

Atualmente, nos países desenvolvidos, os gastos em saúde chegam a mais de 4 mil dólares por pessoa, por ano, podendo alcançar 8 mil dólares nos Estados Unidos. Ao compararmos os investimentos e os resultados, vemos que gastar mais em saúde não, necessariamente, torna as pessoas mais saudáveis. Sendo assim, o Saúde Business Fórum 2017 decidiu criar o painel: O estado atual do DRG/fee-for-value/P4P no Brasil: cases e projetos.

O moderador do painel foi Eliane Kihara, Partner da PwC e os convidados: Sérgio Ricardo, CEO da Amil (UnitedHealth Group), César Abicalaffe, CEO 2im, Francisco Balestrin, Presidente do Conselho da ANAHP, Helton Freitas, Presidente da Seguros Unimed e Mauro Figueiredo, CEO DaVita Health International- Brazil.

Não é novidade que no final do ano, as empresas recebem de suas operadoras de plano de saúde a solicitação de reajustes. Nos últimos anos, os gastos na área da saúde em nosso país praticamente quadruplicou , e a grande parte reincidiu sobre o setor privado.

Dessa maneira, não podemos deixar de considerar que a mudança de mercado para os cuidados baseados em valor (VBC) é uma realidade cada vez mais próxima e vem despontado como uma provável saída para lidar com o crescimento dos custos de cuidados de saúde, ineficiência clínica e em muitos casos a duplicação de serviços.

Quando falamos de mudança de modelo, para Helton Freitas, Presidente da Seguros Unimed, é necessário que as empresas, isto é, os clientes das operadoras e um dos principais canais com o paciente, se façam presentes nessa discussão, ou seja, se apropriem de mais conhecimento sobre esse debate.

César Abicalaffe, reitera que o Fee-for-service, modelo amplamente utilizado no Brasil é um desserviço na busca por melhorias no sistema de saúde. Sobre o sistema de DRG, ele foi enfático em afirmar que tem algumas ressalvas, uma vez que o DRG não anula o conceito de remuneração por procedimento, ou seja, seguimos compensando a complexidade e o volume. Para o pacote de serviços se mostrar efetivo deve contemplar indicadores de qualidade e eficiência.

Um modelo de gestão mais sustentável deve contar com a promoção e prevenção de doenças, sem abrir mão de investimentos em dados e adoção de melhores práticas, que irão compor um ambiente mais saudável.

A discussão avançou para a parceria da ANAHP com a ICHOM- International Consortium for Health Outcomes Measurement. A instituição está desenvolvendo conjuntos de desfechos relevantes para as doenças de maior relevância no mundo. Este estudo tem como objetivo avaliar os outcomes clínicos e, assim, criar padrões para serem aplicados nos modelos de remuneração, por exemplo.

Sobre o que foi discutido podemos compreender que a reformulação dos modelos de pagamento se faz necessária não apenas para atenuar os custos para fontes pagadoras e pacientes e melhorar os resultados dos tratamentos realizados, mas também para melhorar a experiência que o paciente terá ao longo de toda a cadeia de cuidado.

Independente do método de remuneração selecionado, todos enxergamos a urgência de um caminho comum.

Fonte: [Saúde Business](#), em 28.06.2017.