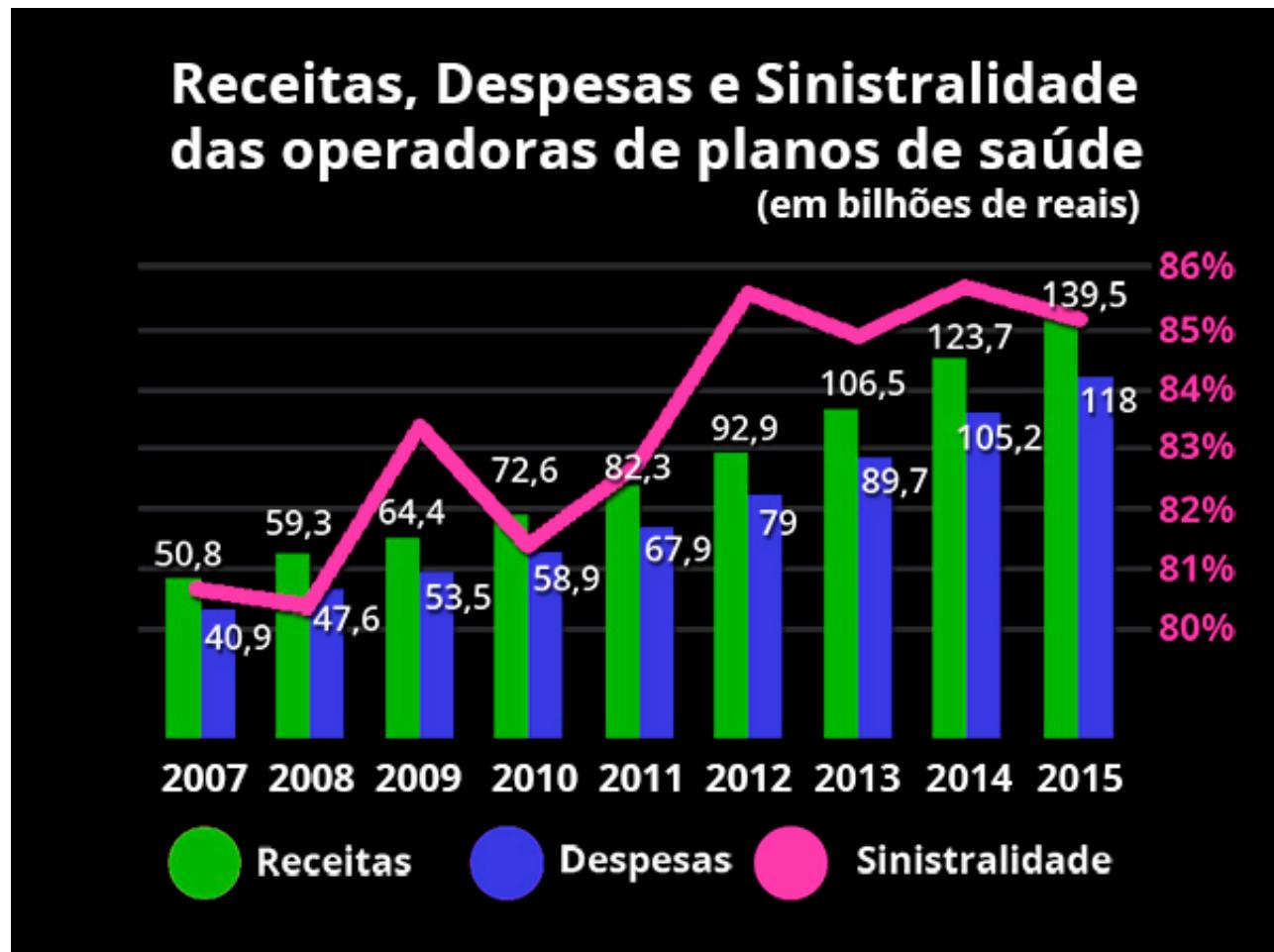
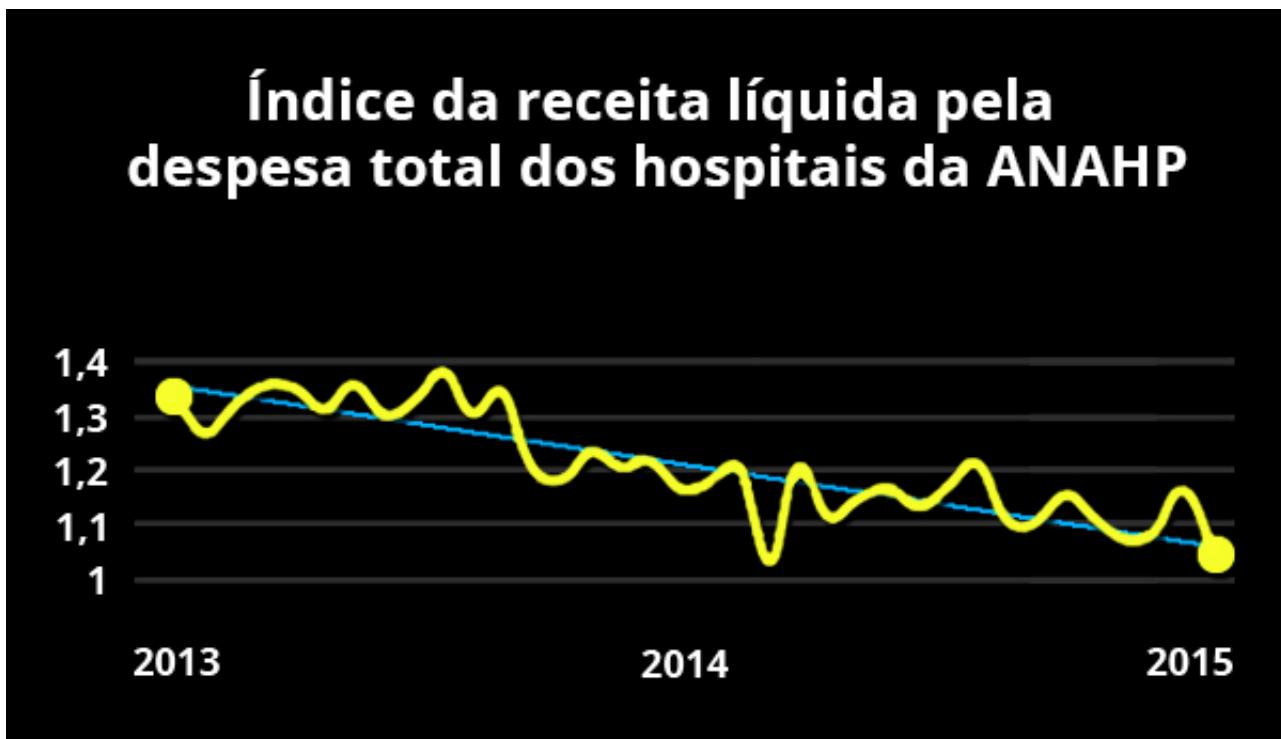


Os gráficos abaixo apresentam as duas faces de uma mesma moeda. No primeiro, o comportamento financeiro de 2007 a 2015 entre as operadoras de planos de saúde: as receitas de contraprestações crescem em ritmo inferior às despesas. A consequência é a taxa de sinistralidade setorial, que ultrapassou, em 2015, o patamar acima de 85%, o que visivelmente é um padrão desconfortável e de risco.





No outro gráfico, o comportamento das receitas líquidas pela despesa total dos hospitais, produzido pela Associação Brasileira de Hospitais Privados (Anahp) e publicado no “Observatório Anahp 2016”. Não é preciso ser um expert em gestão hospitalar para enxergar que esse padrão também é desconfortável e coloca em uma exposição de risco os prestadores de serviços de saúde.

Os dois casos demonstram que há um risco real à sustentabilidade da saúde privada no Brasil.

O que se pode inferir desse processo, a nosso ver, é que a raiz do problema que acomete as duas faces da mesma moeda está exatamente no atual modelo de remuneração por serviços prestados em saúde, conhecido como *fee-for-service* ou “conta aberta”.

Esse modelo é nitidamente um “cheque em branco”. Todas as despesas de uma internação hospitalar, da entrada à saída, acabam sendo incorporadas à conta hospitalar. E, nessa perspectiva de que “a conta absorve” tudo, acaba-se encobrindo muitas das ineficiências do sistema. Busca-se, em outros termos, a “maior conta possível”, pois, quanto maior, maior também será o retorno ao prestador.

Isso funcionou durante muito tempo, mas, aparentemente, esse é um modelo que está esgotado. Como mostramos aqui diversas vezes e com muitos estudos, há mais de 30 anos os países superaram o uso do *fee-for-service* como um modelo único de pagamento por serviços de saúde. Ao longo das décadas, passaram a prevalecer critérios como o DRG (*Diagnosis Related Groups*), *Bunddle Payment*, Pagamento por Performance, entre outros, e a combinação entre os distintos modelos.

No último período, de forma mais intensa nos últimos 18 meses, a combinação entre queda do total de beneficiários e continuidade da expansão dos custos, intensificaram as perdas setoriais e aumentaram o risco dos agentes da cadeia de valor de saúde. Operadoras de planos de saúde e hospitais terão, necessariamente, de repensar esse modelo e reorganizar o sistema de avaliação de desempenho e remuneração pelos serviços prestados, punindo o desperdício e premiando a eficiência. Se alguém duvida disso – e se também não compreendeu o sentido de urgência –, basta dar uma nova olhada nos dois gráficos.

Fonte: [IESS](#), em 10.10.2016.