

Há mais de uma década, o mercado de saúde vem sinalizando que o modelo atual, baseado em relações competitivas com foco na doença, tornou-se insustentável. Estudos apontam que esse formato que trabalha pelo volume – e não pela qualidade – precisa de mudanças profundas, tanto na forma de remuneração dos serviços prestados quanto na maneira como todos os envolvidos interagem, ainda hoje, disputando diretamente recursos finitos, independentemente dos desfechos clínicos dos pacientes.

Todavia, uma quebra de paradigma de tal magnitude – com impactos transversais na cadeia de saúde – pressupõe uma mudança cultural tão profunda, que leva muito mais tempo que o necessário para impactar o bolso dos decisores. No Brasil, o mercado apenas despertou para uma nova forma de se prover saúde suplementar a partir do momento em que as sinistralidades passaram de 90%, tornando os reajustes de preços inviáveis para todas as pontas.

Neste cenário, duas grandes linhas de atuação vêm sendo estruturadas desde 2006. A primeira, focada na mudança no modelo de remuneração do sistema, promove a criação de pacotes, valores por grupo de diagnóstico e outros modelos que proporcionam maior previsibilidade e qualidade na entrega do serviço de saúde. A segunda, por outro lado, está voltada para atenção primária, com foco na prevenção de doenças, no monitoramento dos pacientes e no direcionamento para cuidados especializados realmente necessários.

[Leia aqui na íntegra.](#)

Fonte: Saúde Business, 03.09.2021