

Especialistas apontam que o sistema privado de saúde no país, em boa parte dos casos, ainda remunera os prestadores de serviço mais pela quantidade do que pela qualidade dos atendimentos. Algumas experiências mostram que as mudanças necessárias são possíveis para o mercado brasileiro

Tratar a gestão de saúde com foco apenas na doença – e não na prevenção das causas – ainda leva, entre outros problemas, a um modelo de remuneração que prima pela quantidade em detrimento da qualidade dos serviços prestados.

Ao menos é o que se observa no sistema privado de saúde segundo análise de especialistas como José Luiz Bichueti, autor do livro *Gestão de Pessoas não é Com o RH* (Intelecto, 2017), e Yussif Ali Mere Jr, presidente licenciado da Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP). Ambos abordaram o tema em artigo publicado pela versão brasileira da Harvard Business Review.

De acordo com os autores, as negociações de valores para procedimentos assistenciais entre prestadores e planos de saúde são alguns dos “principais entraves no avanço da relação entre eles no Brasil.

Ainda hoje, o que se encontra na maioria dos casos é o chamado modelo de Fee for Service (FFS), no qual o prestador é remunerado por procedimento. São as partes que estabelecem, previamente, uma tabela de preços (por procedimento ou pelo conjunto deles) – o desempenho dos prestadores de serviços, no entanto, não é levado em conta.

A convite da ASAP, o tema foi debatido pelo Superintendente Executivo da Bradesco Saúde, Paulo Prado, e pelo Superintendente de Provimentos da Unimed Seguros, Luis Fernando Rolim Sampaio – com mediação de Marco Tulio Carvalho, Gerente de Gestão de Saúde do Grupo Fleury.

Para Luis Fernando Rolim Sampaio, qualquer nova forma de remuneração que possa ser investigada e testada pelos agentes da cadeia de saúde deverá encontrar nos avanços tecnológicos um meio fundamental de viabilização e difusão. “A gente não vai conseguir fazer uma mudança dessa sem tecnologia, sem a possibilidade de ter informações gerenciais muito bem desenhadas e acordadas entre os parceiros”, avalia.

Os gestores de saúde corporativa têm papel estratégico nessas transformações. Ao lado de médicos e peritos em inteligência em saúde (profissionais que lidam com bases de dados), é preciso que as empresas contratantes, na figura dos líderes de Recursos Humanos, participem ativamente desse debate, inclusive se inteirando de alguns dos aspectos técnicos que o envolvem. O mesmo vale para seguradoras e redes prestadoras. “Isso tem que ser feito em conjunto entre todos”, afirma Sampaio.

Paulo Prado mostra otimismo ao falar do futuro desses modelos no Brasil. Segundo ele, já possível pensar em boas práticas em remuneração no mercado brasileiro. “Existem modelos implantados onde se consegue, de fato, gerar uma previsibilidade do custo, garantindo a qualidade daquela assistência”, diz.

Esse é um dos principais desafios: enxugar gastos sem sacrificar o valor da entrega em saúde aos clientes. “Todos nós desejamos que os nossos segurados continuem sendo atendidos da maneira mais segura e com a maior qualidade possível”.

Entre os exemplos positivos levantados por Prado estão sistemas de remuneração baseados na qualidade da entrega do resultado de acompanhamento aos pacientes, que ele considera de extrema relevância no controle da evolução do custo assistencial. “Esse será o direcionador, mas nunca esquecendo da qualidade da prestação do serviço aos nossos pacientes”.

[Assista aqui ao vídeo.](#)

Fonte: ASAP, em 22.08.2018.