



Guia Prático de Mecanismos Inovadores de Financiamento da Saúde

O Americas RISE for Health identificou que investimentos em saúde suficientes, eficientes e equitativos são essenciais para prestar aos indivíduos os serviços de saúde que merecem, bem como para garantir que o custo desses serviços não crie dificuldades financeiras. Embora recursos públicos para a saúde continuem sendo essenciais, mecanismos inovadores de financiamento da saúde podem aproveitar as fontes de financiamento público e privado de novas maneiras para complementar o financiamento tradicional. Reconhecendo essa oportunidade, durante a 2ª reunião anual do RISE, as partes interessadas se comprometeram a convocar governos, setor privado, bancos internacionais de desenvolvimento e sociedade civil para promover a conscientização sobre mecanismos inovadores de financiamento da saúde, incluindo aqueles que podem ajudar a alcançar nossas populações mais vulneráveis.

Este guia prático visa identificar vários mecanismos inovadores de financiamento da saúde aplicáveis aos países do Hemisfério Ocidental, com vistas a instruir as partes interessadas em gerar financiamento suficiente para a saúde e catalisar acordos entre elas.

Agradecemos as contribuições do grupo de especialistas em financiamento da saúde do RISE, incluindo o Conselho Empresarial ADD-EUA; o Ministério da Saúde da Argentina; a Beckton Dickinson; o Ministério da Saúde do Brasil, o Ministério da Saúde da República Dominicana; o Grupo HUMANO; a ILAR; a Interfarma; a Johnson & Johnson; a Kenvue; a Merck; a Moonlight International; a Novo Nordisk; a Organon & Co; a Pfizer; a REDLAD/Centro de la Mujer Panameña (CEMP); a Roche; a Sense and Science; a Câmara de Comércio dos EUA; a USAID; a Viatrix.

O que é financiamento inovador da saúde?

O financiamento inovador da saúde pode ser definido como uma “abordagem alternativa de arrecadação de fundos para a saúde, que vão além de métodos tradicionais como orçamentos governamentais, financiamento de doadores ou pagamento direto pelo usuário”.¹ Mecanismos inovadores visam apoiar, catalisar e complementar os modelos tradicionais de financiamento da saúde por meio da mobilização de recursos adicionais e melhoria da eficiência, ampliando, assim, o acesso a serviços de saúde, com vistas a reduzir as desigualdades, especialmente em populações carentes. Mecanismos inovadores geralmente envolvem a canalização de recursos privados, combinados com recursos públicos, para gerar receita adicional para projetos de transformação do sistema de saúde e reduzir os custos diretos dos usuários. Esses mecanismos também fortalecem os sistemas de saúde ao diversificar as fontes de financiamento, o que os torna mais resilientes, e incentivam a experimentação e a inovação na prestação de cuidados de saúde e nos modelos de financiamento.

¹ Nabyonga-Orem J, Christlams CD, Addai KF, Mwinga K, Karenzi-Muhongerwa D, Namuli S, Asamani JA. The nature and contribution of innovative health financing mechanisms in the World Health Organization African region: A scoping review. *Saúde J Glob* 2023;13:04153.



Por que isso importa?

A região da América Latina e do Caribe (ALC) continua a enfrentar desafios para oferecer acesso equitativo a cuidados de saúde. Vinte e nove por cento da população vivem abaixo da linha da pobreza, 30 por cento não têm acesso a cuidados de saúde por razões financeiras e 21 por cento não busca atendimento médico devido a barreiras geográficas. A inflação e várias limitações dos gastos públicos, aliadas a outros desafios econômicos, estão obrigando os governos a buscar estratégias criativas para aumentar a capacidade fiscal na saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que, no caso de países das Américas, o gasto público em saúde respondam no mínimo por 6 por cento do seu produto interno bruto (PIB);² no entanto, o orçamento da saúde em muitos países não atingiu esse limiar. Mecanismos inovadores de financiamento da saúde podem ajudar a fechar a lacuna e aliviar o ônus financeiro dos custos para indivíduos e comunidades.

² Organização Pan-Americana da Saúde. "Health Financing". Organização Pan-Americana da Saúde, <https://www.paho.org/en/topics/health-financing>. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). "Health Financing"

Tipos de mecanismos inovadores de financiamento da saúde

Este guia abrange três tipos de mecanismos inovadores de financiamento da saúde, a saber:

1. **Mobilização de recursos:** Canalização de recursos privados combinados com recursos públicos, para gerar receita adicional para projetos de transformação do sistema de saúde, incluindo a tentativa de alcançar populações vulneráveis / de difícil acesso e reduzir custos diretos para os pacientes.
2. **Agrupamento de recursos:** Arrecadação de recursos financeiros de várias fontes, com vistas a garantir que os riscos sejam compartilhados e que os recursos estejam disponíveis para cobrir investimentos em saúde e custos de atenção à saúde. Pode incluir o uso de ferramentas digitais como inteligência artificial e análise de big data para apoiar o acesso e a adoção de apólices de seguro que, de outra forma, poderiam ser negligenciadas.
3. **Compra de serviços de saúde:** Acordos entre fabricantes de produtos farmacêuticos e pagadores de saúde para cobrir novos medicamentos, abordando, ao mesmo tempo, questões relacionadas com relação custo-benefício, eficácia e segurança.

Mobilização de Recursos	Agrupamento de recursos	Compra de serviços de saúde/dispositivos médicos
Trocas de dívida por saúde	Seguro de Saúde Digital (insurtech)	Contratos de entrada gerenciada
Financiamento Misto <ul style="list-style-type: none"> • Títulos de Impacto Social • Títulos de Impacto no Desenvolvimento 	Seguro Complementar	Cuidado Baseado em Valor
Transferências de recursos		Soluções de acessibilidade financeira do paciente
Recursos da saúde (ex., Impostos Especiais de Consumo)		Financiamento baseado em desempenho

Estudo de caso: O valor do financiamento inovador da saúde

Mecanismos inovadores de financiamento de vacinas têm sido cruciais para melhorar sua disponibilidade e acessibilidade, especialmente em países de baixa renda. Os principais mecanismos que melhoraram a disponibilidade e a acessibilidade de vacinas em países de renda baixa e média incluem:

- Mecanismo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm, na sigla em inglês):³ Esse mecanismo usa compromissos de doadores de longo prazo para emitir títulos de vacinas em mercados de capitais, arrecadando fundos para programas de imunização.
- Compromisso Antecipado de Mercado (AMC, na sigla em inglês)/Acordos de Compra Antecipada de vacinas: Esse mecanismo incentiva a produção de vacinas, garantindo um mercado para vacinas, assegurando suprimentos suficientes a custos reduzidos para os países em desenvolvimento.
- Fundo de Contrapartida da GAVI: Esse mecanismo de financiamento público-privado duplica o impacto dos investimentos do setor privado em imunização.⁴
- Mecanismo de Compra de Dívida: Esse mecanismo concede empréstimos acessíveis para melhorar a cobertura de imunização, especialmente em regiões como o Sahel da África.
- INFUSE - Inovação para Adoção, Escala e Equidade em Imunização:⁵ Essa iniciativa envolve empreendedores e promove soluções para a construção de um pipeline para investimentos estratégicos no fornecimento de vacinas.

Coletivamente, esses mecanismos ajudam a preencher a lacuna de equidade da vacina, uma vez que concede financiamento sustentável e previsível, viabiliza a adoção de novas vacinas e moderniza os sistemas de entrega de imunização.⁶

³ Mecanismo de Financiamento Internacional de Imunização. IFFIm: International Finance Facility for Immunisation. <https://iffim.org/>

⁴ GAVI, a Aliança de Vacinas. "Innovative Financing". Gavi, a Aliança de Vacinas, <https://www.gavi.org/investing-gavi/innovative-financing>.

⁵ GAVI, a Aliança de Vacinas, "INFUSE" <https://www.gavi.org/investing-gavi/infuse>

⁶ GAVI, a Aliança de Vacinas, "How Innovative Finance Helps Close the Vaccine Equity Gap", <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-innovative-finance-helps-close-vaccine-equity-gap>

MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

Troca de dívida por saúde

Como funciona: Um acordo bilateral entre dois países no qual o “país doador” (ou país credor) cancela a dívida do “país implementador” (ou país devedor), se o país implementador concordar em investir em programas e/ou serviços de saúde.⁷

Partes interessadas:

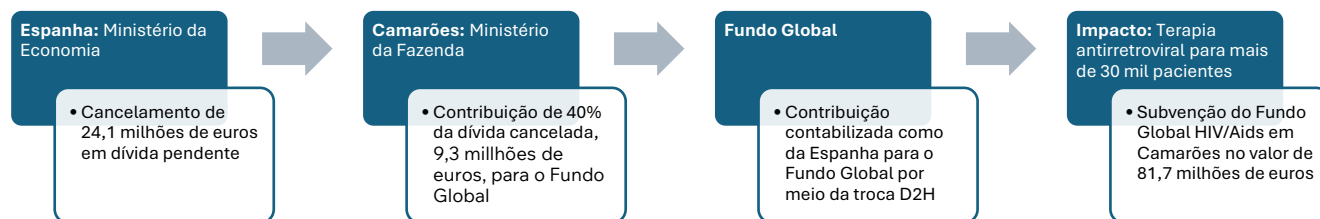
1. **País doador (credor):** O país que cancela a dívida do “país implementador”.
2. **País Implementador (devedor):** O país que converte sua dívida cancelada em investimentos para programas e/ou serviços de saúde, conforme determinado pelo acordo bilateral.
3. **Fontes de financiamento privado (empresas/organizações):** Pode fornecer financiamento adicional, experiência e recursos para apoiar iniciativas de saúde nos países devedores.

O que oferece

1. **Aumenta os investimentos de longo prazo:** A troca de dívida por saúde tem como objetivo aumentar o financiamento interno da saúde, convertendo pagamentos da dívida em investimentos em programas e/ou serviços de saúde. Os benefícios para o país doador incluem investimento em saúde e visibilidade política como doador/cofinanciador. Os benefícios para o país implementador incluem o recebimento de assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) e acessibilidade a financiamento para programas nacionais de saúde.⁸

Estudo de caso: Dívida por saúde (D2H)⁹

Em 2007, o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária introduziu um mecanismo de troca de dívida para ajudar os países a gerar recursos internos para iniciativas de saúde. Desde então, esse programa facilitou 12 transações em 13 países, resultando em um investimento de US\$ 226 milhões em programas de saúde e no cancelamento de US\$ 366 milhões em dívidas por meio de trocas de dívida por saúde (D2H).



⁷ Filipp, Robert, "Innovative Financing of the Global Fund Debt2Health", Fórum Global da OCDE sobre Desenvolvimento

⁸ Fundo Global. "Debt2Health Overview." https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication_debt2health_overview_en.pdf

⁹ Fundo Global. "Debt2Health Overview." https://www.theglobalfund.org/media/12284/publication_debt2health_overview_en.pdf



Veja o caso da troca de dívida Espanha-Camarões:

Nesse caso, a troca de dívida criou uma situação que beneficiou as três partes, uma vez que o país credor ganhou visibilidade global por suas contribuições para a saúde global, o país devedor converteu suas dívidas em recursos adicionais para a saúde, e recursos extras foram fornecidos para financiar programas globais de saúde.



Financiamento misto

Como funciona: Um sistema que combina recursos públicos e filantrópicos para mobilizar financiamento do setor privado destinado à implementação de programas e/ou serviços de saúde. Esses recursos combinados incluem o uso de recursos do setor público, instrumentos de financiamento e outros ativos, para superar as barreiras que impedem o investimento de capital privado comercial em uma região ou um país.¹⁰ A ideia por trás do financiamento misto é usar financiamento concessional ou “mais suave” (como doações ou empréstimos a juros baixos de governos ou organizações filantrópicas) para mitigar riscos para investidores privados, atraindo, assim, capital privado adicional que, de outra forma, não seria investido em projetos de saúde devido a riscos percebidos ou baixos retornos.

Partes interessadas:¹¹

1. Atores do setor público:

- **Bancos e/ou Instituições Multilaterais de Desenvolvimento:** Podem servir como catalisadores para financiamento misto, oferecer mecanismos de compartilhamento de riscos e/ou facilitar parcerias entre atores públicos e privados.
- **Agências governamentais:** Podem fornecer apoio político, financiamento e marcos regulatórios para incentivar o investimento do setor privado.

2. Atores do setor privado:

- **Bancos Comerciais:** Podem conceder empréstimos e garantias, bem como financiamento a preços de mercado, juntamente com financiamento filantrópico para preencher lacunas de financiamento e reduzir riscos para investidores privados.
- **Investidores institucionais:** Pode incluir fundos de pensão, seguradoras e gestores de ativos com objetivos de investimento de longo prazo.
- **Investidores de impacto:** Podem fornecer estruturas de financiamento inovadoras, que se alinham aos objetivos da iniciativa de saúde centrados na missão.

3. Organizações filantrópicas:

- **Fundações:** Podem fornecer subsídios, financiamento concessional (financiamento com taxas mais favorável do que as de mercado) ou garantias que apoiam projetos de desenvolvimento.
- **Organizações Não Governamentais:** Podem fornecer conhecimento de contextos locais, identificar as necessidades dos beneficiários, prestar assistência técnica, apoiar o desenvolvimento de capacidades, ou atuar como intermediários entre atores dos setores público e privado.

¹⁰ Instituto de Financiamento da Saúde "Blended Finance, Social Impact Bonds, and investments in global health", agosto de 2020

¹¹ Estratégias de Financiamento. "Blended Finance", <https://www.financestrategists.com/wealth-management/investment-management/blended-finance/>



O que oferece:

1. **Capital flexível:** O financiamento misto oferece a investidores, tanto públicos como privados, capital flexível e condições favoráveis quando da implementação de um programa ou uma iniciativa de saúde. Para o setor público ou de desenvolvimento, isso significa implementar ferramentas financeiras como subvenções, capital e dívida para facilitar iniciativas de financiamento misto. Para o setor privado, isso significa obter acesso a conhecimento e experiência do mercado local e desenvolver capacidade local, melhorando a sustentabilidade e a inovação em saúde no país.

Estudo de caso: O Compromisso Antecipado de Mercado (AMC) para a vacina pneumocócica¹²

O Compromisso Antecipado de Mercado (AMC) para a vacina pneumocócica, lançado em 2009 com US\$ 1,5 bilhão dos governos da Itália, Reino Unido, Canadá, Rússia e Noruega e da Fundação Bill & Melinda Gates, teve como objetivo atender à alta demanda por vacinas na Ásia e na África, onde a taxa de mortalidade por doença pneumocócica é significativa.

Essa abordagem inovadora garantiu aos fabricantes de vacinas um preço de mercado de US\$ 7,00 por dose para os primeiros 20 por cento das doses, em troca de compromissos de longo prazo para fornecer vacinas aos países em desenvolvimento a US\$ 3,50 por dose. Com essa garantia de preço, a AMC incentivou os fabricantes a ampliar sua capacidade de produção e desenvolver novas vacinas. Ao promover um fornecimento sustentado de vacinas e preços acessíveis, esse modelo facilitou um mercado competitivo mais saudável.

Como resultado, estima-se que mais de 25 milhões de crianças tenham sido vacinadas na Ásia e na África até o final de 2013, com projeções de mais de 80 milhões até 2015, potencialmente evitando 1 milhão de mortes até 2020. Ao aumentar a disponibilidade de vacinas, o AMC melhorou com sucesso os resultados de saúde nos países-alvo.

Principais tipos de financiamento misto

Títulos de Impacto Social/Títulos de Impacto no Desenvolvimento (SIBs/DIBs, na sigla em inglês)

Como funcionam: Os governos celebram acordos com prestadores de serviços sociais, como uma organização sem fins lucrativos, e com investidores (como o setor privado), para pagar pela entrega de resultados de saúde pré-determinados.¹³

Partes interessadas:

1. **Investidores:** Fornecem um investimento financeiro inicial para programas de saúde em um país.

¹² OCDE "Blended Finance Vol. 1: A Primer for Development Finance and Philanthropic Funders", setembro de 2015, pág. 18

¹³ Instituto de Financiamento da Saúde "Blended Finance, Social Impact Bonds, and investments in global health", agosto de 2020

2. **Intermediários:** Um intermediário financeiro ou intermediário de financiamento social arrecada capital junto a investidores e usa recursos para apoiar prestadores de serviços que abordam o desafio de saúde identificado.
3. **Prestador de serviços:** Implementa o programa ou iniciativa de saúde identificado.
4. **População-alvo:** População identificada para o programa ou iniciativa de saúde.
5. **Avaliador externo:** Fornece uma avaliação imparcial dos resultados, de acordo com as métricas pré-determinadas identificadas pelas partes interessadas participantes. A avaliação determina se os investidores serão reembolsados ou não.
6. **Governo:** Paga os investidores se o programa de saúde cumprir com sucesso as métricas pré-determinadas. Se o programa de saúde *não* for considerado bem-sucedido, o governo não paga os investidores.

O que oferecem

1. **Resultados de saúde específicos:** Os Títulos de Impacto Social (SIBs) podem ser usados para financiar programas preventivos ou de promoção da saúde, melhorias na prestação de serviços ou intervenções voltadas para resultados de saúde específicos.
2. **Mitigação do risco financeiro:** Em um modelo de SIB, os investidores – e não o governo - assumem o risco financeiro de uma iniciativa ou projeto de saúde. Esse modelo permite que os governos paguem apenas por iniciativas bem-sucedidas, com base nas métricas pré-determinadas que foram identificadas.¹⁴

Estudo de caso: Títulos de Vacinas¹⁵

Os Títulos de Vacinas emitidos pelo Mecanismo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm) arrecadaram quase US\$ 7,9 bilhões junto a investidores, fornecendo à Gavi, a Aliança de Vacinas, mais recursos para a distribuição de vacinas. Os Títulos de Vacinas permitiram à Gavi imunizar 80 milhões de crianças antes de receber subsídios e contribuir para salvar mais de 13 milhões de vidas entre 2006 e 2019.

No modelo tradicional, a Gavi recebe dinheiro por meio de promessas de governos doadores. Por exemplo, um governo promete doar US\$ 100 milhões à Gavi, pagos em parcelas anuais de US\$ 10 milhões ao longo de uma década, limitando a Gavi a gastar US\$ 10 milhões por ano e retardando o impacto total. Por outro lado, o IFFIm emite os títulos de vacina respaldados pela promessa de US\$ 100 milhões. Os investidores compram esses títulos, fornecendo recursos imediatos à Gavi, que então compra vacinas e imuniza um número maior de pessoas. Os pagamentos anuais do doador são usados para pagar os detentores de títulos.¹⁶

¹⁴ Carè, Roselle, “Developing Social Impact Bonds to Tackle Emerging Social Needs and Promote Social Welfare”, 2021.

¹⁵ Mecanismo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm). “Vaccine Bonds”. <https://iffim.org/investor-centre/vaccine-bonds>

¹⁶ Mecanismo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm), “Funding Immunization”, <https://iffim.org/funding-immunisation>



Transferências de recursos

Como funciona: Transferência de recursos financeiros para apoiar serviços e iniciativas de saúde.

Os tipos comuns de transferências de recursos incluem:

Transferências de recursos entre entidades que prestam serviços:

- **Transferências de recursos do governo para a saúde:** Os governos geralmente transferem recursos para vários programas e instalações de saúde para garantir a prestação de serviços de saúde. Essas transferências podem fazer parte de alocações orçamentárias, subsídios ou iniciativas específicas de saúde destinadas a melhorar a saúde pública.
- **Transferências de recursos internacionais para a saúde:** Organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial frequentemente transferem recursos para apoiar projetos de saúde em diferentes países. Essas transferências são cruciais para o financiamento de intervenções de saúde, especialmente em países de renda baixa e média.

Transferências de recursos que vão diretamente para os pacientes/consumidores:

- **Transferência Eletrônica de Fundos (EFT, na sigla em inglês):** Método usado pelos planos de saúde para transferir recursos eletronicamente para as contas dos prestadores de serviços de saúde, para pagamento dos serviços prestados. As EFTs agilizam o processo de pagamento, reduzem os custos administrativos e garantem pagamentos pontuais.¹⁷
- **Transferências de conta de poupança para a saúde (HSA, na sigla em inglês):** Os indivíduos podem transferir recursos entre diferentes provedores de HSA. Isso permite uma melhor gestão e taxas potencialmente mais baixas, visto que consolida os recursos da HSA por meio de transferências diretas ou rolagem.

Partes interessadas:

1. **Agências governamentais:** Essas entidades geralmente criam, financiam e supervisionam a implementação de programas de transferência de recursos.
2. **Doadores e organizações internacionais:** Entidades como o Banco Mundial, OMS e outros doadores internacionais fornecem apoio financeiro e técnico para programas de transferência de recursos.
3. **Prestadores de serviços de saúde:** Hospitais, clínicas e profissionais de saúde individuais que prestam serviços financiados por essas transferências.
4. **Pacientes e beneficiários:** Indivíduos e famílias que recebem apoio financeiro para acessar serviços de saúde.

¹⁷ Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS). “Health Care Payment and Remittance Advice and Electronic Funds Transfer”, <https://www.cms.gov/priorities/key-initiatives/burden-reduction/administrative-simplification/transactions/health-care-payment-remittance-advice-electronic-funds-transfer>



5. **Organizações Não Governamentais (ONGs):** Essas organizações podem ajudar a implementar e monitorar programas de transferência de recursos, garantindo que cheguem aos destinatários pretendidos.
6. **Líderes comunitários e autoridades locais:** Desempenham um papel na mobilização de comunidades e asseguram que os programas sejam culturalmente apropriados e implementados de forma eficaz.
7. **Parceiros do setor privado:** Empresas podem ser envolvidas na logística, tecnologia e infraestrutura necessárias para facilitar as transferências de recursos.

O que oferecem:

1. **Acesso aos serviços de saúde:** As transferências de recursos podem oferecer benefícios significativos ao público, uma vez que melhoram o acesso aos serviços de saúde, aumentam a segurança financeira e ampliam o uso dos serviços de saúde em um determinado país.
2. **Flexibilidade e escolha:** Essas transferências podem fornecer flexibilidade e escolha, permitindo aos destinatários decidir a melhor forma de usar os recursos.
3. **Apoio a emergências de saúde pública:** As transferências de recursos também podem oferecer apoio crucial durante emergências de saúde pública, proporcionando alívio imediato às populações afetadas.

Em geral, esses apoios financeiros desempenham um papel vital na promoção de uma saúde melhor e maior estabilidade econômica para indivíduos e famílias.

Estudo de caso: Programa PROGRESA do México¹⁸

Em 1997, o México implementou um programa denominado PROGRESA, com o objetivo de fornecer transferências de renda às famílias para apoiar serviços e necessidades de cuidados de saúde. As transferências de renda estavam condicionadas à adoção, pela família, de um conjunto de comportamentos destinados a melhorar a saúde e a nutrição. A família somente recebia a transferência de renda se: (i) todos os membros da família aceitassem cuidados médicos preventivos; (ii) crianças de 0 a 5 anos e lactantes frequentassem clínicas de monitoramento nutricional onde o crescimento é medido, suplementos nutricionais são distribuídos e os beneficiários recebem instrução em nutrição e higiene; e (iii) gestantes procurassem clínicas para obter pré-natal, suplementos nutricionais e educação em saúde.

Resultados

No primeiro ano completo em que o PROGRESA esteve operacional em todas as localidades de tratamento, houve 2,09 consultas a mais por dia (um aumento de 60 por cento) em clínicas em áreas do PROGRESA em comparação com áreas onde o PROGRESA não operava. Além disso, as

¹⁸ <https://www.povertyactionlab.org/evaluation/impact-progres-a-health-mexico>



crianças em famílias de tratamento apresentaram uma redução de aproximadamente 23 por cento na incidência de doenças, uma redução de 18 por cento na anemia e um aumento entre 1 e 4 por cento na altura. Os adultos nas famílias de tratamento experimentaram uma redução significativa no número de dias em que tiveram dificuldade com as atividades diárias devido a doenças e no número de dias passados na cama devido a doenças. Os adultos do grupo de tratamento também relataram um aumento significativo no número de quilômetros que conseguiam caminhar sem se cansar.

O PROGRESA terminou em 2019, após 21 anos de implementação.

Recursos da Saúde

Os recursos da saúde são recursos financeiros alocados especificamente para despesas relacionadas com a saúde. Esses recursos podem vir de várias fontes, incluindo orçamentos governamentais, prêmios de seguro e impostos específicos, como impostos especiais de consumo. Os fundos de saúde também podem ser mobilizados por meio de recursos públicos e privados, como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária ou a Parceria Público-Privada dos Hospitais de Bloemfontein na África do Sul.

Principais exemplos de recursos da saúde

Imposto especial de consumo

Como funciona: Impostos específicos incidentes sobre determinados bens, serviços ou atividades (por exemplo, tabaco, álcool) que podem ser aplicados a bens e serviços relacionados à saúde e contribuir para a receita federal, promovendo a saúde pública.

Partes interessadas:

1. **Agências governamentais:** Formular, implementar e fazer cumprir as políticas de impostos especiais de consumo.
2. **Contribuintes:** Empresas e indivíduos sujeitos ao imposto especial de consumo, como fabricantes e consumidores de bens tributados.
3. **Organizações de saúde pública:** Grupos que defendem impostos especiais de consumo sobre produtos nocivos para melhorar os resultados de saúde pública.
4. **Consumidores:** Indivíduos que compram mercadorias sujeitas a impostos especiais de consumo.

O que oferecem:

1. **Fonte de receita:** Os impostos especiais de consumo fornecem uma fonte significativa de receita¹⁹ e podem ser destinados a fins específicos, como a saúde. Esses impostos também podem ajudar a mitigar os custos associados a resultados negativos para a saúde decorrentes do produto tributado. Por exemplo, os custos de saúde associados ao tabagismo podem ser compensados por impostos sobre produtos de tabaco. Em geral, esses tipos de impostos podem ajudar os governos a gerenciar a saúde pública, financiar serviços essenciais e gerar receita com eficiência.

Embora os impostos especiais de consumo sejam um exemplo de recursos da saúde, há muitos outros exemplos, como, por exemplo, fundos mútuos de saúde e acordos de reembolso de saúde que apoiam despesas e iniciativas específicas de saúde.

¹⁹ <https://www.taxpolicycenter.org/briefing-book/what-are-major-federal-excise-taxes-and-how-much-money-do-they-raise>



Estudo de caso: Imposto sobre bebidas açucaradas do México²⁰

Em 2014, o México introduziu um imposto especial de consumo sobre bebidas açucaradas, como parte de uma estratégia mais ampla para combater a obesidade e problemas de saúde afins. O imposto foi fixado em 1 peso por litro, o que representou um aumento de cerca de 10 por cento no preço dessas bebidas. O objetivo do imposto era diminuir o consumo de bebidas açucaradas, que está ligado a obesidade, diabetes e outros problemas de saúde. O imposto também visava arrecadar fundos que poderiam ser usados para apoiar programas e iniciativas de saúde.

Após a implementação do imposto, estudos mostraram uma redução significativa na compra de bebidas tributadas. No primeiro ano, houve uma queda de 6 por cento nas compras, que aumentou para 12 por cento no segundo ano. Espera-se que a redução no consumo de bebidas açucaradas traga benefícios para a saúde a longo prazo, incluindo taxas mais baixas de obesidade e diabetes no país. Além disso, o imposto gerou uma receita substancial, que foi destinada a programas de saúde, incluindo iniciativas para o fornecimento de água potável nas escolas.

²⁰ <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53331/v45e212021.pdf?sequence=1>

AGRUPAMENTO DE RECURSOS

Seguro de Saúde Digital (Insurtech)

Como funciona: Usa ferramentas digitais, como inteligência artificial, análise de big data, blockchain e aprendizado de máquina, para fornecer produtos de seguro de saúde. Isso inclui o uso de ferramentas digitais para a procura de seguros, a compra de seguros, o pagamento de prêmios, apresentação de reclamações e o recebimento de reembolsos, entre outras coisas,²¹ apoiando a adoção de instrumentos financeiros e planos de seguro existentes.

Partes interessadas:

1. **Seguradoras:** Seguradoras tradicionais que fazem parceria ou investem em empresas insurtech para inovar e melhorar seus serviços.
2. **Empresas insurtech:** Startups e empresas de tecnologia que desenvolvem novas tecnologias e modelos de negócios para o setor de seguros.
3. **Empresas de capital de risco:** Investidores que fornecem financiamento para startups insurtech, impulsionando a inovação e o crescimento do setor.
4. **Órgãos reguladores:** Entidades governamentais que supervisionam e regulam o setor de seguros para garantir conformidade e proteger os consumidores.
5. **Consumidores:** Indivíduos e empresas que compram produtos de seguro e se beneficiam de serviços aprimorados e custos mais baixos, devido a inovações de insurtechs.
6. **Provedores de tecnologia:** Empresas que fornecem a infraestrutura tecnológica e as ferramentas necessárias para soluções de insurtech, como serviços em nuvem, IA e análise de dados.

O que oferece:

1. **Experiência do cliente:** O Insurtech pode aprimorar a experiência do cliente, alavancando ferramentas digitais para comprar seguros, aumentar as opções de envolvimento (ligar para um representante ou acessar recursos on-line) e personalizar planos de seguro com base nas necessidades individuais.
2. **Mais eficiência:** O Insurtech também melhora a eficiência, eliminando a necessidade de ida a localidades físicas de seguros; aumenta a flexibilidade com mais ofertas de seguros que podem ser personalizadas, de curto prazo, transferíveis etc.; e reduz os custos operacionais gerais que podem afetar o cliente.

²¹ Gresenz, Carole Roan; Hoch, Emília; Eibner, Christine; Rudin, Roberto; Mattke, Soeren, “Harnessing Private-Sector Innovation to Improve Health Insurance Exchanges”, RAND Corporation, 2015.



Estudo de caso: Sami: Uma empresa insurtech e de atenção primária à saúde²²

No Brasil, cerca de 25 por cento da população procura um seguro privado para complementar a cobertura universal de saúde do país. A Sami, lançada em 2019, é uma empresa brasileira insurtech e de atenção primária, cujo objetivo é tornar a saúde mais acessível e econômica, ao conectar pacientes diretamente com médicos, hospitais, laboratórios e empresas. A Sami também contrata diretamente profissionais de saúde para apoiar seus clientes durante toda a sua jornada de cuidados de saúde, além de fornecer aplicativos de saúde física e mental e planos terapêuticos personalizados. Cerca de 95 por cento do trabalho de atenção primária da Sami são realizados digitalmente - via mensagens de texto, videochamadas ou por meio do aplicativo.²³ No entanto, a empresa também possui uma loja física para clientes que preferem o atendimento presencial.

Os clientes podem pagar seu seguro de saúde via cartão de crédito, débito direto autorizado (DDA), Pix (um novo método de pagamento no Brasil, sem taxas para quem paga) ou boleto bancário.²⁴ A cobertura inclui consultas, exames, cirurgias, internações e outros procedimentos listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Sami gera receita trabalhando ativamente para reduzir as taxas de internação hospitalar por meio de intervenções clínicas eficazes.²⁵ Empresas como a Sami tornam os cuidados de saúde mais acessíveis ao diminuir os tempos de espera, além de reduzir as taxas de internação hospitalar e oferecer planos de saúde personalizados e assistência em tempo real.

²² Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George A. Wharton, "Brazil", The Common Wealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil#:~:text=Nearly%2025%20percent%20of%20Brazilians%2C%20mostly%20middle-%20and,health%20insurance%20to%20circumvent%20bottlenecks%20in%20accessing%20care.>

²³ <https://www.axios.com/pro/fintech-deals/2023/06/02/sami-brazilian-insurtech-gets-18-million>

²⁴ Usando um código exclusivo, as empresas podem enviar faturas por e-mail, mensagem de texto ou redes sociais, que os clientes podem usar para efetuar pagamentos pela internet dentro de um prazo definido, geralmente entre 3 e 15 dias. Os clientes têm a opção de pagar o valor total de imediato ou em parcelas.

²⁵ <https://www.insurtechinsights.com/brazilian-insurtech-sami-raises-us18-million-in-series-b-round/>



Seguro Suplementar

Como funciona: O seguro suplementar visa cobrir custos que não são integralmente cobertos por um plano de saúde primário. Isso pode incluir despesas diretas, como copagamentos, franquias e serviços que o seguro principal não cobre, como atendimento odontológico ou oftalmológico.

Em muitos países, o seguro de saúde primário pode cobrir serviços médicos básicos, mas o seguro suplementar pode ajudar a pagar serviços adicionais ou níveis mais altos de atendimento. Esse tipo de seguro é especialmente útil para reduzir o ônus financeiro dos indivíduos, visto que cobre as lacunas deixadas pelo seu seguro primário.

Partes interessadas:

1. **Segurados:** Indivíduos ou entidades que adquirem seguro suplementar para cobrir custos adicionais de saúde não cobertos por seu seguro primário.
2. **Seguradoras:** Provedores de apólices de seguro suplementar que criam, comercializam e gerenciam esses produtos de seguro.
3. **Prestadores de serviços de saúde:** Hospitais, clínicas e profissionais individuais que prestam serviços de saúde e interagem com seguradoras primárias e suplementares para fins de reembolso.
4. **Agências governamentais:** Órgãos reguladores que fiscalizam o mercado de seguros, garantindo o cumprimento de leis e regulamentos.

O que oferece:

- **Cobertura de serviços adicionais:** Pode cobrir serviços não incluídos nos planos de seguro primários, tais como serviço odontológico e oftalmológico e terapias alternativas.
- **Redução de custos diretos:** Ajuda a cobrir despesas como copagamentos, franquias e cosseguro, reduzindo a carga financeira dos segurados.
- **Acesso a cuidados especializados:** O seguro suplementar pode fornecer acesso a tratamentos e medicamentos especializados, que podem não ser cobertos pelo seguro primário.
- **Proteção financeira:** Oferece uma rede de segurança contra despesas médicas inesperadas.²⁶

²⁶ Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa. Paying for Complementary and Integrative Health Approaches. U.S. Department of Health and Human Services, junho de 2016, www.nccih.nih.gov/health/paying-for-complementary-and-integrative-health-approaches



Estudos de caso: América Latina

Chile:²⁷ O sistema de saúde chileno inclui uma mescla de seguros públicos e privados. O sistema público, FONASA, cobre uma parcela significativa da população, mas muitas pessoas também adquirem seguro suplementar de provedores privados, para cobrir serviços adicionais e reduzir despesas diretas.

Brasil:²⁸ No Brasil, o sistema público de saúde (SUS) oferece cobertura universal, mas também há um mercado substancial de seguros de saúde privados. Muitos brasileiros optam por seguros suplementares para ter acesso a estabelecimentos e serviços privados de saúde que não são integralmente cobertos pelo SUS.

México:²⁹ O programa Seguro Popular do México visa fornecer cobertura universal de saúde, mas muitos indivíduos ainda adquirem seguro suplementar para cobrir serviços não incluídos no sistema público. Esse seguro adicional ajuda a cobrir os custos de tratamentos e medicamentos especializados.

²⁷ Roman-Urrestarazu, A., Yang, J.C., Ettelt, S. et al. Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation and conflict. *Int J Equity Health* 17, 112 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0831-z>

²⁸ Fundo Commonwealth. Brasil. Centro Internacional de Políticas de Saúde, www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil

²⁹ José E Urquieta-Salomón, Héctor J Villarreal, Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system, *Health Policy and Planning*, Volume 31, Número 1, fevereiro de 2016, páginas 28–36, <https://doi.org/10.1093/heapol/czv015>

COMPRA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DISPOSITIVOS MÉDICOS

Contratos de entrada gerenciada (MEAs, na sigla em inglês)

Como funcionam: Contrato entre um fabricante farmacêutico e um pagador de assistência médica que permite a cobertura de novos medicamentos, limitando a incerteza em torno de um ou mais dos seguintes desafios: evidência clínica, relação custo-efetividade, impacto orçamentário, preço, população de pacientes qualificados.³⁰ Os contratos de entrada gerenciada também podem fornecer um mecanismo para a introdução de novos medicamentos no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que abordam questões relacionadas com relação custo-efetividade, eficácia e segurança. Os contratos de entrada gerenciada podem assumir várias formas, incluindo:

- **Contratos baseados em finanças:** Pagamento de um novo medicamento com base em condições financeiras específicas, como número de pacientes que usam o medicamento ou custo total para o sistema de saúde. Esse tipo de contrato ajuda a gerenciar o risco financeiro da introdução de novos tratamentos de alto custo, promovendo disponibilidade e acessibilidade, ao mesmo tempo em que controla custos.
- **Contratos baseados em desempenho:** Contratos que vinculam o preço, o nível ou a natureza do reembolso ao desempenho real do produto ou serviço médico em condições reais. Esses contratos podem ser desafiadores e requerem sistemas de dados muito robustos para medir determinados resultados.

Partes interessadas:

1. **Agências governamentais:** Esses órgãos, como ministérios da saúde e autoridades reguladoras, supervisionam e regulam os MEAs, para assegurar que estejam alinhados a metas de saúde pública.
2. **Fabricantes de produtos farmacêuticos:** Empresas que desenvolvem e produzem novos medicamentos e celebram MEAs para facilitar o acesso a mercados em condições específicas.
3. **Pagadores de serviços de saúde:** Entidades como seguradoras e serviços nacionais de saúde, que negociam MEAs para gerenciar o risco financeiro associado a tratamentos novos, muitas vezes de alto custo.
4. **Prestadores de serviços de saúde:** Hospitais, clínicas e profissionais de saúde que administram os tratamentos cobertos pelos MEAs e coletam dados sobre sua eficácia no mundo real.
5. **Pacientes:** Indivíduos que se beneficiam do acesso precoce a novos tratamentos por meio de MEAs, muitas vezes em condições que monitoram e avaliam a eficácia do tratamento.

³⁰ Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Performance-Based Managed Entry Agreements for New Medicines in OECD Countries and EU Member States. OCDE, www.oecd.org/en/publications/performance-based-managed-entry-agreements-for-new-medicines-in-oecd-countries-and-eu-member-states_6e5e4c0f-en.html

6. **Órgãos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (HTA, na sigla em inglês):** Organizações que avaliam a eficácia clínica e de custo de novos tratamentos e fornecem recomendações para MEAs.
7. **Organizações Não Governamentais (ONGs):** Grupos que podem defender o acesso do paciente a novos tratamentos e monitorar a implementação de MEAs.

O que oferecem:

1. **Redução das pressões de custo:** Os MEAs criam uma opção para fornecer acesso ampliado dentro de um orçamento limitado. Reduzir a pressão de custos dos serviços de saúde pode permitir a cobertura do número máximo de pacientes e um orçamento previsível para medicamentos. Também pode melhorar a previsibilidade orçamentária e dar ao sistema de saúde mais tempo para alocar os recursos necessário, de modo que possam continuar a expandir o acesso de maneira controlada ao longo do tempo.
2. **Acesso precoce ou melhorado:** Os MEAs podem dar aos pacientes acesso precoce ou melhorado a medicamentos inovadores e podem contribuir para melhorar a gestão de doenças, ao melhorar os padrões gerais de saúde.

Estudo de caso: Fundo Nacional de Recursos no Uruguai³¹

Em 1981, o Fundo Nacional de Recursos (FNR), uma entidade pública não estatal, foi criado para fornecer cobertura financeira universal para procedimentos de alta complexidade e dispositivos e medicamentos de alto custo, para todos os indivíduos com cobertura de saúde do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). O FNR é administrado por uma Comissão Honorária composta por representantes do Ministério da Saúde Pública, Ministério de Economia e Finanças, Banco de Previdência Social, Instituições de Assistência Médica Coletiva e Institutos de Medicina Altamente Especializados.

Os procedimentos financiados pelo FNR são realizados em Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) e Centros de Especialidades. O FNR negocia e compra medicamentos para os tratamentos cobertos, que em sua maioria são aviados nas farmácias dos provedores integrais aos quais os pacientes são filiados.

Financiamento

A maior parte da receita do FNR vem do Fundo Nacional de Saúde do Uruguai (FONASA). Para cada contribuinte do FONASA, o Instituto de Previdência Social (BPS, na sigla em espanhol) transfere uma taxa para o FNR, independentemente da idade e do sexo do contribuinte. Essa taxa geralmente aumenta uma ou duas vezes por ano, dependendo do orçamento anual.

³¹ Fondo Nacional de Recursos. ¿Qué es el Fondo Nacional de Recursos? FNR, www.fnr.gub.uy/que-es-el-fondo-nacional-de-recursos/



No caso de pacientes que não contribuem para o FONASA, mas são afiliados à Administração de Serviços do Estado (ASSE), o Ministério de Economia e Finanças (MEF) reembolsa ao FNR as despesas incorridas com os procedimentos realizados e os medicamentos entregues. E para aqueles que não contribuem para o FONASA, mas são beneficiários da Saúde das Forças Armadas, é o Ministério da Defesa Nacional que reembolsa o FNR.



Cuidado baseado em valor

Como funciona: Ajuda a melhorar a eficiência e proporcionar melhor saúde com os recursos existentes. Nesse modelo, o valor que os prestadores de serviços de saúde ganham por seus serviços é baseado nos resultados que entregam aos seus pacientes, como a qualidade e a equidade do cuidado. Os programas de cuidado baseado em valor visam atribuir aos provedores a responsabilidade por melhorar os resultados dos pacientes, dando-lhes, ao mesmo tempo, maior flexibilidade para dispensar o cuidado certo na hora certa.³²

Alguns elementos-chave do cuidado baseado em valor (VBHC, na sigla em inglês) incluem:

- **Resultados centrados no paciente:** Busca alcançar os melhores resultados em saúde possíveis para os pacientes. Isso inclui não apenas resultados clínicos, mas também resultados relatados pelo paciente, como qualidade de vida e satisfação com o cuidado recebido.³³
- **Eficiência de custos:** Enfatiza a relação entre os custos dos serviços de saúde e os resultados alcançados. Visa reduzir gastos desnecessários, eliminando tratamentos ineficazes e concentrando-se em intervenções que agreguem o maior valor.³⁴
- **Cuidados integrados:** Promove cuidados coordenados entre diferentes profissionais e ambientes de saúde. Essa integração ajuda a garantir que os pacientes recebam cuidados integrais e contínuos, o que pode melhorar resultados e reduzir custos.³⁵
- **Medição de desempenho:** Inclui coleta e análise de dados robustos para medir o desempenho, bem como o acompanhamento de resultados clínicos, experiências dos pacientes e dados de custo para identificar áreas que podem ser melhoradas.³⁶ Também pode incluir uma avaliação de tecnologias em saúde (ATS) ou uma estrutura baseada em valor usada para determinar serviços de alto valor (por exemplo, vacinação, triagem) e ajudar a garantir a ênfase nesses serviços de alto valor, em vez de em serviços que podem estar ultrapassados ou ser menos eficazes.

³² Centros de Serviços Medicare e Medicaid. *Value-Based Care*. CMS, www.cms.gov/priorities/innovation/key-concepts/value-based-care

³³ Chisholm-Burns, Marie, et al. "Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence". *BMJ Open*, vol. 13, nº 7, 2023, e070193, bmjopen.bmj.com/content/13/7/e070193

³⁴ Chisholm-Burns, Marie, et al. "Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence".

³⁵ van Egdom, Linda, et al. "Value-Based Healthcare from the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review". *ResearchGate*, janeiro de 2022, www.researchgate.net/publication/357837272_Value-Based_Healthcare_From_the_Perspective_of_the_Healthcare_Professional_A_Systematic_Literature_Review/fulltext/61e3bb0c8d338833e371123d/Value-Based-Healthcare-From-the-Perspective-of-the-Healthcare-Professional-A-Systematic-Literature-Review.pdf

³⁶ Michaela, Bissett, et al. "A Comparative Analysis of Value-Based Healthcare in European Countries". *Revista Europeia de Saúde Pública*, vol. 31, nº 4, 2021, pp. 676–681, academic.oup.com/eurpub/article/31/4/676/6306804?login=false



Partes interessadas:

1. **Pagadores:** Pode incluir seguradoras de saúde públicas e privadas. Essas partes interessadas são responsáveis por financiar cuidados de saúde e criar acordos de pagamento baseados em valor, que incentivem cuidados de alta qualidade e com boa relação custo-efetividade.
2. **Provedores:** Este grupo abrange hospitais, sistemas de saúde, grupos de médicos e outros profissionais de saúde. Os provedores têm a tarefa de fornecer cuidados que cumpram as metas de qualidade e custo estabelecidas pelos pagadores.
3. **Compradores:** Inclui entidades que financiam seguros de saúde, como empregadores e órgãos do governo. Defendem soluções de saúde com boa relação custo-efetividade, e muitas vezes pressionam pela adoção de modelos de VBHC para reduzir os gastos com saúde.
4. **Pacientes:** Destinatários de serviços de saúde, os pacientes se beneficiam de cuidados mais coordenados e personalizados nos modelos de VBHC.
5. **Parceiros do setor:** Inclui empresas farmacêuticas, fabricantes de dispositivos médicos e empresas de saúde digital. Fornecem produtos e serviços que apoiam os objetivos de VBHC, uma vez que melhoram a qualidade do cuidado e reduzem custos.

O que oferece:

1. **Cuidado holístico:** O cuidado baseado em valor enfatiza o atendimento das necessidades físicas, mentais, comportamentais e sociais do paciente. Esse tipo de cuidado pode potencialmente reduzir custos médicos e melhorar a qualidade do cuidado para os pacientes.
2. **Colaboração:** Esses programas também podem promover a colaboração entre equipes de saúde e incentivar os provedores a dedicar mais tempo a serviços que normalmente não seriam cobertos no sistema de pagamento por serviço(s) prestado(s), como aconselhamento ou triagem para a detecção de necessidades sociais.³⁷

Estudo de caso: Cuenta de Alto Costo (CAC) na Colômbia³⁸

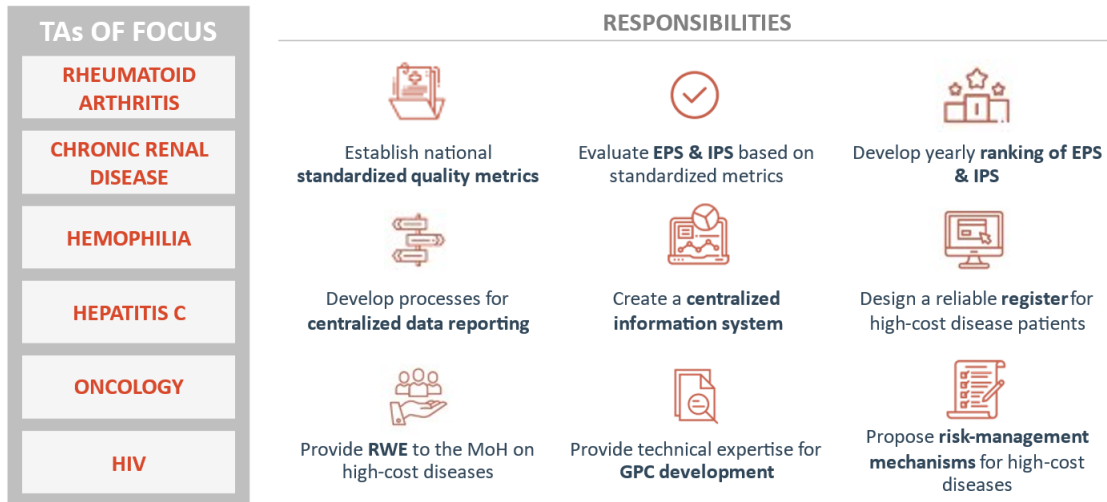
Histórico

Em 2007, a Colômbia aprovou o decreto 2699, que definiu uma abordagem nacional padronizada para a gestão de informações de saúde, a fim de acelerar a melhora de pacientes com doenças de alto custo e avaliar o desempenho das entidades prestadoras de cuidados. A Cuenta de Alto Costo financia inúmeras doenças de alto custo, incluindo artrite reumatoide, doença renal crônica, hemofilia, hepatite C, doenças oncológicas e HIV. de

³⁷ Fundo da Commonwealth. Value-Based Care: What It Is and Why It's Needed. 2 de fevereiro de 2023, www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed

³⁸ Cuenta de Alto Costo. ¿Quiénes Somos? Cuenta de Alto Costo, www.cuentadealtocosto.org/quienes-somos/

CAC provides a national standardized approach for data collection and reporting in selected high -cost diseases.



Source: 1) Cuenta de Alto Costo
HIV: Human Immunodeficiency Virus; EPS: Entidad Promotora de Salud; IPS: Institucion Prestadora de Servicios; RWE: Real World Evidence; GPC: Guia de Practica Clinica; CAC: Cuenta de Alto Costo; TA: Therapeutic Area

11

Resultados

Desde a sua criação, a CAC conseguiu reduzir o custo do tratamento em terapia de diálise para pacientes, economizando para o sistema de saúde aproximadamente US\$ 900 bilhões (US\$ 450 milhões) em cinco anos. Nos quatro anos desde que essa doença passou a ser acompanhada, aproximadamente 5.169 pacientes não necessitaram de Terapia Renal Substitutiva, o que representa uma economia para o sistema de saúde de aproximadamente 600 bilhões de pesos.

Soluções de acessibilidade do paciente

Como funcionam: Programas criados para reduzir o ônus financeiro dos pacientes, tornando os cuidados de saúde mais acessíveis e gerenciáveis. Por exemplo, as soluções de acessibilidade do paciente podem respaldar a pagamentos diretos por meio de:

- **Assistência para o compartilhamento de custos:** Programas que ajudam a cobrir copagamentos, franquias e cosseguro podem tornar os tratamentos mais acessíveis, reduzindo o impacto financeiro imediato nos pacientes.
- **Custos previsíveis:** Programas que tornam os custos diretos mais previsíveis, garantindo que os pacientes não sejam surpreendidos por despesas inesperadas. Pode incluir a definição de limites para gastos diretos.
- **Programas de assistência para medicamentos:** Programas que fornecem ajuda financeira especificamente para medicamentos prescritos, garantindo que os pacientes possam pagar os tratamentos necessários sem dificuldade financeira.
- **Apoio baseado em renda:** Programas que incluem taxas de escala móvel ou subsídios baseados em renda, tornando os cuidados de saúde mais acessíveis para pacientes de baixa renda.
- **Economia negociada:** Compartilhamento de economias negociadas com pacientes no balcão da farmácia para reduzir os custos dos medicamentos.

As soluções de acessibilidade do paciente também podem alavancar os serviços financeiros digitais de várias maneiras:

- **Pagamentos digitais:** Em vez de pagamentos tradicionais em dinheiro, os pagamentos digitais são feitos por meio de plataformas, portais ou aplicativos on-line.
- **Crédito/empréstimo digital, ético e classificação de risco alternativa:** Os empréstimos por meio de tecnologias financeiras oferecem empréstimos ao consumidor registrados no balanço patrimonial, em que a empresa da plataforma assume o risco.³⁹ As plataformas também viabilizam empréstimos entre pares, em que os consumidores são conectados diretamente com os credores. Além das métricas tradicionais de classificação de risco que usam o saldo da dívida e o pagamento de contas, a classificação de risco alternativa usa outros dados como pegadas digitais e comprovante de renda, para fornecer uma avaliação holística do risco dos indivíduos e conceder-lhes empréstimos.⁴⁰
- **Poupança/carteiras digitais:** Uma carteira digital permite o armazenamento de informações financeiras e facilita pagamentos por meio de um aplicativo ou portal on-line em um dispositivo eletrônico. Armazena informações com segurança e proporciona acesso fácil,

³⁹Banco Asiático de Desenvolvimento. Fintech and Digital Health in Indonesia, the Philippines, and Singapore. 2022, <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/800276/fintech-digital-health-indonesia-philippines-singapore.pdf>.

⁴⁰ SEON. "Alternative Credit Scoring: How to Score the Unscorable". SEON, <https://seon.io/resources/guides/alternative-credit-scoring/>.



permitindo aos usuários fazer pagamentos eletrônicos onde que estes sejam aceitos. Simplifica a poupança e não requer uma conta bancária formal.⁴¹

Cabe observar que nem todos os países dispõem ferramentas digitais ou métodos de pagamento acessíveis à população em geral, de modo que alguns países ainda usam cartão de crédito ou dinheiro em soluções e iniciativas de acessibilidade para o paciente.

Partes interessadas:

1. **Pacientes:** Os principais beneficiários que precisam de acesso a um custo razoável a medicamentos e serviços de saúde.
2. **Provedores de cuidados de saúde:** Médicos, enfermeiros e outros profissionais médicos que prescrevem tratamentos e defendem o acesso do paciente a cuidados acessíveis.
3. **Fabricantes de produtos farmacêuticos:** Empresas que produzem medicamentos e podem oferecer programas de assistência ao paciente para reduzir custos.
4. **Seguradoras:** Pagadores que criam e implementam planos de cobertura para tornar os cuidados de saúde mais acessíveis para os pacientes.
5. **Agências governamentais:** Entidades que regulam a saúde e podem fornecer subsídios ou apoiar programas para aumentar a acessibilidade.
6. **Farmácias:** Varejistas que aviam medicamentos e podem oferecer programas de descontos ou trabalhar com os fabricantes em iniciativas de acessibilidade.

O que oferecem:

1. **Garantia de acesso:** As soluções de acessibilidade do paciente fornecem ferramentas e serviços para facilitar o acesso a serviços e produtos de saúde.
2. **Redução da corrupção:** O uso de serviços financeiros digitais pode reduzir a corrupção e a fraude.

Estudos de caso

- **Carteiras móveis de seguro de saúde:**⁴² No Quênia e no Paquistão, o uso de carteiras móveis de seguro de saúde, como M-Tiba no Quênia e Easypaisa no Paquistão, permite aos usuários enviar, poupar e gastar recursos para tratamentos médicos por meio de transações móveis. A M-TIBA também fornece algum financiamento direto, de modo que os usuários recebem recursos adicionais para cuidados de saúde, além do que poupam estritamente por conta

⁴¹ ACCESS Health International e Fundação MetLife. Fintech for Health: Breaking the Health-Poverty Trap - How Fintech Can Improve Access to Healthcare in Asia. Abril de 2021, https://fintechforhealth.sg/wp-content/uploads/2021/04/Fintech-for-Health_Breaking-the-health-poverty-trap-How-fintech-can-improve-access-to-healthcare-in-Asia.pdf

⁴² Wooldridge, Lisa, et al. "Building Community-Based Health and Medical Preparedness: Utilization of a Systems Approach to Strengthen Community Resilience". Disaster Medicine and Public Health Preparedness, vol. 16, nº 1, 2022, pp. 180-186. Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8645240/>



própria. Essas carteiras digitais melhoraram significativamente o acesso aos cuidados de saúde, ao fornecer uma maneira segura e imediata de pagar serviços médicos. Seu sucesso se deve a recursos como inscrição simplificada, desembolsos do governo e redução de requisitos regulatórios, o que torna os cuidados de saúde mais acessíveis, especialmente para a população não bancarizada.

- **Bem Público Regional (RPG) “Transformação digital em saúde para mitigar os efeitos da Covid-19 na América Latina e no Caribe” (LACPASS):**⁴³ A iniciativa LACPASS, apoiada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e parte da rede RACSEL, visa reduzir as disparidades digitais em saúde na América Latina e no Caribe, em colaboração com parceiros estratégicos como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a HL7, bem como entidades de apoio como a Aliança Global para o Desenvolvimento de Blockchain na América Latina e no Caribe (LACChain), Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) e o Centro Nacional de Sistemas de Informação em Saúde (CENS). A primeira fase do projeto centrou-se na implementação de certificados digitais de vacinação, em consonância com os padrões de interoperabilidade da União Europeia (UE) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na segunda fase os certificados de Covid continuarão a ser desenvolvidos e o perfil de IPS para interoperabilidade de saúde transfronteiriça será aprimorado, incluindo a transferência de certificados para carteiras digitais.

⁴³ RACSEL. “RPG LACPASS: Latin America and the Caribbean Digital Identity Interoperability Framework”. RACSEL, <https://racsel.org/en/rpglacpass/>.

Financiamento Baseado em Desempenho (PBF, na sigla em inglês)

Como funciona: Pagamentos a prestadores de serviços de saúde baseados em desempenho e medidos pela quantidade de serviço. Esses pagamentos geralmente cobrem os custos de instalações e incentivos de pessoal. Os esquemas de financiamento baseado em desempenho (PBF) geralmente incluem processos de verificação para confirmar a precisão dos relatórios do prestador em termos de quantidade, qualidade e percepções da comunidade.⁴⁴

Há diferentes tipos de financiamento baseado em desempenho. Eles podem estar no nível de serviço (por exemplo, modelos de pagamento a provedores destinados a promover o uso de serviços de alto valor, conforme definido por uma abordagem de cuidado baseado em valor); no nível institucional (por exemplo, criado para melhorar a cobertura populacional de serviços de alto valor, muitas vezes preventivos, como vacinação e triagem); no nível de produto (por exemplo, como contratos de entrada gerenciada); ou para catalisar/testar novas intervenções e programas usando financiamento misto/privado e medindo o desempenho, como em títulos de impacto social ou títulos de impacto no desenvolvimento.

Partes interessadas:

1. **Agências governamentais:** Esses órgãos criam, implementam e regulam programas baseados em desempenho para garantir que estejam alinhados às metas de saúde pública.
2. **Prestadores de serviços de saúde:** Hospitais, clínicas e profissionais de saúde individuais que entregam cuidados e são avaliados com base em métricas de desempenho.
3. **Pacientes:** Indivíduos que recebem cuidados e se beneficiam de melhor qualidade e eficiência nos serviços de saúde.
4. **Organizações Não Governamentais (ONGs):** Grupos que defendem os direitos dos pacientes e monitoram a implementação e o impacto de soluções baseadas em desempenho.
5. **Órgãos reguladores:** Entidades que garantem a conformidade com os padrões e regulamentos de saúde em programas baseados em desempenho.

O que oferece:

1. **Melhores resultados em saúde:** Ao vincular incentivos financeiros a resultados específicos de saúde, o PBF incentiva os profissionais de saúde a melhorar a qualidade e a eficiência de seus serviços. Isso pode resultar em um melhor cuidado do paciente e melhorias gerais na saúde.
2. **Maior responsabilização:** Os sistemas de PBF geralmente incluem mecanismos rigorosos de monitoramento e avaliação. Isso ajuda a garantir que os recursos sejam usados de forma eficaz e que os profissionais de saúde sejam responsabilizados por seu desempenho.

⁴⁴ Díaz, Alba, et al. "Impact of a Web-Based Educational Tool on Health Literacy: A Pilot Study in Patients with Hypertension and diabetes". PLOS ONE, vol. 18, nº 2, 2023, e0305698, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305698>



3. **Maior eficiência:** Ao focar em resultados em vez de insumos, o PBF pode ajudar a agilizar a prestação de cuidados de saúde e reduzir o desperdício, podendo resultar em um uso mais eficiente de recursos e a uma melhor relação custo-benefício.
4. **Tomada de decisão orientada por dados:** Os programas de PBF geralmente requerem coleta e análise de dados robustos. Isso pode melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados de saúde, que podem ser usados para subsidiar decisões políticas e melhorar a gestão do sistema de saúde.

Estudo de caso: Plan Nacer e SUMAR da Argentina⁴⁵

Em 2004, a Argentina implementou uma série de reformas para apoiar a cobertura universal de saúde para não segurados. O programa Plan Nacer, apoiado pelo Banco Mundial, concedeu financiamento para um serviço de saúde materno-infantil para beneficiários de saúde qualificados, que consistia de mulheres grávidas e lactantes não seguradas, bem como crianças menores de seis anos sem seguro. Após sua implementação, o Plano Nacer foi sucedido por um programa adicional, o SUMAR, que enfatizava serviços preventivos de saúde para não segurados, ao mesmo tempo em que exigia a inclusão de padrões de qualidade predefinidos para os serviços prestados. Embora tenha sido baseado no trabalho do Plan Nacer, o SUMAR também incorporou novos grupos populacionais, incluindo crianças sem seguro de 6 a 9 anos, jovens sem seguro de 10 a 19 anos e adultos sem seguro com menos de 65 anos. As intervenções de saúde apoiadas no âmbito do SUMAR (como serviços de saúde materno-infantil) também foram ampliadas para incluir prevenção de câncer, saúde sexual e prevenção de doenças não transmissíveis, bem como intervenções para apoiar a rede federal de tratamento de cardiopatias congênitas. O SUMAR manteve os mecanismos de financiamento baseados em resultados que haviam sido implementados no âmbito do Plano Nacer nos níveis de governo provincial e prestadores de serviços de saúde.

Resultados:

Entre 2010 e 2019, o SUMAR obteve os seguintes resultados:

- A proporção de crianças, jovens e mulheres de 19 a 65 anos qualificadas para o programa com cobertura efetiva de saúde aumentou de 7 por cento para 50,4 por cento.
- A proporção de gestantes qualificadas que realizaram exames pré-natais antes da 13ª semana de gestação aumentou de 15 por cento para 41,5 por cento.
- A proporção de crianças qualificadas com menos de 10 anos de idade que receberam exames completos de saúde de acordo com o protocolo aumentou de 15 por cento para 69,8 por cento.

⁴⁵ Banco Mundial. “Universal Health Coverage (UHC): Sumar Program in Argentina”. Banco Mundial, 29 de junho de 2020, www.worldbank.org/en/results/2020/06/29/universal-health-coverage-sumar-program
<https://www.worldbank.org/en/results/2020/06/29/universal-health-coverage-sumar-program>



- A proporção de mulheres qualificadas entre 25 e 64 anos com pelo menos um rastreamento do câncer do colo do útero a cada dois anos aumentou de 5 por cento para 25 por cento.
- A proporção de homens elegíveis com cobertura efetiva de cuidados de saúde aumentou de 0 por cento para 13,4 por cento (entre 2014 e 2019).
- Um total de oito mil provedores de saúde pública e todas as 24 jurisdições provinciais participaram do programa SUMAR.

Sobre o Americas RISE for Health

O Americas RISE for Health (RISE) é um fórum público-privado e multissetorial, que aproveita as forças coletivas do setor privado e da sociedade civil da região, em parceria com os governos da região, com o fim de construir economias e ecossistemas de saúde sustentáveis. Sua missão é identificar, catalisar e acelerar colaborações multissetoriais que possam ser realizadas de forma voluntária, para ajudar a criar os ecossistemas e as economias de saúde resilientes que as Américas merecem.

Para mais informações, entre em contato a Secretaria do RISE em:

olivia@americasriseforhealth.org e johan@americasriseforhealth.org