasse a procura de valor dos cuidados de saúde para os doentes, os ganhos seriam enormes.

Tabela 11 - Citações: Vantagem competitiva por evidência dos resultados

Prestador 3.3.26 <i>"O facto de conseguir ter uma visão real e uma evidência real dos resultados, adequado aos seus custos, vai certamente dar uma vantagem competitiva para aqueles que só têm percepções em saúde."</i>
Fornecedor 3.5.28 <i>"As empresas que conseguirem trazer ao Sistema Nacional de Saúde esta possibilidade de medir e de gerir a qualidade dos seus dados, das escolhas terapêuticas que utilizam para os seus doentes, sem dúvida serão empresas que terão vantagem competitiva no futuro."</i>
Prestador 3.2.37 <i>"Pode ser visto como uma vantagem competitiva a integração num projeto destes, pois permite que a organização se destaque pela sua oferta de serviços, centrados no doente, com foco nos resultados, na qualidade, em vez de se centrar apenas nos processos e nas atividades que está a produzir."</i>
Prestador 3.3.39 <i>"Hoje em dia a única coisa que nós temos é uma mera percepção dos nossos resultados e não uma evidência absoluta daquilo que é o nosso posicionamento estratégico, por isso, necessariamente vai permitir uma vantagem competitiva muito significativa pela evidência daquilo que está a produzir."</i>

As empresas que adotarem VBHC poderão solidificar o seu posicionamento, garantindo vantagem competitiva baseada nas evidências dos resultados alcançados. Todos os que conseguirem posicionar-se pela evidência de resultados, alcançarão vantagem competitiva neste mercado. Ao adotar essa abordagem de VBHC, os *stakeholders* obtêm uma visão real, concreta e absoluta dos resultados alcançados para o doente, o que lhes permite comprovar a eficácia terapêutica, assegurar a eficiência dos recursos e destacar-se da concorrência que assume modelos estratégicos empíricos, percecionados e menos factuais.

4.3.3. Vantagem competitiva por persecução de melhoria contínua

Para Porter et al. (2006) VBHC gera poupanças de recursos e oportunidades de aprendizagem sistematicamente reinvestidas em novos ciclos de cuidados, contribuindo para a criação sustentada de valor.

Tabela 12 - Citações: Vantagem competitiva por persecução de melhoria contínua

Prestador 3.3.37 <i>"Fundamentalmente, primeiro, porque é mais fácil começar a mudar e a conseguir alavancar estas oportunidades no sentido de situações que não estejam tão bem, que consigam sofrer essas progressões positivas. E, segundo, para que esta evolução seja feita de uma forma com tempo e com progressão."</i>
Fornecedor 3.6.8 <i>"Temos conseguido demonstrar [...] que [VBHC] é algo que podemos fazer, em que podemos experimentar, entender e criar novos tipos de colaboração."</i>
Prestador 3.4.18 <i>"Eu acredito verdadeiramente na importância dos dados e de monitorizarmos o resultado das nossas intervenções até para melhorarmos os processos e percebermos se aquilo que estamos a fazer está a ter efetividade ou não."</i>

Os *stakeholders* enfatizam que VBHC poderá garantir vantagem competitiva ao promover oportunidades de melhoria em áreas que não estejam adequadamente desenvolvidas. Consideram que através desta progressão positiva, será mais fácil alcançar melhorias significativas em termos de eficiência, qualidade e resultados clínicos. Referem que VBHC configura uma cultura de partilha e colaboração entre *stakeholders* na persecução de melhoria contínua, o que poderá garantir vantagem competitiva decorrente da possibilidade de aprendizagem contínua. Defendem ainda que através da capacidade de avaliação do impacto das suas decisões, poderão perceber a efetividade das mesmas, permitindo assim que se destaquem da concorrência pela promoção da qualidade e inovação.

4.3.4. Vantagem competitiva por transparência

Gonçalves (2020) refere que a ênfase em medir *outcomes* e custos, permite processos de melhoria, de auditoria e uma cultura de transparência e os *stakeholders* auscultados consideram que esta transparência decorrente do VBHC promove vantagem competitiva.

Tabela 13 - Citações: Vantagem competitiva por transparência

Utentes 3.1.26 <i>"Através do VBHC temos que aprender a mostrar aos outros o que é que fizemos bem, o que é que correu bem, que indicadores foram atingidos, qual foi o ganho que nós obtivemos, qual foi o resultado."</i>
Pagador 3.10.24 <i>"As nossas organizações de saúde não têm grande incentivo à competição. [...] Portanto, é difícil de introduzir essa questão da competição."</i>
Prestador 3.3.38 <i>"Uma forma diferente de olhar para o mercado em saúde e para as suas relações de stakeholders, com uma forma muito mais transparente."</i>
Prestador 3.4.20 <i>[A vantagem é] "termos indicadores de resultado para podermos aferir os processos."</i>

A comparabilidade das taxas de sucesso tornar-se-á um fator diferenciador para os doentes tomarem a melhor opção. A transparência possibilitará a introdução de incentivos por melhorias

contínuas e serviços de qualidade para superar a resistência à competição na indústria da saúde. Esta transparência promoverá ainda parcerias sólidas e sustentáveis, o que representará em si mesmo uma importante vantagem competitiva sustentável. Estes aspetos combinados destacarão os *stakeholders* líderes na entrega de serviços de qualidade e de resultados efetivos, proporcionando-lhes assim vantagem competitiva na indústria da saúde em Portugal.

4.3.5. Vantagem competitiva por acesso a recursos e financiamento

Leusder et al. (2022) referem que a compreensão dos custos, ao nível do doente, permite aos hospitais negociar preços adequados com os subsistemas.

Tabela 14 - Citações: Vantagem competitiva por acesso a recursos e financiamento

Prestador 3.4.25 <i>"O VBHC pode ser importante para o setor da farmácia conseguir atrair financiamento do Serviço Nacional de Saúde e por parte das próprias pessoas e dos operadores de saúde, se mostrar mais eficiente do que outras instituições e profissionais de saúde que fazem o mesmo serviço."</i>
Pagador 3.10.27 <i>"As instituições competem por ter mais financiamento. Neste sentido, conseguem ter alguma diferenciação, por exemplo, nas especialidades que têm efetivamente projetos VBHC implementados."</i>
Prestador 3.4.24 <i>"Instituições de saúde e profissionais de saúde estarão a competir para os mesmos recursos, que são finitos."</i>

Implementar projetos de VBHC poder-se-á tornar promotor de distinção. A distribuição de financiamento baseada em métricas de valor promoverá a interpretação dos resultados pretendidos, tornando a alocação dos recursos de uma forma mais justa e eficiente. A adoção de VBHC configurará vantagem competitiva por aumentar a possibilidade de obtenção de financiamento e por garantir uma alocação mais estratégica e orientada por resultados.

4.3.6. Vantagem competitiva por competitividade e reputação

Porter et al. (2006) referem que os fornecedores têm de ser comparados em termos de resultados, que têm de competir melhorando os resultados dos doentes.

Tabela 15 - Citações: Vantagem competitiva por competitividade e reputação

Pagador 3.7.18 <i>"A indústria de dispositivos médicos tem de entrar na competição em função da eficácia."</i>
Consórcio 3.14.22 <i>"O simples facto de um determinado hospital ou um determinado serviço de um hospital estar envolvido num projeto de VBHC, isso em si eu vejo que já é credibilizador."</i>
Fornecedor 3.6.7 <i>"Há o aspeto reputacional que é relevante."</i>
Prestador 3.4.23 <i>"Se nós conseguimos fazer de forma mais eficiente, vamos ter uma vantagem competitiva."</i>

A competitividade impulsionada por VBHC deverá assentar na eficácia e na eficiência dos serviços disponibilizados pelos *stakeholders*. Estes serão fatores-chave na diferenciação e atração de mais clientes. Além disso, o envolvimento em projetos de VBHC gerará *per si* vantagem competitiva pois a credibilidade e a reputação desempenham um papel significativo nas decisões dos doentes e dos restantes *stakeholders*.

4.4. Futuro de VBHC enquanto modelo estratégico

Porter et al. (2013) consideram que não há dúvidas sobre como aumentar o valor dos cuidados e que a questão será saber quais as organizações que irão liderar o caminho [de VBHC]. Os *stakeholders* consideram que o futuro de VBHC como modelo estratégico é positivo e otimista. A sua implementação é percebida como inevitável, sendo capaz de impulsionar as mudanças necessárias, tornando o sistema de saúde mais centrado nas necessidades da população e mais eficientes. Alguns *stakeholders* antecipam que a sua implementação pode evoluir ou assumir variações no futuro. Configura-se unânime que a implementação bem-sucedida de VBHC dependerá da capacidade do estabelecimento de parcerias de valor entre os *stakeholders*.

4.4.1. Mudança de paradigma inevitável

Para Gonçalves (2020) dada a necessária mudança de paradigma estratégico, VBHC é a solução.

Tabela 16 - Citações: Mudança de paradigma inevitável

Pagador 4.12.36 <i>"Para mim é claramente uma tendência inevitável."</i>
Fornecedor 4.6.15 <i>"Acho que é uma tendência bem-estabelecida e vai efetivamente acontecer. O sistema irá mover-se nessa direção progressivamente."</i>
Consórcio 4.14.22 <i>"Os hospitais públicos de referência estão atentos e os principais grupos privados de saúde já estão envolvidos pois perceberam que este é um caminho e querem estar neste comboio."</i>
Pagador 4.10.29 <i>"O VBHC está aí, é inegável, não dá para voltar para trás. Daqui só para andar para frente."</i>
Fornecedor 4.9.43 <i>"A questão da digitalização vai ajudar muito."</i>
Consultor 4.15.28 <i>"Se calhar vai estar a começar a dar. Porque só agora é que estamos verdadeiramente a entrar na era da super-informação, rápida informação, informação para todos, informação automática."</i>

Os *stakeholders* defendem que VBHC é percebido como uma mudança de paradigma inevitável no setor de saúde, assumindo-se como uma tendência bem-estabelecida e que pode ser acelerada pelo desenvolvimento digital e de disponibilidade de informação.

4.4.2. Modelo transformador do sistema de saúde

De acordo com Cossio-Gil et al. (2022), VBHC reivindica reformar e reconstruir os sistemas de saúde colocando os resultados dos doentes no centro do processo de cuidados de saúde.

Tabela 17 - Citações: Modelo transformador do sistema de saúde

Prestador 4.3.59 <i>"Se nós conseguirmos a aplicabilidade do modelo, todo o sistema de saúde vai mudar necessariamente e por isso aquilo que eu perspetivo no futuro é uma efetividade na sua implementação prática."</i>
Consórcio 4.14.19 <i>"O que procuramos fazer neste projeto é provar que isto funciona, fazer uma prova de conceito e à medida que isto se prova tentar ir ganhando adeptos que se vão juntando."</i>
Investigador 4.13.25 <i>"Vejo o VBHC como uma contribuição para o redesenho dos serviços de saúde, que vá mais em conta as necessidades da população e ao mesmo tempo que promova o uso eficiente dos recursos da saúde."</i>

Os *stakeholders* percebem VBHC como um modelo capaz para impulsionar as mudanças que o sistema de saúde necessita, garantindo que os serviços de saúde se tornem mais orientados às necessidades da população e que, simultaneamente, promovam uma maior eficiência.

4.4.3. Processo integrador, gradual e evolutivo

Katz (2020) antecipa que nos próximos anos, surgirá um número crescente de colaborações entre as empresas da indústria da saúde e que estes novos tipos de parcerias provavelmente se concentrarão no acesso e processamento de dados de resultados da vida real com o objetivo de compartilhar a responsabilidade sobre os resultados dos doentes.

Tabela 18 - Citações: Processo integrador, gradual e evolutivo

Fornecedor 4.6.41 <i>"É um passo que obriga a muita confiança entre os vários agentes, portanto é um passo de confiança e sem essa confiança é sempre mais difícil fazer este passo porque nós passamos a estar todos mais dependentes daquilo que cada um partilha e daquilo que cada um faz.."</i>
Fornecedor 4.8.36 <i>"Acho que temos de ser mais criativos para demonstrar nos diversos níveis de stakeholders que nós temos, que as parcerias com a indústria farmacêutica são parcerias de valor."</i>
Consórcio 4.14.31 <i>"É claro que este caminho vai se instalar. Pode, entretanto, evoluir e ser algo ligeiramente diferente, mas diria que o futuro nos vai quase que obrigar a que o VBHC seja a abordagem."</i>
Pagador 4.10.30 <i>"Temos que avançar para aí, não sei se como uma estratégia dirigida para o VBHC ou se incorporando o VBHC nas estratégias já existentes."</i>

Os *stakeholders* concordam que a colaboração numa base sólida de confiança e o estabelecimento de parcerias de valor entre si, será essencial para uma implementação de sucesso de VBHC. Alguns *stakeholders* antecipam ainda que a implementação de VBHC apesar de inevitável, poderá evoluir ou assumir variações no futuro.

5. CONCLUSÕES

A seguinte tabela resume os subtemas identificados com maior prevalência na análise de dados.

Tabela 19 - Resumo dos subtemas mais prevalentes

1. Definição de valor	2. Alinhamento <i>multi-stakeholder</i> na co-criação de valor	3. VBHC enquanto estratégia competitiva	4. Futuro de VBHC enquanto modelo estratégico
• Cuidados de saúde centrados no doente • Melhoria dos resultados em saúde • Maximização do custo-efetividade • Integração das diferentes perspectivas dos <i>stakeholders</i> da cadeia de valor	• Estabelecimento de propósito comum e de confiança • Disponibilidade de negociação e de partilha de risco • Comunicação eficaz e ímpeto colaborativo • Medição e avaliação de valor em toda a cadeia de valor	• Vantagem competitiva por diferenciação • Vantagem competitiva por evidência dos resultados • Vantagem competitiva por persecução de melhoria contínua • Vantagem competitiva por transparência • Vantagem competitiva por acesso facilitado a recursos e financiamento • Vantagem competitiva pela credibilidade e reputação	• Mudança de paradigma inevitável • Modelo transformador do sistema de saúde • Processo integrador, gradual e evolutivo

São conclusões desta investigação:

- O conceito de valor no contexto de cuidados de saúde pode ser visto como o equilíbrio entre os benefícios proporcionados aos doentes e a eficiência dos recursos utilizados para tal, considerando as preferências e necessidades individuais dos doentes, assim como os resultados em saúde que se desejam alcançar. Valor pode ser considerado uma métrica que não se esgota na sua expressão monetária e que inclui benefícios tangíveis e intangíveis para os diferentes *stakeholders*, com um foco que se perspectiva que seja no doente e não apenas na doença.
- VBHC é um modelo de prestação de cuidados de saúde que tem o potencial de melhorar os resultados para os doentes e simultaneamente adequa os respetivos custos assistenciais. No entanto, VBHC exige um forte alinhamento entre todos os *stakeholders* do sistema de saúde. Para alcançar este objetivo, é necessário que todos os *stakeholders* estejam comprometidos com os mesmos objetivos, estejam dispostos a negociar e fazer compromissos, comuniquem, colaborem eficazmente e utilizem métricas, sistemas de monitorização e de avaliação eficazes.

- A implementação de projetos de VBHC traz consigo uma série de vantagens competitivas, permitindo a diferenciação das organizações de saúde, fornecendo evidências sólidas dos resultados alcançados e promovendo transparência e acesso a recursos e financiamento. Além disso, VBHC impulsiona a melhoria contínua, fortalece a reputação das organizações e a sua competitividade. Estas vantagens, baseadas em eficiência, qualidade e resultados clínicos, permitem que as organizações se destaquem no mercado, oferecendo serviços de qualidade e obtendo melhores resultados para os doentes.
- A percepção dos *stakeholders* auscultados sobre o futuro de VBHC como modelo estratégico é globalmente positiva e otimista. A implementação de VBHC é percebido como inevitável, capaz de impulsionar as mudanças necessárias, tornando o sistema de saúde mais centrado nas necessidades da população e mais eficiente na gestão dos seus recursos. Alguns *stakeholders* antecipam que a sua implementação pode evoluir ou assumir variações no futuro. Configura-se unânime que a implementação bem-sucedida de VBHC dependerá da capacidade de colaboração e do estabelecimento de parcerias de valor entre os diferentes *stakeholders*.

5.1. Resposta à questão de investigação

A implementação de VBHC enfrenta desafios que vão desde a falta de compreensão do conceito de valor, ao desalinhamento na cadeia de valor, à resistência face à mudança e também em áreas como o financiamento, interoperabilidade, comunicação e medição de resultados. Para superar estes desafios, entende-se como necessário um esforço conjunto e colaborativo de todos os *stakeholders* envolvidos, de forma a que se crie uma visão abrangente de valor e um alinhamento *multi-stakeholder* efetivo na co-criação de valor. Entendem os *stakeholders* que VBHC poderá conferir vantagem competitiva ao permitir uma visão real e evidências concretas dos resultados em saúde, em oposição a percepções subjetivas. Portanto, a implementação de VBHC ao focar-se em resultados mensuráveis, poderá representar vantagem competitiva

sustentável. Antecipam ainda que a adoção de VBHC enquanto modelo estratégico será inevitável no futuro, dado o seu potencial para impulsionar as mudanças necessárias nos sistemas de saúde.

5.2. Pontos fortes e limitações de investigação

A compreensão abrangente do modelo estratégico de VBHC, o envolvimento e alinhamento dos respetivos *stakeholders*, a diversidade e especificidade de perspetivas sobre os temas, a discussão de desafios relevantes, o foco em estratégia competitiva e a visão de futuro desta análise, configuram-se como pontos fortes desta investigação. Considera-se, no entanto, como limitação de investigação, a adoção de estudo exploratório pela falta de informação relacionada com o tema e o possível viés de seleção de *stakeholders*.

5.3. Propostas para investigação futura

Como descrito na **Tabela 1**, dada a forte correlação com o tema de investigação, serão objeto de desenvolvimento académico futuro, pelo investigador, os temas complementares de perceção *multi-stakeholder* de criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente, de equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde, dos contributos dos *stakeholders* na implementação de VBHC e dos desafios identificados na implementação deste modelo estratégico.

O défice marcado de medição de valor, de resultados e de custos, foi transversalmente valorizado pelos *stakeholders* auscultados. Apresenta-se como limitador dos cuidados de saúde baseados em valor e do desenvolvimento de toda a cadeia de valor da saúde. Dada a especificidade desta investigação, este tema não foi devidamente desenvolvido. Sugere-se, portanto, que seja desenvolvido em futuras investigações, assim como o alinhamento e estratégias possíveis a introduzir para que a medição de valor se transforme num processo regular e normativo.

REFERÊNCIAS

- Ando, Hikari, Rosanna Cousins, and Carolyn Young. 2014. “Achieving Saturation in Thematic Analysis: Development and Refinement of a Codebook.” *Comprehensive Psychology* 3: 03--CP.
- Bandurska, Ewa, Weronika Ciećko, Marzena Olszewska-Karaban, Iwona Damps-Konstańska, Dominika Szalewska, Piotr Janowiak, and Ewa Jassem. 2023. “Value-Based Integrated Care (VBIC) Concept Implementation in a Real-World Setting—Problem-Based Analysis of Barriers and Challenges.” *Healthcare (Switzerland)* 11 (8). <https://doi.org/10.3390/healthcare11081110>.
- Braun, Virginia, and Victoria Clarke. 2006. “Using Thematic Analysis in Psychology.” *Qualitative Research in Psychology* 3 (2): 77–101.
- Cossio-Gil, Yolima, Maisa Omara, Carolina Watson, Joseph Casey, Alexandre Chakhunashvili, María Gutiérrez-San Miguel, Pascal Kahlem, et al. 2022. “The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations.” *Value in Health* 25 (7): 1148–56. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355>.
- Costa, Filipe Pereira da. 2018. “Valor Em Saúde: Cultura Organizacional Como Conceito Inicial De Valor Em Oncologia,” 1–106.
- Ghemawa, Pankaj, and J W Rivkin. 2006. “Creating Competitive Advantage.” *Harvard Business School Background Note*, no. FEV.: 8–11. <https://doi.org/10.4324/9780203450765-14>.
- Gonçalves, Francisco R. 2020. *A Gestão de Saúde Baseada No Valor - Casos e Experiência Portuguesa*. Almedina.

- Goodman, Leo A. 1961. "Snowball Sampling." *The Annals of Mathematical Statistics* 32 (1): 148–70. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>.
- Hennink, Monique, and Bonnie N Kaiser. 2022. "Sample Sizes for Saturation in Qualitative Research: A Systematic Review of Empirical Tests." *Social Science & Medicine* 292: 114523.
- Hurst, L, K Mahtani, A Pluddemann, S Lewis, K Harvey, A Briggs, A Boylan, et al. 2019. "Defining Value-Based Healthcare in the NHS." *Centre for Evidence-Based Medicine Report 2019/04*, no. 4.
- Jones, Thomas M., Jeffrey S. Harrison, and Will Felps. 2018. "How Applying Instrumental Stakeholder Theory Can Provide Sustainable Competitive Advantage." *Academy of Management Review* 43 (3): 371–91. <https://doi.org/10.5465/amr.2016.0111>.
- Katz, Gregory. 2020. "IMPLEMENTING VALUE-BASED HEALTH CARE IN EUROPE Academic Director." *EIT Health*.
- Kidanemariam, Martha, Arwen H Pieterse, Dorine J van Staalduinen, Willem Jan W Bos, and Anne M Stiggelbout. 2023. "Does Value-Based Healthcare Support Patient-Centred Care? A Scoping Review of the Evidence." *BMJ Open* 13 (7): e070193.
- Leusder, Maura, Petra Porte, Kees Ahaus, and Hilco van Elten. 2022. "Cost Measurement in Value-Based Healthcare: A Systematic Review." *BMJ Open* 12 (12): e066568. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066568>.
- Linneberg, Mai Skjott, and Steffen Korsgaard. 2019. "Coding Qualitative Data: A Synthesis Guiding the Novice." *Qualitative Research Journal* 19 (3): 259–70.
- Magdziarczyk, Malgorzata. 2019. "Right to Be Forgotten in Light of Regulation (Eu) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the Protection of

- Natural Persons with Regard to the Processing of Personal Data and on the Free Movement of Such Data, and Repeal.” In *6th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Art Sgem 2019*, 177–84.
- Nilsson, Kerstin, Fredrik Bååthe, Annette Erichsen Andersson, and Mette Sandoff. 2018. “The Need to Succeed – Learning Experiences Resulting from the Implementation of Value-Based Healthcare.” *Leadership in Health Services* 31 (1): 2–16.
<https://doi.org/10.1108/LHS-08-2016-0039>.
- Noël, Frédéric. 2022. “Accelerating the Pace of Value-Based Transformation for More Resilient and Sustainable Healthcare.” *Future Healthcare Journal* 9 (3): 226–29.
<https://doi.org/10.7861/fhj.2022-0118>.
- Porter, M E, J W Rivkin, and Harvard University. Harvard Business School. 2000. *Industry Transformation*. Harvard Business School. Harvard Business School Publ.
- Porter, Michael E. 1985. *Competitive Advantage - Creating and Sustaining Superior Performance*. Edited by The Free Press. New York: Macmillan.
- Porter, Michael E. 2008. “The Competitive Forces That Shapes Strategy.” *Harvard Business Review* 86 (January): 78–93.
- Porter, Michael E, and others. 1996. “What Is Strategy?”
- Porter, Michael E, 2010. “What Is Value in Health Care.” *N Engl J Med* 363 (26): 2477–81.
- Porter, Michael E, and Elizabeth O Teisberg. 2006. “Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.” *Harvard Business School*.
<https://doi.org/10.1108/17506120810865442>.
- Porter, Michael E, and Thomas Lee. 2013. “The Strategy That Will.” *Harvard Business Review* 1277 (October): 1–18.

- Putera, Ikhwanuliman. 2017. "Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Reform." *Cureus* 9 (2).
- Ring, David, and Kevin J Bozic. 2016. "Value-Based Healthcare: The Value of Considering Patient Preferences and Circumstances in Orthopaedic Surgery." *Clinical Orthopaedics and Related Research*® 474: 633–35.
- Steinmann, Gijs, Hester Van De Bovenkamp, Antoinette De Bont, and Diana Delnoij. 2020. "Redefining Value: A Discourse Analysis on Value-Based Health Care." *BMC Health Services Research* 20 (1): 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05614-7>.
- Streefkerk, Raimo. 2019. "Qualitative vs. Quantitative Research." *Differences & Methods. Scribbr. Available*.
- Sutton, Jane, and Zubin Austin. 2015. "Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management." *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 68 (3): 226.
- Tong, Allison, Peter Sainsbury, and Jonathan Craig. 2007. "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups." *International Journal for Quality in Health Care* 19 (6): 349–57.
- Tseng, Eric K, and Lisa K Hicks. 2016. "Value Based Care and Patient-Centered Care: Divergent or Complementary?" *Current Hematologic Malignancy Reports* 11: 303–10.

ANEXOS

Tabela I - Estratégia de pesquisa na base de dados Google Scholar®

PESQUISA #	CONSULTA	RESULTADOS
Google Scholar®		
#01	Pesquisa: " <i>value-based healthcare</i> " OR VBHC	7,090,000
#02	Pesquisa: " <i>strategy</i> "	7,060,000
#03	Pesquisa: " <i>competitive strategy</i> "	364,000
#04	01 AND 02 Pesquisa: (" <i>value based healthcare</i> " OR VBHC) AND (" <i>strategy</i> ")	5,020
#05	01 AND 03 Pesquisa: (" <i>value based healthcare</i> " OR VBHC) AND (" <i>competitive strategy</i> ")	74

Tabela II - Fluxograma de pesquisa

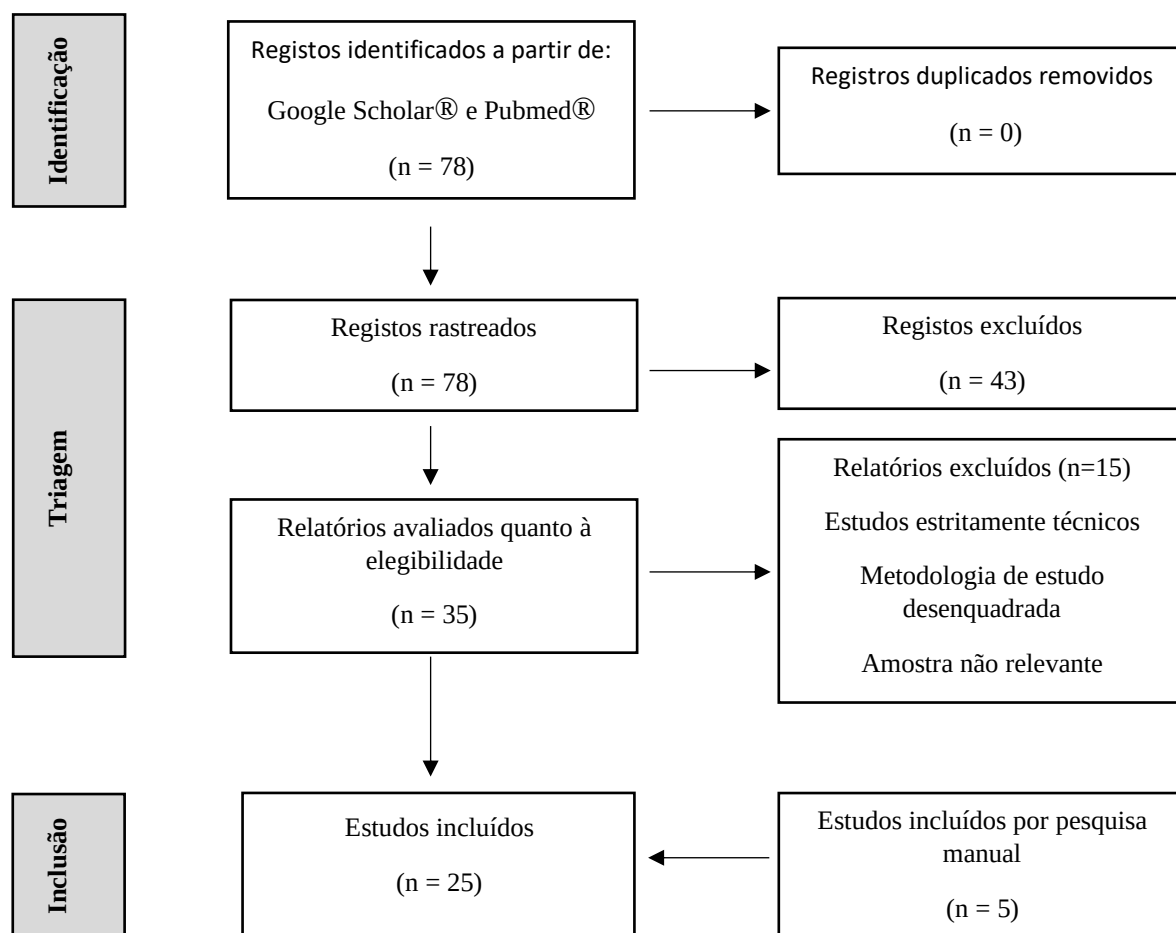


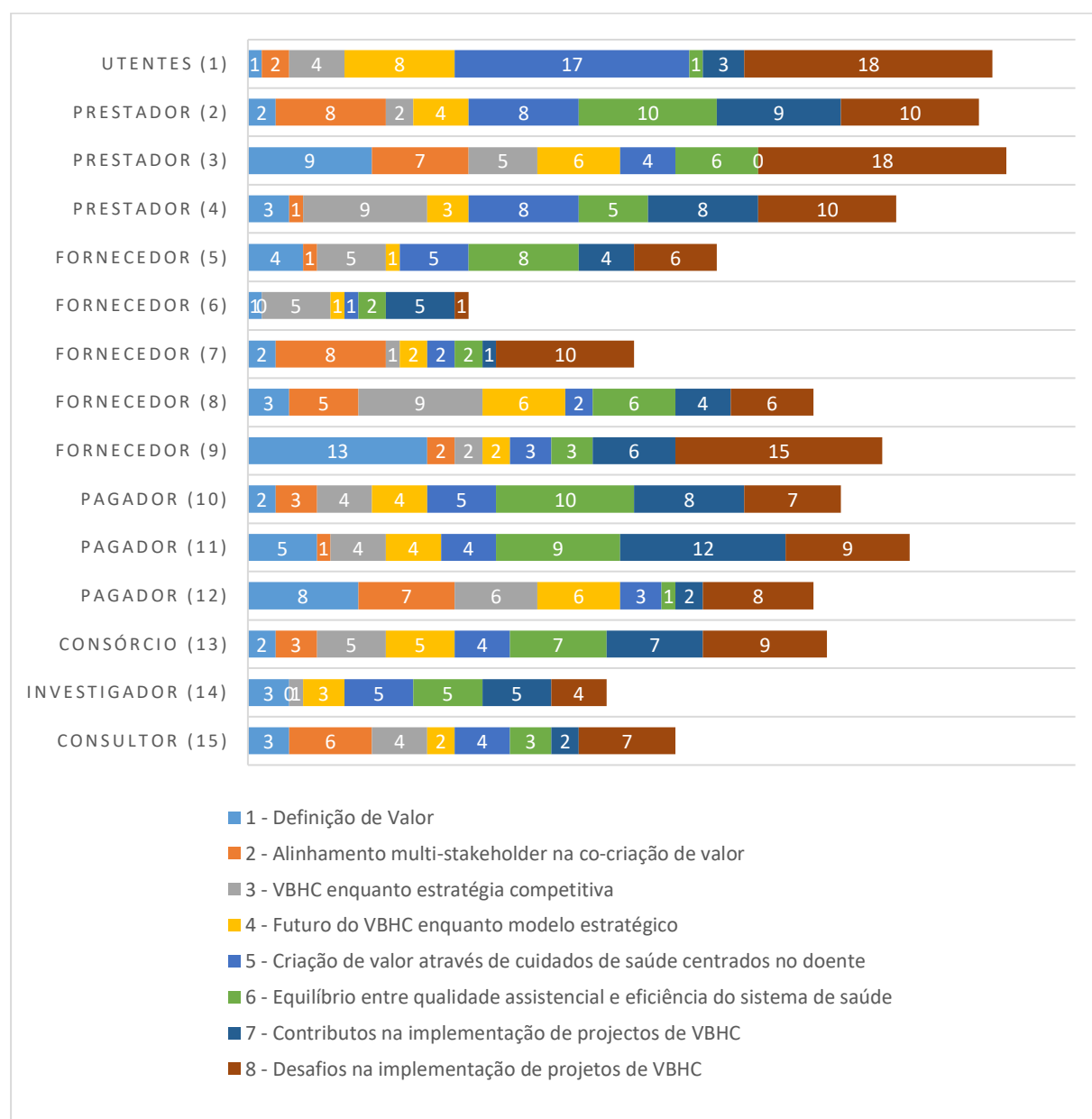
Tabela III - Questões de pesquisa analisadas (Guião da entrevista)

1. O que entende por valor? Pode dar um exemplo?
2. Dado que as perspetivas dos diferentes <i>stakeholders</i> são potencialmente distintas entre si, o que considera ser necessário para que todos os <i>stakeholders</i> estejam alinhados para a adequada e bem-sucedida implementação de projetos de VBHC?
3. A integração num projeto VBHC é uma potencial vantagem competitiva por diferenciação. Enquanto <i>stakeholder</i> de VBHC, qual a sua perceção sobre esta afirmação? Poderá partilhar algum exemplo?
4. Como perspetiva o futuro de VBHC como modelo estratégico no seu sector?
5. Como poderão os cuidados de saúde centrados no doente criar valor?
6. Na sua opinião como se pode equilibrar uma oferta assistencial de alta qualidade com a necessidade de redução de custos no sistema de saúde? Quais as prioridades atuais para se garantir este equilíbrio no futuro?
7. Enquanto <i>stakeholder</i> de VBHC, quais os vossos mais importantes contributos na eventual implementação de projetos de VBHC?
8. Enquanto <i>stakeholder</i> de VBHC, quais os vossos mais importantes desafios na eventual implementação de projetos de VBHC?
Além das questões abordadas, considera alguma questão adicional que poderia ser considerada nesta investigação?
Recomenda algum <i>stakeholder</i> /profissional que possa contribuir com esta investigação?

Tabela IV - Perfis e classificação dos participantes

Entrevista	Stakeholder	Segmento	Organização	Cargo	Data
1	Utentes	Associação	Portuguesa	Presidente	28/04/2023
2	Prestadores	Hospital Público	Portuguesa	Analista de dados	05/05/2023
3		Hospital Privado	Portuguesa	Diretor de VBHC	18/05/2023
4		Farmácias	Portuguesa	Presidente	26/04/2023
5	Fornecedores	Dispositivos médicos	Multinacional	Gestor comercial	18/04/2023
6		Dispositivos médicos	Multinacional	Diretor de VBHC	05/05/2023
7		Dispositivos médicos	Multinacional	Diretor geral	23/05/2023
8		Produtos Farmacêuticos	Multinacional	Director comercial	17/05/2023
9		Produtos Farmacêuticos	Multinacional	Diretor de inovação	08/05/2023
10	Pagadores	Público	Portuguesa	Coordenador de inovação	10/05/2023
11		Privado	Multinacional	Gestor estratégico	12/05/2023
12		Privado	Multinacional	Diretor coordenador	23/05/2023
13	Investigador		Portuguesa	Economista	05/05/2023
14	Consórcio		Portuguesa	Presidente	10/05/2023
15	Consultor		Multinacional	Consultor de inovação e de criação de valor	24/05/2023

Tabela V - Distribuição de códigos gerados por tema e stakeholder



Análise complementar de dados e resultados

Na seguinte tabela são apresentados de 1 a 4, os resultados dos objetivos valorizados como mais importantes na resposta direta à questão de investigação (como já apresentado no capítulo: Análise de dados e resultados). Os restantes resultados de 5 a 8 são temas complementares. Estes temas foram também alvo de análise, com o objetivo de rentabilizar a oportunidade de colheita de dados primários pois são considerados, pelo Investigador, pertinentes para desenvolvimento académico futuro.

Tabela VI - Quantificação dos códigos gerados por tema complementar

Tema	Códigos gerados
1 - Definição de Valor	61
2 - Alinhamento <i>multi-stakeholder</i> na co-criação de valor	54
3 - VBHC enquanto vantagem competitiva	66
4 - Futuro de VBHC enquanto modelo estratégico	57
5 - Criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente	75
6 - Equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde	78
7 - Contributos na implementação de projetos de VBHC	76
8 - Desafios na implementação de projetos de VBHC	138

Dada a importante prevalência de códigos complementares gerados pelos respetivos *stakeholders*, a **Tabela V** apresenta a estratificação dos mesmos por *stakeholder* e por tema.

Em seguida será feita uma análise exaustiva dos temas complementares através uma análise gradativa dos respetivos subtemas, de forma crescente em função da sua prevalência. As respetivas análises são suportadas pelos devidos excertos de citação dos vários *stakeholders*.

Temas 5 - Criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente

A criação de valor através dos cuidados de saúde centrados no doente é uma abordagem fundamental para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, o que requer a medição de resultados com base nas necessidades e preferências dos doentes, bem como o envolvimento ativo dos doentes no processo de tomada de decisão e no desenho dos serviços de saúde. Tradicionalmente, os indicadores de desempenho no setor de saúde centram-se em indicadores mensuráveis de produção, como o número de consultas e cirurgias realizadas. No entanto, estes indicadores não refletem necessariamente os resultados reais em termos de melhoria da saúde e satisfação do doente. Uma abordagem colaborativa e integrada pode ajudar a promover uma maior criação de valor, garantindo que os cuidados de saúde sejam mais personalizados, eficazes e alinhados com as necessidades individuais de cada doente.

Subtema 5.1 - Maximização de valor pela centralidade no doente

A centralidade do doente é um conceito fundamental na prestação de cuidados de saúde. Significa que o foco principal de todas as decisões e ações deve ser o bem-estar e os interesses do doente, garantindo soluções personalizadas e adaptadas às suas necessidades específicas.

Isto implica reconhecer a singularidade de cada indivíduo, as suas necessidades, as suas preferências e experiências e envolvê-lo ativamente no processo de cuidados. Para avaliar a criação de valor no contexto da saúde é essencial que os indicadores de desempenho estejam focados nos resultados que são valorizados pelo doente, como a qualidade de vida e o impacto do tratamento no dia a dia do mesmo, avaliando dessa forma não apenas a perspetiva clínica, mas também o benefício percebido pelo doente.

Tabela VII - Citações: Maximização de valor pela centralidade no doente

Prestador 5.3.16 <i>"Por serem efetivamente centrados, os doentes vão certamente criar valor."</i>
Prestador 5.3.17 <i>"Temos que colocar efetivamente o doente no centro da equação."</i>
Fornecedor 5.5.11 <i>"Foco no doente e não na doença."</i>
Prestador 5.2.7 <i>"Atendimento centrado no doente que permite um atendimento muito mais personalizado, com equipas multidisciplinares, em que o doente não anda perdido pelo hospital."</i>
Pagador 5.11.20 <i>"A colocação do valor centrado no doente obriga a mudar os processos de base, a mudar a forma como as pessoas trabalham o doente e isto vai desde a formação, desde o início das funções profissionais de saúde, desde a forma como é feito o sistema de financiamento, desde a forma como o próprio utente encara a sua situação de saúde e essa para mim considero ser o maior desafio, é a mudança de paradigma."</i>
Investigador 5.13.9 <i>"Usar os doentes para definir que outcomes e que resultados é que nós procuramos, devemos recolher."</i>

Subtema 5.2 - Necessidade de empoderamento do doente

Outro aspeto discutido nas citações é a do envolvimento do doente na tomada de decisão e no desenho dos serviços de saúde. Este envolvimento dos doentes na tomada de decisão tem vindo a ser discutido em diversos contextos da saúde e envolve ouvir as necessidades, preferências e expectativas dos doentes. Tradicionalmente, têm sido os profissionais de saúde que tomam a decisão clínica e os doentes são percecionados como passivos no processo, no entanto existe uma necessidade crescente de reconhecer o papel ativo dos doentes na tomada de decisão para a criação de valor.

A comunicação com os doentes e o seu envolvimento são elementos essenciais para a prestação de cuidados centrados no doente. Uma comunicação eficaz, clara e bidirecional entre profissionais de saúde e doentes, juntamente com o envolvimento ativo do doente nas decisões relacionadas com os seus cuidados, promovem uma relação de confiança, permitem uma tomada de decisão partilhada e capacitam o doente a participar ativamente no seu próprio cuidado.

Tabela VIII - Citações: Necessidade de empoderamento do doente

Prestador 5.4.31 <i>"O envolvimento das pessoas nas próprias decisões, que também se faz de forma muito incipiente ainda, e tem-se pouca atenção àquelas que são, depois, as preferências e as expectativas das próprias pessoas."</i>
Utentes 5.1.2 <i>"O essencial é escutar os doentes."</i>
Utentes 5.1.12 <i>"Os doentes mais novos já estão a criar empoderamento, de aprenderem a gerir a sua própria doença."</i>
Utentes 5.1.5 <i>"Os patient report outcomes measures são essenciais."</i>

Subtema 5.3 - Resiliência na centralização do sistema de saúde no doente

É importante, no entanto, reconhecer que a transição para cuidados de saúde centrados no doente enfrenta desafios significativos. A mudança de paradigma requer a superação de barreiras existentes, como a resistência à mudança e a falta de comunicação efetiva entre os diferentes profissionais de saúde e instituições. Além disso, a atual estrutura do sistema de saúde muitas vezes não está adequadamente projetada para atender às necessidades dos doentes, com hospitais e clínicas focados nas necessidades dos profissionais de saúde em vez dos doentes.

Tabela IX - Citações: Resiliência na centralização do sistema de saúde no doente

Prestador 5.3.19 <i>"A nossa missão em saúde é produzir melhores resultados para os doentes."</i>
Prestador 5.2.27 <i>"Ainda há um longo caminho para nas nossas instituições de saúde para elas estarem realmente centradas no doente e na experiência do doente."</i>
Prestador 5.4.15 <i>"Acho que ainda estamos aqui a ver como é que compatibilizamos estas duas dimensões: a especificidade com a visão global da pessoa e definir as melhores prioridades com o menor custo de oportunidade possível."</i>
Utentes 5.1.41 <i>"A própria estrutura do sistema de saúde também não está desenhada para o doente. Os hospitais estão desenhados para profissionais de saúde."</i>

Tema 6 - Equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde

Os *stakeholders* defendem que o equilíbrio entre a missão e a sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal pode ser alcançado com a adoção do conceito de valor baseado em resultados, com a conceção, introdução e avaliação de estratégias de eficiência e de diminuição dos custos, com o reforço tecnológico e de inovação e com melhor gestão em saúde.

Subtema 6.1 - Necessidade de alavancar valor em resultados

Os *stakeholders* envolvidos defendem que para garantir o equilíbrio entre a qualidade assistencial e a respetiva eficiência é necessário introduzir na cadeia de valor da indústria da

saúde em Portugal, o conceito de valor baseado em resultados. Este é um conceito com o foco na obtenção de resultados positivos, monitorizáveis e mensuráveis para os doentes. É realçado que o objetivo não é simplesmente reduzir custos, mas garantir que os recursos sejam utilizados de forma adequada e cujo pagamentos sejam vinculados à sua real efetividade terapêutica.

Tabela X - Citações: Necessidade de alavancar valor em resultados

Pagador 6.10.10 <i>"Nós temos alguns indicadores, mas os nossos indicadores têm um problema neste momento, que é não serem focados nos resultados."</i>
Prestador 6.3.34 <i>"Eu não compro devices, eu compro resultados."</i>
Prestador 6.4.29 <i>"Monitorizar os resultados e gosto de saber se aquilo que estou a fazer está a ser efetivo."</i>
Prestador 6.3.23 <i>"Eu não quero reduzir custos. Eu quero ter o custo adequado para atingir melhores resultados."</i>
Pagador 6.12.40 <i>"O pagador vai pagar ao justo valor pelo resultado em saúde que vai obter para os seus clientes."</i>

Subtema 6.2 - Aumento da análise e dos ganhos de eficiência

Para que a sustentabilidade do sistema de saúde seja garantida é reforçada a importância da discussão sobre o valor económico para compreender os custos envolvidos em cada componente da cadeia de valor em saúde. É considerada como prioritária uma análise de eficiência onde se deve considerar ganhos a curto, médio e longo prazo. Já na implementação de estratégias promotoras de eficiência é sugerida a diminuição da redundância no sistema de saúde através da centralização da informação em função do doente. Por último, é sugerido o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença, enquanto estratégia de redução de custos.

Tabela XI - Citações: Aumento da análise e dos ganhos de eficiência

Pagador 6.11.24 <i>"Não é possível ter uma discussão sobre o valor económico se eu não souber quanto é que me custa cada peça da minha cadeia de valor."</i>
Fornecedor 6.9.15 <i>"Acho que há uma prioridade ao nível desta análise da eficiência, de onde é que pode haver ganhos de eficiência a curto, a médio e a longo prazo."</i>
Fornecedor 6.5.14 <i>"Nós sabemos que o sistema de saúde duplica, triplica exames, análises e, portanto, se houver esta fluidez da comunicação e de informação para um só canal, a tal criação do omnicanal de informação, esta nuvem de dados que tanto se fala hoje em dia, logo aqui nós vamos conseguir reduzir os custos."</i>
Prestador 6.2.20 <i>"A aposta está em investir cada vez mais na promoção e na prevenção. Acho que isso é uma forma de reduzir também a necessidade de tratamentos caros e evitar se calhar diagnósticos mais avançados, se conseguirmos investir nisso."</i>

Subtema 6.3 - Reformulação dos modelos de gestão e reforço da inovação tecnológica

Os *stakeholders* defendem que para garantir o equilíbrio entre a qualidade assistencial e a respetiva eficiência é necessário ainda o reforço da gestão, da tecnologia e da inovação nesta cadeia de valor. Defendem a introdução tecnológica nos processos de cuidados, nomeadamente pela criação de algoritmos preditivos e simuladores que auxiliem os profissionais de saúde na tomada de decisões mais precisas e com melhor resultados, defendem o reforço da adesão à utilização da tecnologia existente e por ser reconhecido um déficite muito elevado de gestão na área da saúde é sugerido o reforço da integração tecnológica nos processos de gestão.

Tabela XII - Citações: Reformulação dos modelos de gestão e reforço da inovação tecnológica

Fornecedor 6.5.18 <i>"Criação de algoritmos preditivos, simuladores, que auxiliem os clínicos a tomarem decisões mais precisas também seria um dos pontos a trabalhar no futuro."</i>
Prestador 6.2.22 <i>"Aproveitarmos a tecnologia que temos à nossa disposição."</i>
Consórcio 6.14.10 <i>"Trazer tecnologia para a prestação de cuidados, para os diagnósticos, para os tratamentos e trazer tecnologia para a gestão."</i>
Consórcio 6.14.11 <i>"Acho que há um déficite muito elevado de gestão em toda a saúde."</i>

Tema 7 - Contributos dos *stakeholders* na implementação de projetos de VBHC

Os *stakeholders* envolvidos nos estudos destacaram diferentes contributos com vista a melhoria do sistema de saúde. Em primeiro lugar, na disponibilidade e utilização de dados e de informação de qualidade que justifiquem as decisões e a análise criteriosa dos resultados. Garantindo ainda a medição efetiva desses mesmos resultados, de forma a garantir que a eficácia e eficiência são adequadamente avaliadas. Além disso, contributo na abordagem holística e numa visão de cadeia de valor, reconhecendo que a criação de valor envolve diversos atores e estágios, desde a pesquisa e inovação até a prestação de cuidados. A participação ativa dos doentes também é valorizada, considerando as suas perspetivas e as suas necessidades, para garantir que a prestação de cuidados seja centrada no doente. Por fim, a disponibilização de inovação e do desenvolvimento de novas abordagens são consideradas fundamentais para impulsionar a melhoria contínua no sistema de saúde e oferecer soluções mais eficazes e personalizadas.

Subtema 7.1 - Disponibilidade de dados para a criação de valor

A qualidade e organização dos dados em saúde são essenciais para a medição e gestão efetiva dos processos, de forma a permitir a construção de modelos de valor acrescentado para as instituições. A disponibilidade de dados de melhor qualidade, bem como o seu acesso mais facilitado, tanto para profissionais de saúde como para as instituições, é um contributo fundamental para promover melhorias no mercado de saúde e proporcionar benefícios significativos, incluindo hospitais e outras entidades relacionadas.

Tabela XIII - Citações: Disponibilidade de dados para a criação de valor

Fornecedor 7.5.5 <i>"Sendo uma empresa na área do diagnóstico laboratorial, consegue fornecer dados, centenas de dados por dia, poderia até dizer milhares de dados, que serão esses mesmos dados que poderão ajudar a construir estes modelos de valor."</i>
Fornecedor 7.5.21 <i>"É trazer para o mercado de saúde dados com melhor qualidade, mais organizados e com melhor acesso, não só aos clínicos, mas como também às instituições que servem como satélite, por exemplo, aos hospitais."</i>
Prestador 7.2.30 <i>"A parte dos dados é importantíssima, a qualidade que os dados têm. Não é só recolher dados por escolher, mas eu acho ter dados confiáveis e que vão ser um suporte informado à decisão."</i>
Consultor 7.15.6 <i>"Não há VBHC sem dados e, portanto, nós quando tentamos aumentar a nossa lista de bases de dados às quais nós temos acesso para permitir determinados estudos observacionais, estamos eventualmente a permitir a criação de Value Based Agreements com base nessas bases de dados."</i>
Fornecedor 7.6.10 <i>"Podemos ajudar os hospitais a coletar dados no mundo real, graças à plataforma específica que nós já temos disponível para várias terapias"</i>

Subtema 7.2 - Contribuição na alavancagem de valor em *outcomes* e eficiência

Diferentes *stakeholders* destacaram que o valor é baseado nos resultados em saúde, mas também na eficiência dos serviços de saúde. Destacam a necessidade e o seu potencial contributo na garantia de medição desses mesmos resultados de forma a garantir que a eficácia e eficiência são efetivamente avaliadas.

Tabela XIV - Citações: Contribuição na alavancagem de valor em *outcomes* e eficiência

Pagador 7.12.21 <i>"Porque os melhores pathways, tendencialmente, têm que ser mais eficientes para o cliente, mais eficientes para o pagador, mas também mais eficientes para o próprio prestador."</i>
Prestador 7.2.28 <i>"A medição de resultados é essencial, porque só se conseguirmos medir é que conseguimos saber se os tratamentos estão a ser eficazes."</i>
Pagador 7.10.21 <i>"[os bundle payments] são um incentivo para que as equipas se juntem e façam o melhor processo de cuidados para dar mais qualidade ao mesmo custo. Os bundle payments são uma forma de pagamento que acaba por criar um incentivo à criação de valor."</i>
Pagador 7.10.9 <i>"Ao planear os recursos humanos estamos a gerir melhor os recursos, a distribuí-los de uma forma mais adequada e por isso também estamos mais uma vez a ajudar a criar valor aqui mais numa perspectiva de eficiência"</i>

Subtema 7.3 - Facilitação na integração de toda a cadeia de valor

A abordagem holística envolve a compreensão de que a saúde é um sistema complexo que se estende desde os prestadores de cuidados de saúde até aos doentes. Para se implementar VBHC é essencial uma colaboração estreita entre equipas, profissionais de saúde, doentes, gestores e outros *stakeholders*. O contributo na colaboração *multi-stakeholder* para identificar as necessidades dos doentes e desenvolver cuidados mais personalizados, foi amplamente mencionado.

Tabela XV - Citações: Facilitação na integração de toda a cadeia de valor

Consórcio 7.14.4 <i>"Olhar a saúde de forma abrangente, olhá-la como uma cadeia de valor que começa essencialmente nas universidades e nos institutos de investigação e acaba nos prestadores de cuidados e no doente."</i>
Consórcio 7.14.5 <i>"Juntar esta cadeia de valor e procurar olhar para a saúde pelo seu lado desenvolvimentista, isto é, além da, prestação de cuidados, há toda uma infraestrutura que é uma infraestrutura que gera riqueza, que gera emprego, que exporta."</i>
Prestador 7.2.26 <i>"O que um projeto de VBHC requer, é esta colaboração estreita. Acho que é muito importante uma colaboração estreita para identificar necessidades que os doentes têm, para se desenvolver cuidados mais personalizados."</i>
Pagador 7.11.10 <i>"Os financiadores podem contribuir de forma valiosa para o sistema de saúde ao prestar informação relevante aos utentes sobre métricas que de facto podem ajudar os utentes a fazerem escolhas de forma mais bem informada."</i>

Subtema 7.4 - Disponibilização de inovação

Para se poder efetivamente falar em projetos de VBHC em Portugal, há necessidade de contribuir com inovação e de desenvolvimento de novas abordagens, sejam elas clínicas, económicas ou financeiras. Esta estratégia de desenvolvimento numa lógica de inovação permitirá aos diferentes *stakeholders* gerar valor, sem terem necessariamente que aumentar os custos financeiros associados.

Tabela XVI - Citações: Disponibilização de inovação

Fornecedor 7.8.19 <i>"Há um esforço grande no sentido de garantir que tudo aquilo que é inovação chegue atempadamente a Portugal."</i>
Fornecedor 7.9.21 <i>"Pode fazer inclusive comparações entre eficácia e custo-efetividade mesmo em contexto de, comparando ensaios clínicos com desempenho concreto."</i>
Fornecedor 7.9.17 <i>"Há aqui um conjunto grande de coisas que a indústria pode contribuir que assenta na sua estratégia de desenvolvimento de inovação"</i>
Fornecedor 7.8.20 <i>"A própria educação dos médicos, a própria educação das equipas clínicas, esse tipo de outras iniciativas que possam ser geradas e que possam criar também valor, e que eu acredito que criem valor."</i>

Tema 8 - Desafios na implementação de projetos de VBHC

A implementação de VBHC enfrenta uma série de desafios que vão desde a fragmentação do ecossistema até a falta de compreensão do conceito de valor e a resistência à mudança e também em áreas como o financiamento, a interoperabilidade dos sistemas, as falhas de comunicação, informação e medição de resultados. Superar esses desafios exigirá um esforço conjunto e colaborativo de todos os *stakeholders* envolvidos, bem como investimentos em infraestrutura tecnológica e recursos humanos. A procura por uma abordagem mais centrada no doente e focada em resultados continua a ser um objetivo válido, mas a superação desses obstáculos é essencial para o sucesso da implementação de projetos VBHC. Da análise das entrevistas dos diferentes *stakeholders* foi possível discutir os principais obstáculos identificados na implementação de VBHC.

Subtema 8.1 - Desafios financeiros e dos modelos de financiamento

A transição para VBHC exige investimentos adequados, no entanto é descrita uma resistência por parte dos prestadores de serviços de saúde, que temem aumento da despesa e perda de receita. Algumas preocupações estão relacionadas com a escassez de recursos financeiros atualmente disponíveis, o que representa um obstáculo significativo à implementação. Para enfrentar esses desafios, é fundamental desenvolver modelos de financiamento sustentáveis e incentivos apropriados, promovendo a mudança de mentalidade, da produção para valor.

Tabela XVII - Citações: Desafios financeiros e dos modelos de financiamento

Prestador 8.3.5 <i>“Um escalar da despesa brutal.”</i>
Pagador 8.11.35 <i>“A principal preocupação do pagador é quanto é que está a pagar, do ponto de vista de custo: é ou não é economicamente mais benéfico para o mesmo ou para resultados melhores.”</i>
Prestador 8.3.6 <i>“Necessidade absoluta de perceber que tipo de investimentos é que estamos a criar em saúde.”</i>
Prestador 8.3.49 <i>“Continua ainda a ter-se um modelo meramente transacional de custo e por isso é uma relação muito comoditizada, quase comercial, e por isso os doentes são completamente esquecidos.”</i>
Prestador 8.2.12 <i>“Conseguir perceber se estamos a apostar em tratamentos realmente mais caros, mas que são mais eficazes, que estão a dar mais meses de vida ao doente e se calhar são mais custo-efetivos.”</i>

Subtema 8.2 - Fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde

Uma das questões centrais destacadas nas citações é a fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde. A falta de integração entre os diferentes *stakeholders*, como prestadores de serviços, pagadores, profissionais de saúde e doentes, dificulta a implementação abrangente de VBHC. Esta falta de alinhamento compromete a colaboração e a procura por objetivos comuns, minando a implementação bem-sucedida de VBHC. A fragmentação dos sistemas de saúde dificulta a partilha de informações entre prestadores de serviços e os diferentes *stakeholders*. Para superar este desafio, é necessário investir em infraestrutura tecnológica e estabelecer padrões comuns de troca e partilha de dados através do desenvolvimento de sistemas de informação integrados.

Tabela XVIII - Citações: Fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde

Prestador 8.3.11 <i>"Esta desagregação de um ecossistema pela gênese da não compreensão do conceito é um problema estrutural e um problema conceptual."</i>
Prestador 8.3.28 <i>"O ecossistema já está, ele per se, muito fragmentado, muito desvirtuado."</i>
Prestador 8.2.34 <i>"Desenvolvimento de sistemas de informação [para combater] a interoperabilidade [...] com sistemas robustos, que permitam a análise e o tratamento adequados dos dados."</i>
Pagador 8.10.23 <i>"Temos que criar o registo desses outcomes atendendo ao desafio que são os sistemas fragmentados na saúde."</i>

Subtema 8.3 - Compreensão limitada do conceito de valor

Outro desafio significativo diz respeito à compreensão limitada do conceito de valor no contexto de VBHC. Conforme discutido anteriormente, os diferentes *stakeholders* têm uma perspetiva diferente do conceito de valor, adaptando-o aos seus próprios interesses profissionais e pessoais, o que cria divergências e contradições nos interesses investidos pelos diferentes *stakeholders*. A falta de conhecimento e compreensão aprofundada do conceito de VBHC também é apontada como uma barreira que leva a problemas estruturais e conceituais na implementação do modelo.

Tabela XIX - Citações: Compreensão limitada do conceito de valor

Prestador 8.3.10 <i>“A semântica, conceito, estrutura, o propósito daquilo que é palavra ou o conceito em si, a relação de toda a cadeia de stakeholders está completamente comprometida, porque os interesses investidos são dispares e muitos deles contraditórios.”</i>
Prestador 8.3.9 <i>“Todas as pessoas têm uma grande tendência de adaptarem o conceito de valor àquilo que é o seu próprio interesse profissional e pessoal.”</i>

Subtema 8.4 - Resistência à mudança de paradigma

De acordo com as opiniões dos *stakeholders*, a mudança estrutural é um processo desafiador e pode encontrar resistência por parte dos profissionais de saúde e outras partes interessadas. A resistência à mudança, o receio das mudanças ao nível financeiro ou de perda de receita e a insuficiência de recursos humanos para a implementação de VBHC são alguns dos obstáculos que são identificados.

Tabela XX - Citações: Resistência à mudança de paradigma

Prestador 8.2.32 <i>“VBHC exige uma mudança de paradigma total numa organização e na cultura.”</i>
Prestador 8.3.14 <i>“O mais importante desafio é nós percebermos que nós estamos a mudar um sistema. Nós estamos a mudar uma organização. Nós estamos a mudar objetivamente uma estrutura. E como toda mudança estrutural é difícil, nós temos que perceber que esta mudança estrutural vai ter consequências.”</i>
Pagador 8.11.20 <i>“A colocação do valor centrado no doente obriga a mudar os processos de base, obriga a mudar a forma como as pessoas trabalham o doente e isto vai desde a formação, desde o início das funções profissionais de saúde, desde a forma como é feito o sistema de financiamento, desde a forma como o próprio utente encara a sua situação de saúde e essa para mim considero ser o maior desafio, é a mudança de paradigma.”</i>

Subtema 8.5 - Desafio na medição de resultados

A recolha, análise e interpretação de dados representam um desafio significativo, uma vez que são complexas e requerem esforços colaborativos. A complexidade dos dados, a falta de sistemas de informação robustos e a falta de padronização na colheita de informação são mencionados como obstáculos. A falta de evidências claras dos resultados e a dependência de indicadores de produção em vez de indicadores de resultados também dificultam a implementação efetiva de VBHC. A disponibilidade e a qualidade da informação são fundamentais para a implementação efetiva de VBHC e por isso torna-se essencial investir em sistemas de informação robustos e na padronização da recolha de dados.

Tabela XXI – Citações: Desafio na medição de resultados

Fornecedor 8.2.13 <i>"Dados é o maior desafio que nós temos na medição de resultados."</i>
Prestador 8.2.14 <i>"A complexidade de dados é gigantesca, e a falta de informações padronizadas compromete a medição de resultados."</i>
Consultor 8.15.8 <i>"Ter informação acerca das características de baseline dos doentes, informação fidedigna sobre a prestação de cuidados e informação acerca das consequências da prestação desses cuidados - outcomes."</i>
Pagador 8.10.30 <i>"A questão da medição dos resultados, dos outcomes para os doentes será um ponto importante para conseguirmos avançar no VBHC. "</i>
Consórcio 8.14.24 <i>"Vamos ter que introduzir a avaliação e a medição de resultados, além dos clínicos, de resultados na percepção do cliente."</i>
Fornecedor 8.7.15 <i>"Acho prioritário haver uma estrutura em que quando uma tecnologia é introduzida dentro do hospital fosse medida constantemente."</i>

Subtema 8.6 - Mudança cultural e comunicação ineficaz

A mudança de cultura e a melhoria da comunicação entre os diferentes *stakeholders* são desafios cruciais para a implementação bem-sucedida de VBHC. A comunicação ineficaz é apontada como uma barreira significativa, assim como a falta de partilha de informações, a ausência de uma abordagem colaborativa e a falta de envolvimento dos doentes na tomada de decisão. Foi destacado que a principal barreira que o doente reconhece é a barreira da comunicação. No entanto, a ausência ou ineficácia dos canais de informações é um desafio significativo, que dificulta a colaboração, a coordenação e a tomada de decisão compartilhada. Para superar este obstáculo, é necessário promover uma cultura de comunicação aberta, incentivando a participação ativa dos doentes nos processos de cuidados.

Tabela XXII - Citações: Mudança cultural e comunicação ineficaz

Utentes 8.1.39 <i>"O fator comunicação é uma barreira."</i>
Fornecedor 8.5.18 <i>"Necessidade de trabalhar melhor a comunicação dos diferentes stakeholders que interagem na gestão do doente."</i>
Utentes 8.1.43 <i>"Numa era de comunicação, nós todos comunicamos, é por WhatsApp, é por e-mail, como é que a barreira principal que o doente encontra é a comunicação."</i>
Utentes 8.1.24 <i>"Porque é que a comunicação há de ser uma barreira tão grande? Se me dissesse que a barreira era um custo ou era o financiamento. Mas a primeira barreira é a comunicação. E como é que estamos na era da comunicação e continuamos a ter uma barreira?"</i>

Conclusão da análise complementar de dados e resultados

A seguinte tabela resume os subtemas complementares identificados com maior prevalência.

Tabela XXIII - Resumo dos subtemas complementares mais prevalentes

5. Criação de valor através de cuidados de saúde centrados no doente	6. Equilíbrio entre qualidade assistencial e eficiência do sistema de saúde	7. Contributos na implementação de projetos de VBHC	8. Desafios na implementação de projetos de VBHC
• Maximização de valor pela centralidade no doente • Necessidade de empoderamento do doente • Resiliência na centralização do sistema de saúde no doente	• Necessidade de alavancar valor em resultados • Aumento da análise e dos ganhos de eficiência • Reformulação dos modelos de gestão e reforço da inovação tecnológica	• Disponibilidade de dados para a criação de valor • Contribuição na alavancagem de valor em <i>outcomes</i> e eficiência • Facilitação na integração de toda a cadeia de valor • Disponibilização de inovação	• Desafios financeiros e dos modelos de financiamento • Fragmentação e desagregação do ecossistema de saúde • Compreensão limitada do conceito de valor • Resistência à mudança de paradigma • Desafio na medição de resultados • Mudança cultural e comunicação ineficaz

Na perspetiva dos vários *stakeholders*, os cuidados de saúde centrados no doente e o equilíbrio entre qualidade assistencial e a adequada gestão orçamental, são pontos considerados essenciais com vista a mudança de paradigma e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Os *stakeholders* perspetivaram ainda possíveis contributos e importantes desafios no adequado desenvolvimento de VBHC.

São conclusões desta investigação complementar:

- A criação de valor através dos cuidados de saúde centrados no doente é essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, envolvendo os doentes ativamente na tomada de decisão e personalizando os cuidados de acordo com suas necessidades. A mudança de paradigma é vista como um desafio, devido à resistência à mudança e a falta de comunicação efetiva entre profissionais de saúde e instituições. A centralidade do doente, juntamente com

uma comunicação e envolvimento adequados, são elementos essenciais para promover uma maior satisfação e melhores resultados de saúde.

- Os *stakeholders* defendem que o equilíbrio entre a missão e a sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal pode ser alcançado com a adoção do conceito de valor baseado em resultados, com a conceção, introdução e avaliação de estratégias de eficiência e de diminuição dos custos, com o reforço tecnológico e de inovação e com melhor gestão em saúde.
- Os *stakeholders* envolvidos no estudo destacaram diferentes contributos na implementação de projetos de VBHC. Em primeiro lugar, na disponibilização e na utilização de dados e de informação de qualidade que justifiquem as decisões e a análise criteriosa dos resultados de eficácia e de eficiência. Posteriormente na adoção de uma perspetiva global e de visão abrangente da cadeia de valor e no reconhecimento e valorização da participação ativa dos doentes, levando em consideração as suas perspetivas e necessidades específicas. Por último, na disponibilização e promoção de inovação e no desenvolvimento de novas abordagens como impulsionadores de melhorias contínuas no sistema de saúde, fornecendo soluções mais eficazes e personalizadas.
- A implementação de VBHC enfrenta uma série de desafios que vão desde a fragmentação do ecossistema até a falta de compreensão do conceito de valor e a resistência à mudança, mas também em áreas como o seu financiamento, a interoperabilidade dos sistemas, as falhas de comunicação, informação e medição de resultados. Para superar estes desafios será necessário um esforço conjunto e colaborativo de todos os *stakeholders* envolvidos, bem como investimentos em infraestrutura tecnológica e recursos humanos.