

Por Maria Carolina Buriti

Atual modelo de remuneração não é sustentável e coloca o sistema em xeque; setor quer mudanças e debate deve envolver também o padrão assistencial

A discussão não é recente: o atual modelo de remuneração baseado no “fee for service” ou conta aberta coloca a sustentabilidade do setor em xeque. A principal vítima é o paciente, que não é beneficiado por um sistema no qual se privilegia a quantidade de exames, procedimentos, medicamentos nem sempre utilizados com o objeto de promover à saúde e, sim, manter o foco na doença.

Para os prestadores e fonte pagadora, o modelo tem impulsionado desentendimentos na hora de autorizar as requisições para o pagamento do serviço prestado, o que torna o relacionamento um verdadeiro cabo de guerra, no qual só há perdedores. Mas como, afinal, desenvolver uma nova alternativa de pagamento, mais sustentável para os agentes envolvidos e com mais valor ao paciente?

“O modelo de remuneração é o fim ou instrumento? Estamos propondo o modelo de remuneração, entretanto, não discutimos previamente o modelo de assistência que queremos. É mais integral? Mais ‘hospitalocêntrico’?, questionou o diretor de Provimento da Unimed BH, José Augusto Ferreira, durante o Saúde Business Forum 2014. “Queremos foco no interesse e equipamentos ou no efetivo ganho de saúde para os pacientes?”, completou.

Rever os padrões da assistência também é considerado fundamental pelo Diretor de Recursos Próprios da Unimed Vitória, Mário Tironi Junior. Segundo ele, o modelo hoje onera o sistema e, muitas vezes, trata pontualmente o paciente, sem contribuir para o cuidado integral e a promoção da saúde. “Hoje o sistema de remuneração é baseado no ‘que eu fiz no cliente’, precisamos mudar para ‘o que que eu faço pelo cliente’, sugeriu.

## **Iniciativas**

Atualmente cerca de 47% das receitas hospitalares no segmento privado é proveniente de materiais e medicamentos. Esses itens são responsáveis por cerca de 15% dos custos hospitalares, os 85% veem das diárias, ou seja, hoje as operadoras pagam muito por aquilo que custa pouco – materiais e medicamentos- e pagam pouco por aquilo que custa muito, as diárias.

“O objetivo do modelo atual não é entregar valor [para o paciente], pois para o profissional ser bem remunerado, precisa usar mais medicamentos, equipamentos, materiais e que o paciente fique mais tempo internado. Ou seja, o modelo vigente premia a ineficiência”, afirma Ferreira.

Verticalizadas e com grande número de beneficiários em suas praças de atuação, Unimed BH e Unimed Vitória trabalham alternativas para que esses impactos não sejam tão nocivos. A cooperativa capixaba, que possui uma rede com centros de diagnóstico, centros de atenção primária, homecare e hospitais, implantou processos de regulação no backoffice envolvendo procedimentos cirúrgicos e de alto custo, incluindo OPME. A iniciativa gera uma economia média de R\$ 400 mil por mês, e quando é somada ao trabalho realizado por auditorias hospitalares, o valor economizado alcança R\$ 28 milhões por ano.

A Unimed Vitória também investiu em seus centros de atenção primária com um modelo baseado em captação. “Temos uma demanda de profissionais que querem sair dos consultórios para entrar no sistema”, comemora Tironi referente ao projeto que começou no ano passado. Nele, equipes formadas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde acompanham grupos de paciente e se tornam referência para a população atendida. “Essa captação leva a

indicadores de performance da saúde do cliente como: manutenção do peso, medição da glicose etc.", contou. Assim, é possível abrir mão do fee for service rumo ao modelo que reconheça a qualidade do serviço.

Outra forma é a remuneração semi-global, que envolve materiais e medicamentos, taxas e diárias hospitalares. A cooperativa reuniu quatro grandes hospitais da região e passou a discutir o tipo de remuneração, uma vez que as entidades já tinham assistido a quebra de duas operadoras locais. "Conseguimos implementar em todos os hospitais", disse, explicando que foram necessárias algumas negociações para o êxito do projeto iniciado em maio deste ano. "Foi o parto da montanha. Mas no fim todos entenderam que há o ganha-ganha".

A Unimed BH pratica há cinco anos o modelo de diária global, na qual estão contemplados todos os procedimentos cirúrgicos - incluindo diárias, taxas e insumos básicos - apenas materiais, medicamentos especiais e honorários médicos não entram. De acordo com Ferreira, o resultado é que esses hospitais atingiram a eficiência dos hospitais americanos, quando se compara índices como alta precoce, tempo de permanência e outros.

"Com a diária global, o ganho do hospital é em relação ao que ele faz melhor e mais rápido e assim se torna mais eficiente. Diagnósticos que ficavam três dias internados, hoje ficam dois, pois se melhorou os processos, melhorou o pós operatório, a recuperação anestésica e etc.", explicou Ferreira.

O modelo evita a sobreprestação de serviços, pois ela só é interessante em conta aberta. Na Unimed Bh, o modelo é visto como transição: não é conta aberta, mas também não é desempenho, mas como disse Ferreira, já é um início.

## **DRG**

O que a Unimed Vitória pretende amadurecer com as diárias semi-globais e o que a Unimed BH já faz com o modelo de diárias globais pode ser considerado a primeira etapa para a mudança do modelo de remuneração rumo ao chamado Diagnostic Related Groups (DRG).

De acordo com Renato Couto, diretor do IAG, ela é construída pela migração das margens de materiais e medicamentos para a diária, o que evita desperdícios. "Com isto corrigimos uma grande distorção no sistema de compras de serviços hospitalares pela saúde suplementar, no qual as operadoras pagam muito por aquilo cujo custo é baixo como materiais e medicamentos, e paga quase nada por aquilo que custa muito, a diária", explica.

A segunda etapa é aumentar o valor pago pela diária, além daqueles oriundos da migração de margens, pois mesmo com o repasse, o que se paga pela diária será inadequado em grande parte do Brasil. "A questão central é de onde virá o dinheiro para este aumento das diárias globais? Como operadoras, em grave dificuldade financeira, poderão dar aumento? Como garantir a sustentabilidade destas operadoras? O dinheiro existe e se encontra desperdiçado pela baixa produtividade do leito no Brasil", questiona.

No Brasil, segundo Couto, o número de dias necessários para se tratar um paciente de um determinado DRG é cerca 86% maior que o percentual americano. "Ora é possível entregar a assistência consumindo 86% menos diárias", compara.

Couto aconselha que para o hospital conseguir isso, ele deve ter governança clínica e alta qualidade assistencial. Já as operadoras devem ter sistemas de saúde que entreguem continuidade de cuidado permitindo uma alta precoce. "O dinheiro oriundo deste programa de aumento de produtividade hospitalar poderá ser compartilhado pela operadora, hospitais e médicos. Felizmente temos uma enorme oportunidade de sanear o sistema".

Durante o debate, Ari Ribeiro, superintendente de serviços ambulatoriais do Hcor e membro da Anahp, adiantou que a entidade de hospitais privados já estuda o modelo internamente para uma possível adoção nos hospitais integrantes. Mas há dificuldades para implantá-lo. Neste momento dada a precariedade da maioria dos serviços de codificação diagnóstica no Brasil, o DRG significaria uma drástica redução de receita para os hospitais, visto que o banco de dados que possibilita a implantação do modelo depende da codificação secundária e a maioria das entidades brasileiras mal codificam o diagnóstico principal, avalia.

Outro obstáculo colocado por ele é a questão das patentes. Para utilizar o DRG é preciso usar um sistema que pertenceria ao patrimônio da 3M. Mas Couto esclarece que a multinacional americana é apenas uma das empresas que patentearam alterações na metodologia, que originalmente foi desenvolvida nos Estados Unidos (veja mais detalhes no quadro abaixo) e pode ser utilizada por qualquer cidadão. “A maior parte dos países do mundo usam DRG e não pagam patente a 3M”, afirma.

### **Saiba mais sobre o DRG**

- DRG nasceu nos Estados Unidos em 1969 e, desde o início dos anos 80, é usado e atualizado pelo governo americano.
- A versão MS-DRG usada pelo governo americano é livre e acessível a qualquer cidadão ou empresa.
- Há empresas que fizeram modificações na metodologia original e a patentearam. A 3M é uma delas. Porém, a maior parte dos países que usam o DRG não pagam patente à 3M.
- O DRG só se aplica a pacientes internados em hospitais. O desempenho da produção assistencial deve ser mensurado em duas dimensões: custos e resultados.
- Dois indicadores permitem avaliar a qualidade: complicações assistenciais e mortalidade.
- Para usar o DRG é necessário um software que realize as milhares de combinações entre idade, CID da doença principal, CID de comorbidades, procedimentos realizados para gerar os 786 produtos da versão atual (MS-DRG).

### **Os principais desafios para implantar o DRG no Brasil, segundo Couto, são:**

- **Desconfiança entre as partes:** por isso ela precisa ocorrer de forma voluntária, transparente e com decisões sustentadas em preceitos técnicos.
- **Diferenças do sistema de codificação EUA vs Brasil:** São 72 mil códigos cirúrgicos americanos e 5100 códigos TUSS brasileiros. A solução é construir equivalências de códigos.
- **Os processos gerenciais do sistema de saúde suplementar brasileiro devem ser inclusos:** Categorizador de DRG deve integrar a assistência a ser realizada pela operadora e hospital.

**Fonte:** [Saúde Business](#), em 16.10.2014.