

Por Cadri Massuda(*)

A relação financeira entre planos de saúde e hospitais é regada por um conflito de interesses. Ao emitir uma autorização de internamento é como se a operadora de saúde entregasse um “cheque em branco” ao hospital. Ao hospital interessa que a conta seja alta e à operadora que essa conta seja menor. Nesse momento, entra o papel dos auditores médicos, que têm a função de analisar todos os itens da conta médica. Observa-se que, nesse contexto, todos os atores envolvidos estão sempre em constante conflito, ao invés de trabalharem em prol de um objetivo único: dar o melhor serviço a um custo adequado.

Para que a parceria entre planos de saúde, hospitais e segurados continue saudável é preciso repensar a forma de remuneração dos serviços médicos hospitalares. Atualmente, o pagamento é realizado por serviços prestados diante do evento ocorrido. Para isso, são utilizadas tabelas que são pré-acordadas entre as operadoras, hospitais, laboratórios e médicos. Nessa forma de pagamento, privilegia-se a complexidade da doença e a operadora não consegue mensurar o quanto vai gastar com o paciente internado.

As operadoras de saúde estão buscando soluções para continuarem oferecendo serviços de qualidade para a população a um preço justo. Uma delas é a proposta de estabelecer uma nova forma de cobrança dos procedimentos pelos hospitais e médicos. Por isso, a Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde está realizando um levantamento de custo médio dos procedimentos mais comuns. A ideia é criar uma tabela de valores para que os hospitais e clínicas saibam, de antemão, o valor que será pago, estabelecendo pacotes por procedimentos.

Em relação aos médicos, a ideia é muito semelhante. O pagamento proposto deixa de ser por serviços prestados e passa a ser por resultado. Isso fará com que muitas das indicações médicas, principalmente cirúrgicas, possam ser melhores avaliadas. Esta nova proposta já está sendo buscada pelos planos de saúde e deve ser implementada em médio e longo prazo.

O mais importante é que na remuneração por serviços prestados existe a possibilidade de divisão da responsabilidade entre planos de saúde e o setor de saúde – hospitais e médicos. E, com isso, poderemos ter uma gestão de custos mais consciente e, assim, garantir a sobrevivência dos serviços de saúde privados. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontam uma queda de 5% no número de beneficiários no estado de Santa Catarina entre julho de 2015 e deste ano.

Os beneficiários dos planos de saúde também ganham com essas mudanças e com o uso mais racional dos recursos terapêuticos e diagnósticos. Entre possíveis benefícios estão o menor valor da mensalidade do plano; acesso mais facilitado aos serviços de acordo com a sua necessidade e um menor número de intervenções (exames e tratamentos) evitáveis.

(*) **Cadri Massuda** é presidente da Abramge-PR/SC – Associação Brasileira de Planos de Saúde – regional Paraná e Santa Catarina.

Fonte: [Bem Paraná](#), em 31.10.2016.