

As operadoras de planos de saúde devem reajustar os contratos com as empresas brasileiras em 15% neste ano. É praticamente o dobro da inflação estimada pelo Banco Central para o período. A estimativa é da gestora de benefícios inglesa Aon, que todos os anos calcula a inflação de custos médicos ao redor do mundo.

Em 15 anos, a despesa dos planos de saúde com assistência deve bater na casa dos 283 bilhões de reais, conforme mostra o Instituto de Estudos de Saúde Complementar (Iess). Esse valor é duas vezes e meia maior que o gasto atual das operadoras que atuam no país, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por que os custos com saúde no Brasil têm altas tão expressivas?

Parte da explicação está no aumento da expectativa de vida da população: quanto mais se vive, maiores são os gastos com saúde. Há também questões gerenciais, financeiras e culturais. Entre os especialistas, vem crescendo o entendimento de que é preciso mudar, por exemplo, o modelo de remuneração dos profissionais de saúde. Atualmente, os planos de saúde pagam aos hospitais e laboratórios a cada vez que um paciente é atendido.

Isso favorece a cultura de que um paciente deve fazer muitos procedimentos médicos. “Estudos indicam que 30% dos procedimentos realizados nos hospitais não são realmente necessários”, diz Raquel Marimon, presidente da consultoria em operações Strategy, especializada no mercado de saúde.

Com uma mudança no modelo de remuneração, os profissionais podem ser incentivados a acompanhar seus pacientes com uma frequência maior, a fim de evitar que precisem de procedimentos invasivos e caros no futuro.

Para tanto, a cultura da precaução precisa ser intensificada. Pessoas que fazem exames preventivos periódicos e são acompanhadas por um médico que conhece seu histórico de saúde correm menos risco de sofrer com doenças ao longo da vida. Isso tende a fazer com que a escalada de custos seja menos intensa.

Em 2005, a África do Sul mudou o sistema pelo qual os hospitais são remunerados. O objetivo é incentivar que as instituições sejam mais eficientes no tratamento dos pacientes, evitando a escalada de custos. Os reflexos já são visíveis. Na época, a inflação médica era o dobro do aumento de preços dos produtos em geral. Em 2015, a diferença caiu para menos de 1 ponto percentual, segundo a Aon.

Para que o Brasil possa obter resultados semelhantes, algumas mudanças precisam acontecer. Eis as principais:

1 - Criar padrões de qualidade

Antes de mudar o sistema de remuneração, é preciso saber exatamente quais objetivos os profissionais devem perseguir. Nos Estados Unidos, foram necessários quatro anos de estudos para que se chegasse aos indicadores mais adequados. Os objetivos foram desenhados para nortear o tratamento de doenças crônicas, atendimentos emergenciais e processos preventivos. A ação faz parte da grande reforma do sistema de saúde conhecida como Obamacare, aprovada no primeiro mandato do presidente americano. Entre os principais objetivos estão expandir o acesso da população ao sistema de saúde e aumentar a regulação dos planos.

Todos os padrões são seguidos por redes de consultórios e hospitais, chamadas accountable care organizations (ACOs). Criadas em 2011, elas compartilham a responsabilidade pelo paciente e são remuneradas conforme atingem métricas de qualidade.

No Brasil, ainda não há um movimento forte para estabelecer indicadores desse tipo. “Muitos dados usados por operadoras e hospitais são até incongruentes”, diz o médico Marcello Erich Reicher, diretor da consultoria HQI Gestão em Saúde. “Dessa forma, é difícil criar um plano de ação que favoreça a revisão do modelo de remuneração.”

2 - Criar incentivos para os profissionais de saúde

Depois de criar um padrão mínimo como base para os tratamentos, os profissionais de saúde precisam ser incentivados a alcançar metas. É aí que a mudança no sistema de remuneração pode ser implantada.

No Brasil, o pagamento mais comum é por serviço. Depois que o procedimento é feito, os profissionais e a instituição de saúde são pagos pelos planos. Nos Estados Unidos, é justamente isso que o Obamacare pretende combater.

No livro *Overdiagnosed* (sem tradução no Brasil), o médico americano H. Gilbert Welch, pesquisador da Universidade de Dartmouth, alerta que muitos pacientes se sentem frustrados se saem do consultório sem uma indicação para uma bateria de testes. “É importante que médicos e pacientes se engajem na promoção de qualidade de vida, e não na busca por doenças”, afirma Raquel, da Strategy.

Até 2016, o plano do Obamacare é migrar 30% dos pagamentos do programa Medicare (voltado para idosos) para o sistema de remuneração que leva em consideração os indicadores estabelecidos para as ACOs. Até 2018, a meta é mudar 50% do sistema.

Para as ACOs, conseguir bons resultados é uma questão de honra – se os objetivos esperados não forem obtidos, elas podem ficar sem o repasse federal. Há quem diga que o risco está no fato de os consultórios e hospitais economizarem tanto a ponto de faltar recursos para o tratamento. Em países como Finlândia e Suécia, esse problema é resolvido com regras de desempenho que asseguram que a remuneração será maior quanto menos complicações o paciente tiver depois do procedimento.

No Reino Unido, que possui um sistema de saúde considerado exemplar, é forte a figura do médico generalista. Sua principal função é acompanhar de perto o histórico de seus pacientes e só encaminhá-los a especialistas quando é mesmo necessário. Há dez anos, o Reino Unido também implantou um sistema de remuneração por performance. Por lá, a avaliação leva em consideração quase 150 indicadores. Estima-se que, atualmente, 25% da remuneração dos médicos que participam do programa vêm dos incentivos por desempenho. O custo per capita com saúde no Reino Unido é menos da metade do que o gasto nos Estados Unidos.

3 - Adotar soluções de tecnologia

Uma maneira de melhorar o acompanhamento dos pacientes, de modo que eles precisem menos de procedimentos invasivos e caros, é investir em tecnologia. Os avanços da indústria médica permitem diagnósticos mais precisos em diversas especialidades. As instituições que aproveitam esse avanço conseguem controlar melhor a saúde de seus pacientes.

Um exemplo dessa aplicação são as tecnologias que combinam o uso de aparelhos modernos com softwares de big data. “Com esse tipo de sistema, é possível cruzar as informações de sintomas, diagnósticos e procedimentos que ajudam a detectar problemas cada vez mais cedo”, diz Raquel Marimon, da Strategy.

De acordo com Marcello Reicher, da consultoria HQI, as tecnologias também munem o paciente de informação para que ele saiba exatamente por que fazer o tratamento. “Pesquisas mostram que mais de 70% da população toparia pagar por uma operadora de saúde que oferece serviços de tecnologia avançada”, diz Reicher.

4 - Criar centros de excelência verticalizados

Operadoras de plano de saúde brasileiras vêm investindo em sistemas de atendimento próprios, como hospitais, laboratórios e centros de especialidades. Essa atitude fundamenta-se na ideia de que a gestão focada no resultado final traz uma economia de escala importante.

Segundo a ANS, 40% dos planos contavam com rede própria de atendimento em 2014. Com o controle do processo, as operadoras tendem a investir mais em tecnologias capazes de evitar que os pacientes precisem passar por procedimentos caros, que aumentam seus próprios custos. É uma visão diferente dos hospitais e laboratórios que são remunerados sempre que um procedimento é feito.

Fonte: [Exame](#), em 21.08.2015.