

Operadoras brasileiras estudam adoção de modelo internacional que remunera por diagnóstico

Por Ludmila Pizarro

A remuneração pelos planos de saúde aos seus fornecedores no Brasil pode mudar. O que está sendo discutido pelas entidades do setor é a troca do modelo conhecido como “conta aberta” para um formato inspirado em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG, na sigla em inglês). A maior diferença entre eles é que, no atual, as operadoras pagam pelo serviço utilizado. Se um paciente fica quatro dias internado, o plano paga pelos quatro dias. No segundo, o pagamento se dá considerando uma lista de diagnósticos, que têm um valor pré-determinado.

“Na metodologia por diagnóstico, o valor é definido pelo problema a ser resolvido. Por exemplo: uma pneumonia infantil, uma em adulto e uma em um soropositivo. Cada caso terá um valor. Existe um estudo técnico-científico, um protocolo para definir esse valor”, explica o superintendente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess), Luis Alberto Carneiro. Para ele, o novo modelo, cuja discussão ainda é inicial, será adotado no Brasil em até cinco anos. Esse protocolo que determina preço por diagnóstico, porém, não estabelece a qualidade do material a ser utilizado – o que pode levar a questionamentos por parte dos usuários e de entidades de defesa do consumidor.

A necessidade de mudança, segundo as entidades, está ligada ao aumento dos custos médico-hospitalares. No primeiro semestre de 2014, as despesas assistenciais dos planos de saúde subiram 15,6% em relação a 2013. Já a receita aumentou 14,9%, segundo o Iess. “Não tem como fugir do repasse. A nossa margem de lucro é de 2%”, diz Antonio Carlos Abbatepaolo, diretor executivo da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

Já o usuário se preocupa em como pagar mensalidades cada vez mais caras. Para a funcionária pública aposentada Zélia Martins Ferreira, 58, o índice de reajuste foi de quase 40%. “Achei alto. E quando eu fizer 60 anos? Não podemos viver para pagar pela saúde”, critica. As operadoras concordam. “Precisamos encaixar o valor da mensalidade na realidade do usuário”, diz Abbatepaolo.

A mudança, porém, pode afetar o serviço. “Quem sai prejudicado é o consumidor”, afirma Maria Inês Dolci, coordenadora institucional da associação de defesa do consumidor Proteste. Para ela, o modelo pode fazer com que hospitais optem por materiais mais baratos. “Se o método for adotado sem preparação, muitos hospitais fecharão”, opina Carlos Figueiredo, diretor da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). Ele, porém, não descarta o sistema. “O DRG não é apenas para pagamento. É uma ferramenta de gestão clínica”, diz. Segundo Figueiredo, o DRG pode incorporar premiações por desempenho, via indicadores de desfecho, que trazem o número de pacientes que foram curados.

Problemas

Médicos. Flávio Ávila, presidente da Associação de Usuários de Planos de Saúde Suplementar (SP), diz que questões como médicos mal pagos e atendimento ruim devem ser vistas antes do DRG.

Controle atual

Serviço. O modelo de remuneração utilizado hoje pelos planos de saúde, ‘conta aberta’ ou ‘fee for service’ (taxa por serviço) também tem suas formas de controle. São eles:

Auditórias. Para garantir que os fornecedores estão repassando os custos corretamente, os planos de saúde mantêm auditores externos nos hospitais.

Glosas médicas. Utilizadas pelos planos de saúde para questionar um determinado serviço que foi prestado pelo fornecedor, seja hospital, laboratório ou outro, e que não será pago.

Fonte: [Jornal O TEMPO](#), em 17.11.2014.