

Fee-for-service (FFS). Se você estuda o setor de saúde ou acompanha o nosso blog, certamente já ouviu e leu bastante sobre o tema. E provavelmente, assim como nós, deve ter chegado à conclusão de que este modelo de remuneração de serviços de saúde – um dos mais comuns no mundo, se não o mais comum – oferece incentivos perversos para o setor, premiando o desperdício e a ineficiência.

Então, o que vamos falar agora pode até ser um choque, mas o modelo não é de todo negativo! Calma, não estamos defendendo que ele permaneça como o padrão para determinar a remuneração de todo o setor. Acreditamos firmemente que o FFS gera incentivos negativos, contribuindo para o aumento dos custos além de comprometer a sustentabilidade da saúde suplementar. Usado como modelo único de remuneração, ele deixa uma lição bastante triste: o desperdício compensa.

Não é coincidência que três dos cinco países com inflação médica mais elevada no mundo utilizem o FFS como modelo de pagamento de serviços de saúde, como apontamos no estudo “[Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar](#)”. O modelo, entretanto, tem suas vantagens.

Acreditamos que variadas formas de remuneração geram diferentes incentivos a depender do tipo de atenção à saúde no qual são aplicados. Por exemplo, o DRG (grupo de diagnóstico, em tradução livre), criado inicialmente como uma ferramenta para medir a utilização de recursos por equipes diferentes relativamente a um mesmo procedimento em um mesmo estabelecimento de saúde, foi adaptado como remuneração ao se estabelecer um valor fixo para o tratamento de cada condição de saúde determinada por um DRG. A partir daí, se os prestadores forem mais eficientes e conseguirem restaurar a saúde do paciente mais rapidamente do que o previsto, terão uma remuneração proporcionalmente maior. Se houve alguma falha e o paciente recebeu alta, mas teve que ser readmitido, o estabelecimento deve prestar o atendimento adequado sem, no entanto, receber acréscimos remuneratórios.

Por outro lado, há casos em que não é possível estipular um padrão de atendimento e precificar seu custo. Especialmente quando pensamos em eventos extremos, como tratamento de traumas múltiplos causados por acidentes de automóveis; transplante de rins ou de coração, que podem ter circunstâncias muito diversas de um paciente para outro; ou tratamentos demandados pelo nascimento de bebês prematuros.

Para todos os casos em que não é possível trabalhar com previsibilidade e, portanto, não há uma noção real dos gastos que podem estar envolvidos, o DRG deixa de ser interessante. Claro, o FFS pode incentivar o desperdício também nesses casos. Além disso, há diversas outras formas como empacotamento, capitation etc.

Como equacionar a questão? O setor de saúde já procura essa resposta há pelo menos 30 anos. Em nossa opinião, não há modelo perfeito. Ao menos não um formato universal.

Da mesma forma que cada País tem suas peculiaridades, incentivamos que os diversos modelos de remuneração sejam combinados para chegar em um resultado que atenda as particularidades do mercado brasileiro.

O fundamental é garantir que os incentivos financeiros estejam alinhados aos interesses dos pacientes. O que tende a reduzir desperdícios e, conseqüentemente, possibilitar o atendimento de qualidade a mais pessoas com mais celeridade.

Se você tem um trabalho nessa linha ou mesmo discordando dela, não deixe de inscrevê-lo no [IX Prêmio IESS de Promoção Científica em Saúde Suplementar](#)!

Fonte: IESS, em 26.07.2019

