

Por Fernanda Fortuna

Como vamos conseguir financiar a saúde no Brasil? Esse é um desafio que preocupa líderes do setor público e privado. Leandro Fonseca da Silva, diretor presidente da ANS costuma dizer que nós temos discutido a necessidade de como financiar, de reformar a previdência social, mas também é preciso pensar em como financiar adequadamente a saúde. Esse foi um dos temas amplamente discutidos no Seminário do SINDHOSP e Fleury sobre o Impacto dos Recursos Diagnósticos na Assistência à Saúde que aconteceu este mês.

Especificamente sobre a importância da sustentabilidade na área de recursos diagnósticos, ele contou que, quando criança, brincava com um jogo chamado pega-varetas, no qual era necessário tirar as varetas uma a uma, sem balançar a vareta de baixo, diz “O que estamos enxergando é isso. Todas essas distorções, misturadas, é preciso trabalhar em cada um para que tenhamos uma dinâmica mais eficiente, para que o setor seja mais produtivo. E que de fato seja sustentável do ponto de vista econômico, de forma que entregue os resultados desejados no setor de saúde”

Hoje, o modelo assistencial de saúde estimula a produção de exames, e não o resultado em saúde. Além disso, possui um cuidado fragmentado da jornada do paciente, ou seja, ausência de coordenação do cuidado prestado nos diferentes níveis de complexidade da rede, e uma cultura hospitalocêntrica. Recursos diagnósticos são uma importante ferramenta para o diagnóstico preciso do paciente, mas é necessário fazer bom uso destes, encontrar um meio termo entre a subutilização e a superutilização.

Ambas custam caro. Na superutilização, há uma demanda desenfreada por exames que muitas vezes se sobrepõem ou não eram necessários naquele momento. Isso demonstra a falta de personalização em cada atendimento, ausência de uma rede integrada com dados interoperáveis e responsabilidade com a sustentabilidade do sistema. Wilson Scholnik, presidente da SBPC/ML apontou que uma das causas mais citadas entre os médicos para a superutilização é o receio de um diagnóstico incorreto e pressão do paciente com o rumo de seu próprio tratamento. Em um estudo de 2013 apresentado no seminário pela ANS, pôde-se observar que, enquanto o número de ressonâncias magnéticas realizadas em hospitais e atenção ambulatorial por 100 habitantes/ano era de 132 no Brasil, nos países membros e parceiros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) eram somente 52. Fica o questionamento se precisamos realmente de 150% a mais de gastos com esse recurso, como forma de segurança, para um tratamento de excelência.

A conta da subutilização também vem, mas não de imediato. Aqui o problema não se resume somente à sustentabilidade, isso afeta inclusive a segurança do paciente pela falta de um diagnóstico preciso. A longo prazo, as situações médicas tendem a escalar sem o tratamento adequado e impactar a utilização dos recursos finais empregados em sua assistência como um todo.

Dados do IESS retratam em números o balanço entre procedimentos e despesa assistencial. Exemplificando alguns itens, em termos de procedimentos, exames complementares correspondem a 62%; consultas médicas ambulatoriais, 17%; pronto socorro, 4%; e internações 1%. Enquanto isso, a proporção em custos se distribui da seguinte forma: internações são responsáveis por 47% dos recursos; exames, 23%; consultas ambulatoriais, 12%; e pronto socorro 4%. Visto que esse cenário se reflete globalmente, em 2012, a American Board of Internal Medicine, lançou a iniciativa Choosing Wisely. A proposta pede para que cada sociedade de especialistas façam uma autocritica daquilo que não deve ser realizado em protocolos.

Para se ter uma ideia, estima-se que o gasto com saúde no Brasil seja de 9% do PIB, sendo 4,9% somente para a saúde suplementar. É uma fatia de mais de 50% do recurso total, mas apenas 25% da população possui plano de assistência médica privada. Segundo Luiz Augusto Carneiro, do Instituto de Estudos na Saúde Suplementar (IESS), em 2011, foram pesquisados 107 países, e em

média 7% da despesa anual global com saúde foi desperdiçada por fraude e erros. “No mercado de saúde suplementar, de 25 a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Assim estimamos que 22,5 bilhões de reais foram consumidos por fraudes e desperdícios no setor privado de saúde em 2016. Isso é cerca de 19% do total de gastos assistenciais da saúde suplementar”.

Quando falamos em gerar eficiência temos que ter em mente que o setor de saúde não obedece exatamente as leis clássicas econômicas. Geralmente, a saída para aumentar a eficiência é a abertura de concorrência e quando citamos a queda de procura em um serviço, normalmente a consequência é a redução de custos para continuar no mercado. Aqui isso é um pouco diferente... Em primeiro lugar, é extremamente preocupante a ampla abertura de concorrência sem a cautela com o fator qualidade. A competição entre preço e qualidade pode gerar, eventualmente, desequilíbrios, tanto a curto quanto a longo prazo. O diretor presidente da ANS diz: “É preciso sim promover a concorrência, mas não dá para jogarmos todas as fichas apenas na promoção dela. É preciso tratar também de tudo aquilo que acaba afetando a dinâmica mais eficiente do setor.”

Para ele, existem alguns fatores que influenciam o debate sobre a sustentabilidade, em específico nos recursos diagnósticos: questões epidemiológicas e demográficas, como o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Em segundo, as forças competitivas que acabam sendo limitadas pelo próprio arcabouço legal e, por último, os incentivos que potencializam o risco moral.

O outro ponto que nos chama atenção é o comportamento do Brasil, em termos de saúde populacional, perante a uma crise, em comparação com o observado em outros países. Por exemplo, “Durante a recessão financeira de 2008, houve uma redução do custo per capita com saúde nos Estados Unidos e Europa. Os governos enxugaram os custos. Diferentemente, no Brasil, o custo não diminuiu no último período de crise, ele continuou crescendo”, concluiu Luiz Carneiro.

O modelo que temos hoje de pagamento por serviço promove um desalinhamento de interesses econômicos, por isso temos que trabalhar sempre a questão de compliance no setor. Para Solange Beatriz, presidente da Fenasaúde, a superutilização decorre do movimento natural de cada segmento perseguir seus resultados, seus lucros. Cada extrato olhando para si próprio. “Há uma ausência de regulação de acesso no modelo de pagamento. Eu acredito que quando se tem intenções de incentivos, só o controle através de regras pré determinadas e políticas definidas podem promover esse ajuste que norteie essas ações. Não é algo que se dê de forma natural, é preciso entender a utilização e promover um comportamento mais racional”, e continua, “Somos uma cadeia produtiva e precisamos fazer um pacto. Cada segmento tem que botar a mão na ferida e ter coragem de buscar a rentabilidade em conjunto com a satisfação e sustentabilidade do setor”

A crescente de custos promovida pelo modelo, inevitavelmente, é promovida para os beneficiários, refletindo em constantes aumentos das mensalidades de planos de saúde. É nesse ponto que contrariamos às leis da economia. Houve uma redução de mais de 3 milhões de beneficiários de planos de saúde, nos últimos 3 anos, e as operadoras estão dando reajustes acima de dois dígitos, conforme dados da ANS. “Em qualquer outro mercado, quando se perde cliente, se procura reduzir preço. Isso mostra que o modelo tem enormes distorções, enormes ineficiências e enormes dificuldades para se atingir produtividade maiores”, diz Leandro.

Apesar de algumas práticas aplicadas no mercado estimularem a demanda e serem criticadas por aumentarem os custos assistenciais, além do internacional Choosing Wisely, existem iniciativas como a da ABRAMED, que visa coibir esse tipo de ação. “Quando a gente fala de ética, ou a gente pratica ou a gente não pratica. Não existe um meio do caminho”, diz Claudia Cohn, presidente da instituição.

Ela conta que, há dois anos, a ABRAMED tomou uma atitude disruptiva, acompanhada de outras entidades, na qual houve uma reunião entre os associados e desenhado como poderiam se inibir as más práticas. Daí surgiu o código de conduta dos associados, seguido por vários centros de diagnóstico no Brasil, que se comprometeram e se responsabilizaram em estabelecer dentro de casa as melhores práticas.

A reunião de líderes debateu pontos importantes para o tema e, em resumo, deixou algumas lições de casa para cada instituição discutir e encontrar o seu papel na sustentabilidade do sistema, indução de um novo modelo assistencial que se comprometa com a gestão de saúde de forma integrada, com foco em linhas de cuidado e visão ampliada do sistema, que oriente o usuário na rede e que remunere diferenciadamente pelo resultado em saúde.

Fonte: [Saúde Business](#), em 03.05.2018.