

VISÃO SAÚDE

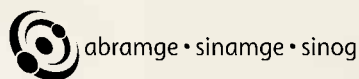
A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2016

CUSTO DA SAÚDE DESPESAS ASSISTENCIAIS SOBEM 19% EM 2015, QUASE DUAS VEZES MAIS DO QUE A INFLAÇÃO GERAL

NO MUNDO É ASSIM O QUE PODEMOS APRENDER COM AS EXPERIÊNCIAS DE PAÍSES COMO EUA, CANADÁ E INGLATERRA

GONZALO VECINA FALA SOBRE OS DESAFIOS E AS TENDÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO




ANO 1 Nº 01
ISSN 2448-0630

REMÉDIO ANTICRISE

O QUE É POSSÍVEL E NECESSÁRIO FAZER PARA AMPLIAR O ACESSO À SAÚDE E REVERTER A QUEDA DO NÚMERO DE USUÁRIOS DE PLANOS





Há diversas razões
para buscar qualidade
de vida e bem-estar.
Todas elas importam
para nós.

Focada em mudança de comportamento para proporcionar mais qualidade de vida e bem-estar às pessoas, a Healthways é a maior empresa independente em desenvolvimento e implantação de programas de gestão de saúde e bem-estar do mundo.

Para isso, desenvolvemos um conjunto de soluções com base em conhecimentos científicos para a promoção da saúde integral das pessoas.



Avaliação
de Saúde
e Bem-Estar



Portal
de Saúde
e Bem-Estar



Gestão
de Crônicos



Coaching de Saúde
e Bem-Estar



Sênior



Análise
Preditiva

Com mais de 30 anos de experiência, estamos presentes em quatro continentes com relevantes parcerias como Gallup, MIT AgeLab, Johns Hopkins University, Pro-Change (Prochaska), entre outras – beneficiando mais de 68 milhões de pessoas.

Criando um mundo mais saudável,
uma pessoa por vez.



www.healthways.com.br

Debate equilibrado para o bem da saúde

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) e o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), realizadores da revista Visão Saúde, representam operadoras de medicina e odontologia de grupo que atendem cerca de 35 milhões de brasileiros

A responsabilidade de cuidar da saúde de tantas pessoas estimulou as entidades a criar esta publicação para promover o debate sobre as principais questões relacionadas à saúde suplementar no Brasil. Aqui, a cada três meses, traremos reportagens, infográficos e artigos que revelem não só o ponto de vista da Abramge, do Sinog e de seus afiliados, mas também dos diferentes atores dessa importante cadeia econômica, como gestores hospitalares, médicos e dentistas, administradores públicos e estudiosos.

Nesta primeira edição, a reportagem de capa [1] mostra o que as operadoras estão fazendo para enfrentar a recessão econômica, que deixou mais de 1,6 milhão de pessoas sem planos médico-hospitalares desde o início de 2015 até os dias atuais. Essa crise motivou as empresas a serem mais eficientes na gestão de seus negócios e a oferecerem inovações em produtos e serviços. A expectativa é de que, a partir da retomada da economia, o setor volte ainda mais forte.

Outro assunto muito relevante, que ameaça a sustentabilidade do modelo atual do setor, é a escalada dos custos da assistência médica [2]. A incorporação de novas tecnologias contribui para o quadro, mas os verdadeiros vilões são as fraudes, os desperdícios e os procedimentos desnecessários. A busca por maior eficiência e controle certamente dominará o debate nos próximos anos.

Este número um também apresenta os pontos fortes e fracos dos sistemas de saúde do Canadá, EUA e Inglaterra [3], as principais oportunidades no curto prazo para o segmento de planos odontológicos e outras seções com conteúdos diversos. E, como a cereja do bolo deste cardápio, temos a entrevista com o professor Gonzalo Vecina [4], com 40 anos de experiência em diversas áreas da saúde, que explica o atual momento do Brasil e clama por mudanças.

Uma vida longa para a **Visão Saúde** e todos nós.

Boa leitura.



SHUTTERSTOCK / POGONICI [1]



SHUTTERSTOCK / USBR [2]



SHUTTERSTOCK / MEINERD [3]



[4]

CHICO MAX



SHUTTERSTOCK / POGONIC

6 PÁGINAS AZUIS

Em entrevista, o professor da Faculdade de Saúde Pública da USP e ex-Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, Gonzalo Vecina, defende novo pacto para a saúde brasileira.

CAPA

18 Remédio anticrise

A turbulência econômica e política do Brasil gerou desemprego e levou mais de 1,6 milhão de pessoas a perderem seus planos de saúde. Saiba como as operadoras estão transformando essa crise em oportunidades de inovação e melhorias na gestão.

24 O custo da saúde

Entenda como a tecnologia, o envelhecimento populacional e o desperdício elevam os gastos da assistência médica no Brasil, acima do índice geral da inflação.

28 Mesma língua, diferentes sotaques

Conheça as vantagens e desvantagens dos modelos adotados pelos sistemas de saúde de Canadá, EUA e Inglaterra; cada um desses países escolheu seu próprio caminho.

SEÇÕES

- 10 Imagem
- 12 Notas
- 16 Raio X
- 32 Checklist
- 34 Por dentro
- 36 Acesso
- 38 Diagnóstico



DIVULGAÇÃO ABRAMGE

CAPA: SHUTTERSTOCK / CHAIKOM



COMITÊ EXECUTIVO SISTEMA ABRAMGE

Reinaldo Camargo Scheibe PRESIDENTE ABRAMGE
 Geraldo Almeida Lima PRESIDENTE DO SINOG
 Cadri Massuda PRESIDENTE DO SINAMGE
 Carlito Marques SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE
 Pedro Ramos DIRETOR DA ABRAMGE
 Lício Cintra DIRETOR DO SINAMGE
 Antonio Carlos Abbatepaolo DIRETOR EXECUTIVO DO SISTEMA ABRAMGE
 Francisco Eduardo Wisneski SUPERINTENDENTE DO SISTEMA ABRAMGE

DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SISTEMA ABRAMGE

Gustavo Sierra ASSESSOR DE IMPRENSA ABRAMGE
 Keiko Otsuka Mauro GERENTE DE MARKETING E EVENTOS
 Luis Fernando Russiano ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO, MARKETING E EVENTOS SINOG

PROJETO EDITORIAL E GRÁFICO

MIOLO EDITORIAL

www.mioleditorial.com



PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Beto Gomes, Eduardo Lima e Gustavo Magaldi (EDIÇÃO),
 Kátia Shimabukuro (REVISÃO), Maurício Oliveira (TEXTO)
 Marco Cançado (ARTE)

PUBLICIDADE

Nominal Representações
 11 3063-5677 / 11 98187-5880

A revista **Visão Saúde** é uma publicação das entidades que representam os planos de saúde. A reprodução total ou parcial do conteúdo é expressamente proibida sem prévia autorização. Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da **Visão Saúde** ou do Sistema Abramge.

ABRAMGE Associação Brasileira de Planos de Saúde.
SINAMGE Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo.
SINOG Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo.
REVISTA VISÃO SAÚDE Rua Treze de Maio, 1540 - São Paulo - SP - CEP 01327-002
 TEL.: (11) 3289-7511
 SITE: www.abramge.com.br | www.sinog.com.br
www.visaosaude.com.br
 E-MAIL: redacao@visaosaude.com.br | comercial@visaosaude.com.br

Valor	Data	Status	Valor	Data	Status
11.002.487,34	11/08	23.31	11.002.487,34	11/08	23.31
11.002.487,34	11/08	23.31	11.002.487,34	11/08	23.31
11.002.487,34	11/08	23.31	11.002.487,34	11/08	23.31
11.002.487,34	11/08	23.31	11.002.487,34	11/08	23.31



SUA OPERADORA CUIDA DA SAÚDE DOS SEUS CLIENTES. NOSSO NEGÓCIO É CUIDAR DA SAÚDE DA SUA OPERADORA.

LINHA GESTÃO

SIG/PS

Sistema de gestão que integra todos os processos da operadora, de forma intuitiva com alta produtividade, 100% compatível com os padrões exigidos pela ANS. Gerencie de forma eficaz contratos, vendas, cobranças, negociações, autorizações, contas, pagamentos, CRM e muito mais. Tudo em um único software, com total precisão e integrado às mais modernas ferramentas de Business Intelligence.

SICLIM

O mais moderno e versátil sistema de gestão para consultórios e clínicas disponível no Brasil. Permite agendar, monitorar o fluxo do atendimento, verificar elegibilidade, solicitar autorizações, registrar eventos, realizar anamnese e gerenciar todas as interações com as operadoras de planos de saúde, inclusive por meio dos webservices TISS.

MEDCALC

O portal que ajuda a gerenciar os pagamentos aos médicos e profissionais de saúde que prestam serviços ao hospital ou à operadora, com todas as apurações, cálculos e controles necessários. Funciona de forma autônoma ou integrado a qualquer sistema de gestão, tanto de operadoras quanto de hospitais.

LINHA STARTISS

STARTISS FATURAMENTO

Recebe o faturamento eletrônico TISS dos seus prestadores de forma descomplicada e com inúmeros recursos (filtros, validações, pré-críticas, etc), tanto por upload (portal) quanto por webservice.

STARTISS AUTORIZADOR

Verifica a elegibilidade e autoriza consultas, exames e procedimentos conforme as regras definidas pela operadora. Pode ser utilizado via Portal Autorizador ou por meio dos dos webservices TISS, podendo ser integrado ao STARTISS FATURAMENTO.

STARTISS DEMONSTRATIVOS

Disponibiliza à rede credenciada da operadora os demonstrativos eletrônicos previstos na TISS, bem como as transações eletrônicas de revisão de glosa.

STARTISS DOCS

Gerencia e simplifica a interação da operadora com sua rede credenciada, possibilitando a troca de documentos, incluindo os anexos clínicos previstos na TISS, bem como laudos, imagens, filmes e outros tipos de documentos, registrando todas mensagens trocadas no contexto do evento.

LINHA ANS

MYSIB: Nunca foi tão fácil manter o seu SIB em sintonia com a ANS. O **MYSIB** gera os arquivos SIB XML, valida os resultados e realiza os ajustes necessários à sincronização.

GERASIP: Gera arquivos SIP XML a partir das informações contidas no sistema de gestão da sua operadora.

MYMONITOR: Permite gerar arquivos do Monitoramento TISS e tratar os retornos fornecidos pela ANS, sem mistérios e sem erros.

MYCNS: Consulte ou registre o Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos beneficiários sem esforço utilizando os webservices disponibilizados pelo DataSUS.

Portal do Beneficiário: Atenda a todas as normas de interação eletrônica e transparência da informação exigidas pela ANS.

Os serviços de conectividade **STARTISS** e as soluções para atendimento à ANS funcionam de forma independente e podem ser integrados a qualquer sistema utilizado pela operadora.



VILA VELHA | RIO DE JANEIRO | SÃO PAULO
+55 (27) 3149 7000 | WWW.TEMPRO.COM.BR





FOTOS: CHICO MAX

Olhar SISTÊMICO

Entre os gabinetes da política e os corredores dos hospitais, **Gonzalo Vecina Neto** já trabalhou em diferentes setores da saúde pública – e ainda encontra tempo para dar aula sobre o assunto

Gonzalo Vecina Neto já esteve em muitos lados do balcão. Conhece os corredores de hospitais públicos e particulares, dá aula na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e já circulou pelos gabinetes das três esferas do governo executivo. No início dos anos 2000, foi presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, depois, secretário municipal da Saúde de São Paulo. Antes disso, já havia ocupado cargos importantes no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde atuou na divisão de fiscalização e na coordenadoria de assistência hospitalar.

Em 2007, Vecina aceitou o convite para ser superintendente corporativo do hospital Sírio-Libanês, cargo que ocupou até o início de 2016. Como médico, ele acumula ainda uma experiência de mais de 20 anos de atendimento no Hospital das Clínicas de São Paulo, instituição em que chegou a desempenhar também algumas funções executivas. Hoje ele passa boa parte de seu tempo nas salas de aula da USP, falando sobre um tema que conhece como poucos. “Precisamos ter cuidado para não oferecer um sistema para o rico e outro para o pobre. A saúde tem de ser um instrumento de inclusão, e não o contrário”, ele diz. Leia a seguir os principais trechos da entrevista que concedeu à **Visão Saúde**.

Visão Saúde – O Brasil vive hoje uma crise que ameaça reduzir os recursos do SUS, ao mesmo tempo que o desemprego e a queda da renda familiar dificultam o acesso aos planos de saúde. Como desatar esse nó e melhorar a assistência à população no curto prazo?

Gonzalo Vecina – Estruturalmente, temos dois gran-

des desafios para o sistema de saúde. Na área pública, há um problema grave de subfinanciamento e de políticas tributárias e fiscais. O Brasil gasta cerca de 9% do PIB em saúde, um índice semelhante ao de grande parte dos países europeus, mas nosso PIB *per capita* é cinco vezes menor que o da Inglaterra, por exemplo. Se você olhar

para o investimento em saúde, vai ver que 45% do gasto no Brasil é público, e o restante, privado. Quer dizer, temos de repensar a equação do financiamento. O segundo desafio crítico é a gestão, tanto no setor público como no privado. Embora você tenha algumas modalidades que avançaram nessa questão, como a medicina de grupo, ainda temos muitos desafios pela frente. Pensando no curto prazo, o recálculo da forma de pagamento do SUS, em tramitação no Congresso, significará uma redução de investimentos do governo federal da ordem de R\$ 30 a 40 bilhões nos próximos anos. Isso vai ser um desastre.

Quais são os principais desafios na parte de gestão?

O nível de informatização dos hospitais é um deles. Hoje em dia não dá para você ter planilhas aqui e ali. É preciso integrar o conjunto de informações gerado no processo de atenção à saúde e contar com softwares que tenham capacidade de fazer essa integração desde a promoção da saúde até a reabilitação da doença. Mas nossos sistemas, inclusive uma parte do privado, estão voltados para o atendimento vertical, para o momento em que se vai ao hospital. Não estamos preparados para atender, de forma horizontal, quem é hipertenso, diabético, portador de câncer. Por isso temos de mexer no modelo de serviços de saúde. Precisamos de um modelo assistencial que não estimule os pacientes a procurar os hospitais.

Como isso funcionaria na prática?

A alternativa está naquilo que vem sendo chamado de gestão da clínica, um conjunto de componentes que aumentam a eficiência e a eficácia do processo de atenção. Na prática, isso significa criar sistemas de gestão de doenças e de doentes. Como os programas para hipertensos, por exemplo. Idosos hipertensos, cardiopatas, com reumatismo internam mais que outros pacientes e precisam de uma equipe que os acompanhe diariamente, alguém que ligue para eles para saber se tomaram o remédio, se precisam que alguém vá à casa deles, se se alimentaram adequadamente. Tudo isso custa, mas

também evita custo. O problema todo é saber se o sistema de saúde está preparado para isso. E aí entra uma discussão que a sociedade brasileira ainda não enfrentou: quão civilizados nós queremos ser? Em 2050, seremos mais ou menos civilizados?

De que forma os sistemas público e privado podem caminhar juntos e ampliar a assistência da população à saúde?

Precisamos ter cuidado para não gerar um desequilíbrio entre os dois setores e também para não oferecer um SUS excludente, um sistema para o rico e outro para o pobre. O grande problema do Brasil é a exclusão social, e a saúde tem de ser um instrumento de inclusão, não o contrário. Temos de garantir que os dois sistemas ofereçam o que for necessário, partindo de um marco de avaliação tecnológica, representado hoje pelo que estamos chamando de medicina baseada em evidências. O que ela diz que é eficaz e seguro deve ser oferecido nos dois sistemas. Em termos práticos, a alternativa é caminhar para um modelo em que se tenha uma oferta qualitativa e quantitativa adequada no SUS, e existente na iniciativa privada. E, eventualmente, negociar que alguns procedimentos de menor frequência e maior tecnologia possam ser feitos pelo SUS, com algum tipo de compensação fiscal ou tributária. Por exemplo, transplante de fígado, de coração, casos mais complexos, só o setor público faria. Aquilo que for de média ou baixa complexidade, os planos deveriam fazer. Essa é uma discussão importante da qual não estamos nem próximos.

Uma das principais sugestões para equilibrar o sistema é a mudança no modelo de remuneração dos procedimentos médico-hospitalares. Quais são as melhores alternativas ao modelo atual?

O modelo atual é um desastre. Pagamento por procedimento, o *fee for service*, estimula o consumo e, desse jeito, a conta nunca vai fechar. A alternativa é olhar para o resultado, remunerando o que é feito para uma determinada população ou pagando por *performance* em relação aos resultados de um paciente. A possibilidade que tem sido mais aceita nesse sentido observa o resultado médio de um conjunto de diagnósticos, por exemplo. Não é tão complexo, mas tem um processo que precisa ser incorporado ao sistema. As instituições privadas que aceitarem esse caminho vão ter de criar uma *expertise* para lidar com esses processos.

“Precisamos discutir uma questão que a sociedade brasileira ainda não enfrentou: quão civilizados nós queremos ser? Em 2050, seremos mais ou menos civilizados?”

O custo assistencial aumenta em níveis maiores que a inflação geral, e o desperdício, as fraudes e os procedimentos desnecessários contribuem para isso. Como os gestores hospitalares devem combater esses problemas?

Precisamos melhorar muita coisa nos nossos hospitais, que têm taxas de ocupação relativamente baixas, próximas ou inferiores a 80%, quando tem de ser pelo menos 85%. Isso é fruto da desocupação do hospital no fim de semana, uma vez que os médicos não operam aos domingos e, eventualmente, aos sábados também não. Há de se estimular a realização de cirurgia pelo menos aos sábados, para se utilizar a estrutura que está lá de forma mais eficiente. Outra questão é o gasto com pessoal, um dos mais altos da cadeia de valor da saúde. Muitas vezes há pessoas não comprometidas com a atenção aos pacientes. Então precisa de mais engajamento, porque a gestão de pessoas é o nó mais crítico nos hospitais, pela característica da atividade. Outro grande desafio é de comunicação, é mostrar o que as pessoas devem fazer e quando fazer. Nesse processo, é fundamental a educação permanente, mas as organizações na área de saúde não têm essa cultura. Tem de existir formação contínua de todos os profissionais que estão ligados ao hospital, inclusive os terceirizados, que são muitos.

E no caso das fraudes?

Uma boa maneira de combater fraudes, de forma geral, é adotar mecanismos de transparência. Qual a taxa de erros e de infecção nos hospitais, por exemplo? Isso tem de ser divulgado e auditado. Outra boa maneira é buscar certificação, nacional ou internacional, e isso sempre tem um custo. Não se faz uma certificação de graça, mas isso traz um retorno importante para a organização, pois afirma que ela está andando na direção certa. Nas áreas mais sensíveis, como as próteses, tem de ter um cuidado especial. Ou seja, um novo procedimento só entra se for comprovada sua eficácia científica. A recusa ou escolha de determinado material tem de estar pautada por conhecimento, senão não vale, não pode ser aceita.

O senhor acredita que um movimento de consolidação de redes hospitalares é benéfico para o sistema?

Isso é importante, é uma tendência que veio para ficar. Os hospitais vão comprar e capacitar melhor, e as evidências mostram isso. Podem ser criadas também redes virtuais, com centros de compra compartilhados, por



“ Não estamos preparados para atender, de forma horizontal, quem é hipertenso, diabético, portador de câncer. Isso gera custo, mas também o evita ”

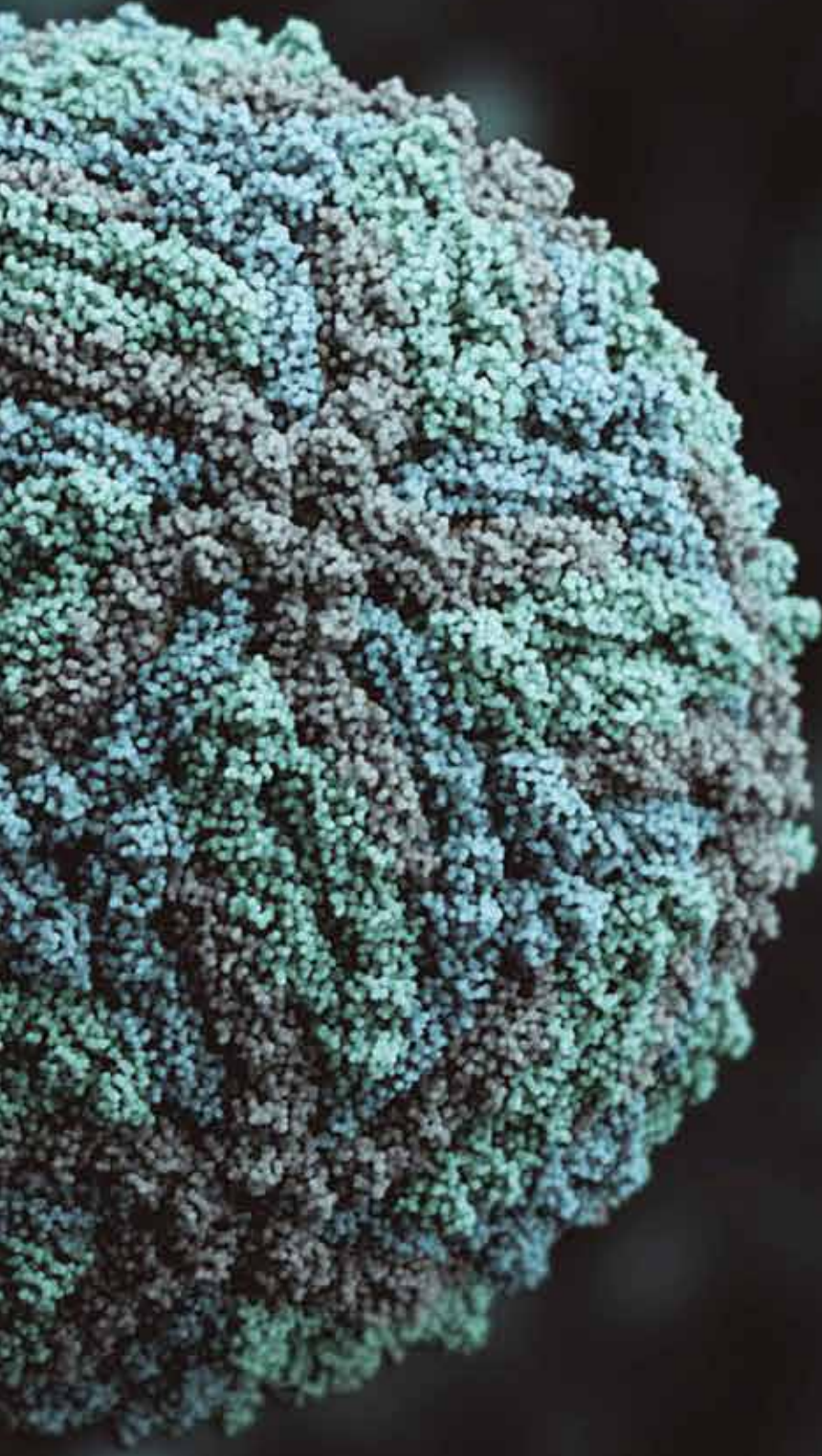
exemplo, que permitam melhores negociações. Equipamentos com oferta de ressonância nuclear conjuntas e lavanderias compartilhadas também seriam muito benéficos para o sistema.

Qual é o papel da saúde suplementar nesse cenário?

Teremos de passar por uma evolução disruptiva e estabelecer qual vai ser a relação entre o público e o privado. Hoje, o setor privado atende 25% da população, e quer fazer mais. O público também. Nunca teremos um sistema como o americano, porque não temos uma economia como a deles. E olha que eles oferecem uma assistência de baixa qualidade. Então, a saúde suplementar terá de ser capaz de se reformar disruptivamente, para continuar a ter seu próprio espaço.

Inimigo público

O zika vírus foi isolado pela primeira vez em 1947, em macacos da floresta de Zika, na Uganda. Uma de suas características principais é a capacidade de se ligar a uma grande variedade de moléculas presentes nas células animais. Seu genoma completo foi sequenciado no Brasil e apresentou 10.808 nucleotídeos, com 99,7% de similaridade com um vírus encontrado na Polinésia Francesa em 2013 — daí a suspeita de ele ter chegado ao Brasil no ano seguinte, trazido por atletas que vieram participar de uma competição de remo, ou por torcedores estrangeiros durante a Copa do Mundo de 2014.

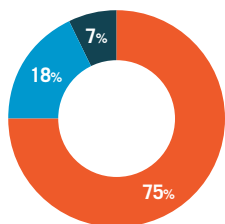


MANUEL ALMAGRO RIVAS / WIKIMEDIA / PUBLIC DOMAIN

O que eles dizem sobre os planos?

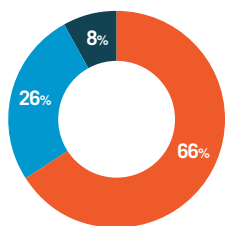
Três estudos diferentes abordam o perfil e a avaliação dos beneficiários sobre os planos de saúde e levantam questões fundamentais para o setor. Veja e compare

A SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SEGUNDO TRÊS PESQUISAS DE OPINIÃO



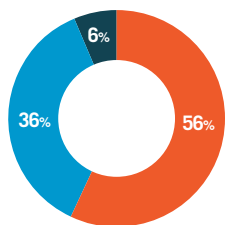
IBOPE / IESS

■ MUITO SATISFEITO + SATISFEITO
 ■ MAIS OU MENOS SATISFEITO
 ■ POUCO SATISFEITO + NADA SATISFEITO



DATAFOLHA / APM

■ MUITO SATISFEITO + SATISFEITO
 ■ MAIS OU MENOS SATISFEITO
 ■ MUITO INSATISFEITO + INSATISFEITO



DATAFOLHA / CFM

■ BOM + EXCELENTE
 ■ REGULAR
 ■ PÉSSIMO + RUIM



A avaliação dos usuários sobre os planos de saúde foi tema de três estudos diferentes do setor, encomendados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (Iess). Neste último, realizado pelo Ibope, mostrou-se que a saúde é o terceiro bem ou serviço mais importante na vida das pessoas, atrás apenas da educação e da casa própria. O trabalho revelou que a qualidade dos médicos e do atendimento, a agilidade na marcação de consultas e a cobertura oferecida pelos planos são os três principais motivos de satisfação. O tempo para autorizar e liberar consultas também aparece como a principal reclamação das pessoas, seguido pelo preço das mensalidades e pela qualidade dos médicos. Ou seja, os mesmos aspectos recebem avaliação positiva e negativa de muitos usuários.

No estudo da APM, realizado pelo Datafolha, os dados mostram que 42% das pessoas têm plano de saúde no estado de São Paulo e, desse total, 88% usaram os serviços oferecidos pelas operadoras nos últimos 24 meses. As consultas aparecem como o procedimento

mais utilizado, seguidas pelos exames diagnósticos. Para os entrevistados, os principais problemas estão no pronto atendimento, com destaque para a lotação do local e a demora para serem atendidos. A pesquisa mostrou também que 20% dos beneficiários recorreram ao SUS porque não puderam ser atendidos pelo plano de saúde. Do total de usuários, 2% recorreu à justiça contra a operadora, a maioria (60%) por negativa de cirurgia – lembrando que determinados procedimentos requerem o uso de Diretrizes de Utilização, e outros podem não estar contemplados no rol de obrigações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No trabalho encomendado pelo CFM, também feito pelo Datafolha, a qualidade das instalações dos locais de atendimento é boa ou excelente para 60% das pessoas que têm plano de saúde. O acesso a medicamentos aparece como aspecto negativo na avaliação dos usuários, apesar de os planos de saúde não cobrirem esses custos fora do ambiente hospitalar: 30% acham o acesso ruim ou péssimo e 28% disseram ser bom ou excelente. O estudo ouviu mais de 2 mil pessoas em diferentes regiões do Brasil.

422 MILHÕES DE DIABÉTICOS

Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostrou que o número de pessoas com diabetes no mundo já chega a 422 milhões. Isso significa que o total de casos quadruplicou nas últimas quatro décadas, especialmente por conta do envelhecimento da população e do aumento da obesidade. O trabalho considerou as informações de 4,4 milhões de diabéticos em diferentes regiões do planeta e estimou a prevalência da doença em 200 países. Segundo a OMS, a situação merece atenção especial nos países mais pobres e tornou-se uma questão central de saúde pública no mundo. O estudo mostrou ainda que os menores índices da doença estão na Europa (Suíça, Áustria, Dinamarca, Bélgica e Holanda); os dados indicam também que metade da população mundial de adultos diabéticos vivem apenas em cinco países: China, Índia, Estados Unidos, Brasil e Indonésia.

MAIS DIÁLOGO, MENOS EXAMES

Uma campanha americana para ampliar o diálogo sobre o excesso de exames, tratamentos e procedimentos desnecessários acaba de chegar ao Brasil por meio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Chamada de Choosing Wisely (Escolhendo com Sabedoria, no Brasil), a ação foi lançada nos Estados Unidos em 2012 pelo American Board of Internal Medicine (Abim), a fim de reforçar a importância da medicina baseada em evidências e criar recomendações para médicos e pacientes sobre os procedimentos mais adequados em determinadas especialidades. O objetivo é auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão, sem estabelecer ou impor condutas e critérios, assim como trazer informações relevantes para o paciente sobre a realização de exames desnecessários. Mais sobre o assunto nos sites <http://educacao.cardiol.br/choosing>; www.sbmfc.org.br e www.choosingwisely.org



R\$1,2 BILHÃO

Foi o valor gasto pelos convênios com despesas judiciais em 2015, o dobro do total pago no ano anterior, segundo a Abramge. Balanço da ANS mostra que R\$ 320 milhões são destinados para o atendimento de procedimentos não cobertos em contrato.

SAÚDE NA PONTA DOS DEDOS

É possível encontrar de tudo quando se fala em aplicativos na área de saúde. Guias de anatomia, simuladores de cirurgia, busca de médicos para atendimento em domicílio e *chats* interativos com pacientes são só alguns exemplos. Dá até para transformar um iPhone em estetoscópio para gravar o batimento de um coração. Não por acaso, a saúde é a terceira categoria que mais cresce em número de aplicativos nas lojas virtuais da Apple e do Google. Segundo a consultoria digital americana Float, há mais de 10 mil *apps* médicos e de cuidados com a saúde disponíveis para *tablets* e *smartphones*. Alguns números interessantes sobre o assunto:

40%

dos médicos americanos acreditam que as tecnologias de dispositivos móveis podem reduzir o número de consultas

80%

dos médicos americanos usam *smartphones* e aplicativos relacionados à área de saúde e medicina

78%

dos consumidores americanos se interessam por soluções de dispositivos móveis na área de saúde

A DENGUE TAMBÉM PESA NO BOLSO

O número de interações por causa da dengue no primeiro trimestre de 2016 aumentou tanto na rede pública quanto na privada. No período, o total de gastos dos planos de saúde atingiu o valor mais alto já registrado

NA REDE PRIVADA
R\$ 35 MILHÕES
de gasto total

72,6%

de aumento nas despesas

NA REDE PÚBLICA
R\$ 8,7 MILHÕES
de gasto total

60%

de aumento nas despesas



JAMES GATHANY - PHIL. CDC

Mais acesso à saúde bucal

Cerca de 22 milhões de brasileiros têm acesso a planos exclusivamente odontológicos, quase o mesmo número de pessoas que nunca foram ao dentista

Mais de 22,5 milhões de pessoas nunca foram ao dentista no Brasil, entre elas 2,5 milhões de adolescentes. Calcula-se que 3,8% das crianças com 5 anos estejam livres de cáries, e cerca de 8 milhões de brasileiros com mais de 30 anos usem prótese. Esses dados refletem uma parte dos desafios para garantir o acesso da população à assistência odontológica no país, mas também mostram que há espaço para evoluir muito nessa direção. No setor privado, os planos exclusivamente odontológicos crescem a cada ano e hoje cobrem 22 milhões de brasileiros, ou 11,2% da população. O número de beneficiários subiu 4,01% em 2015 e continua apresentando tendência de alta, embora decrescente,

com expectativa de crescimento de 2,6% para 2016. Em 2015, o aumento foi impulsionado pelos planos coletivos por adesão (10,9%) e individuais/familiares (8,7%). Os coletivos empresariais, que detêm a maior fatia do mercado, registraram alta de 2,3% no ano. Dados elaborados pelo Sinog com informações da ANS⁽¹⁾ mostram ainda que o número de beneficiários com cobertura odontológica vinculados aos planos médico-hospitalares se estabilizou nos últimos anos, em torno de 3,7 milhões de pessoas, mas apresentou forte queda percentual em relação ao total coberto por esse tipo de assistência, que incluiu os clientes de planos exclusivamente odontológicos. Em dez anos, essa participação caiu de 36% para 14,6%.

22,5 MILHÕES
de brasileiros nunca foram ao dentista

12,8%
da população adulta com mais de 35 anos possui mais de 20 dentes

8 MILHÕES
com mais de 30 anos já utilizam próteses

3,8%
das crianças com 5 anos estão livres de cáries

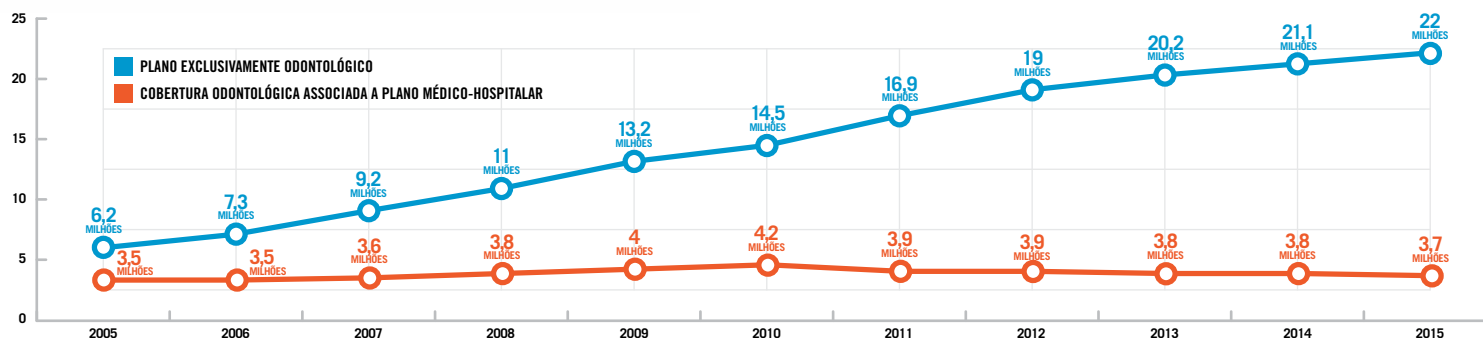
11,2%
dos brasileiros são cobertos por planos exclusivamente odontológicos



TOTAL DE BENEFICIÁRIOS⁽²⁾

ANO	NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	VARIAÇÃO
2015	22 MILHÕES	4,0%
2014	21,1 MILHÕES	4,6%
2013	20,2 MILHÕES	6,4%
2012	19 MILHÕES	12,1%
2011	16,9 MILHÕES	16,5%
2010	14,5 MILHÕES	9,5%

USUÁRIOS POR TIPO DE PLANO



(1) BASE DE DADOS MARÇO/2016 (TABNET/ANS) (2) PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS



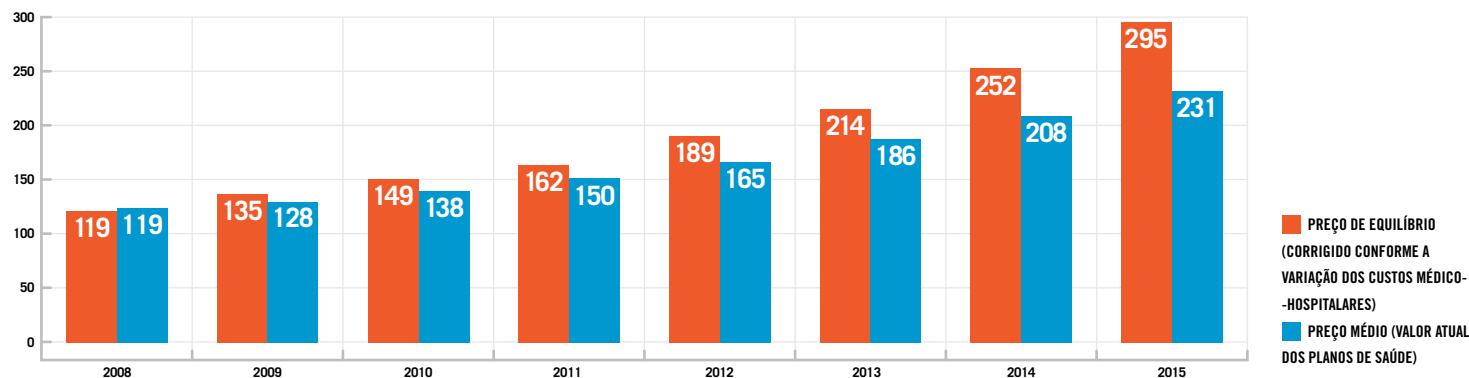
A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, DIVULGADA PELO IBGE, MOSTROU QUE 22,5% DAS PESSOAS COM MAIS DE 18 ANOS PRATICAM O NÍVEL RECOMENDANDO DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE O TEMPO LIVRE. CERCA DE 30% DEDICA TRÊS HORAS OU MAIS DO DIA PARA ASSISTIR À TELEVISÃO E 46% FORAM CONSIDERADOS INSUFICIENTEMENTE ATIVOS. O IBGE MOSTRA AINDA QUE 40% DAS MULHERES E 34,8% DOS HOMENS CONSOMEM CINCO PORÇÕES DE FRUTAS E HORTALIÇAS POR DIA.

Desequilíbrio de preços

Reajuste de planos individuais e familiares autorizado pela ANS é maior do que a inflação geral de 2015 e menor do que a variação de custos médico-hospitalares

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reajustou o preço dos planos de saúde individuais e familiares em até 13,57%, a partir da data de aniversário dos contratos. O aumento abrange 8,3 milhões de pessoas, ou 17% do total de beneficiários no Brasil, e vale até abril de 2017. O índice autorizado pela ANS é maior do que a inflação de 2015 (10,7%) e menor do que a variação de custos médico-hospitalares (VCMH), que encerrou o ano passado acima de 19%, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

(less). A inflação médica é historicamente acima da inflação geral, inclusive em países desenvolvidos, mas os dados também mostram uma defasagem entre o preço médio real e o valor que acompanha o percentual do VCMH. Em 2015, o preço médio dos planos de saúde foi de R\$ 231. Se fosse aplicada a mesma variação que ocorreu com os custos médico-hospitalares no período, esse valor subiria para R\$ 295. Ao longo do tempo, verifica-se que esse desequilíbrio aumenta a cada ano, como mostra o gráfico abaixo.



FELIZ MUNDO VELHO

A expectativa de vida cresceu cinco vezes de 2000 a 2015 e aumenta cada vez mais rápido no mundo. Um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que os bebês nascidos em 2015 viverão, em média, até os 71 anos de idade. Os principais fatores se relacionam aos avanços no combate a doenças evitáveis e curáveis, com uma grande contribuição da luta contra a aids e a malária no continente africano. Ainda assim, nota-se uma diferença significativa na comparação entre países pobres e ricos. Uma menina que nasce no Japão, o líder da longevidade feminina, tem expectativa de vida de 86,8 anos. Para as mulheres que nascem em Serra Leoa, a idade cai para 50,8 anos. Entre os homens, a maior expectativa de vida está na Suíça (81,3 anos), e a menor, também em Serra Leoa (49,3 anos). No Brasil, a expectativa média é de 75 anos, quatro acima da média mundial.



SHUTTERSTOCK / CHRISTIAN MUELLER

PROJETO AUMENTA TAXA DE PARTO NORMAL

Em apenas seis meses, o total de partos normais aumentou 7,4 pontos percentuais nos 42 hospitais que fazem parte do projeto Parto Adequado, iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Institute for Healthcare Improvement (IHI) e do Hospital Israelita Albert Einstein. O índice passou de 19,8% em 2014 para 27,2% em setembro de 2015, o que mostra uma redução das cesáreas para 72,8% do total de nascimentos nesses locais. Os dados mostram a reversão de uma tendência que elevou o número de cesáreas de 75,5%, em 2006, para 85,5%, em 2015. O projeto Parto Adequado tem o objetivo de diminuir o número de cesáreas desnecessárias e incentivar médicos e gestantes a optarem pelo parto normal. A iniciativa conta com o apoio do Ministério da Saúde e envolve também a participação de 34 operadoras de planos de saúde de todo o país.

RATOS

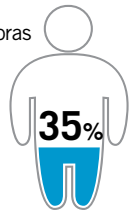
A saúde suplementar no Brasil

Setor atende um terço dos brasileiros e paga tributos em valor maior do que o SUS investe em assistência hospitalar e ambulatorial

Equivalente a toda a população da França

Em março de 2016, 1.125 operadoras de planos de saúde atendiam

70,5 MILHÕES de beneficiários, equivalentes a **35%** da população brasileira



R\$ 117,9 BILHÕES em despesas assistenciais médico-hospitalares em 2015, **R\$ 2.363** em média para cada beneficiário

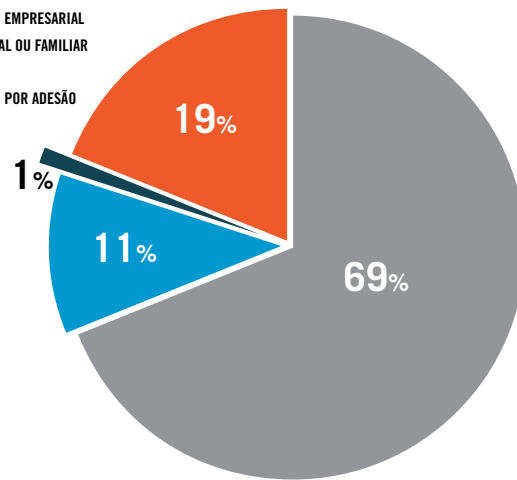


R\$ 1,4 BILHÃO em despesas assistenciais exclusivamente odontológicas em 2015, **R\$ 65** em média para cada beneficiário

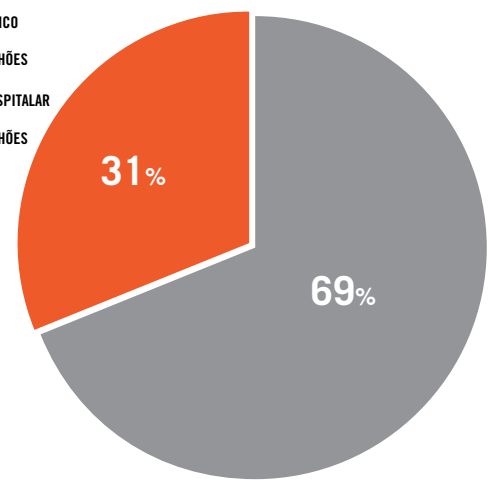


MODALIDADES DOS PLANOS

COLETIVO EMPRESARIAL
INDIVIDUAL OU FAMILIAR
OUTROS
COLETIVO POR ADEÇÃO



ODONTOLÓGICO
21,7 MILHÕES
MÉDICO-HOSPITALAR
48,8 MILHÕES



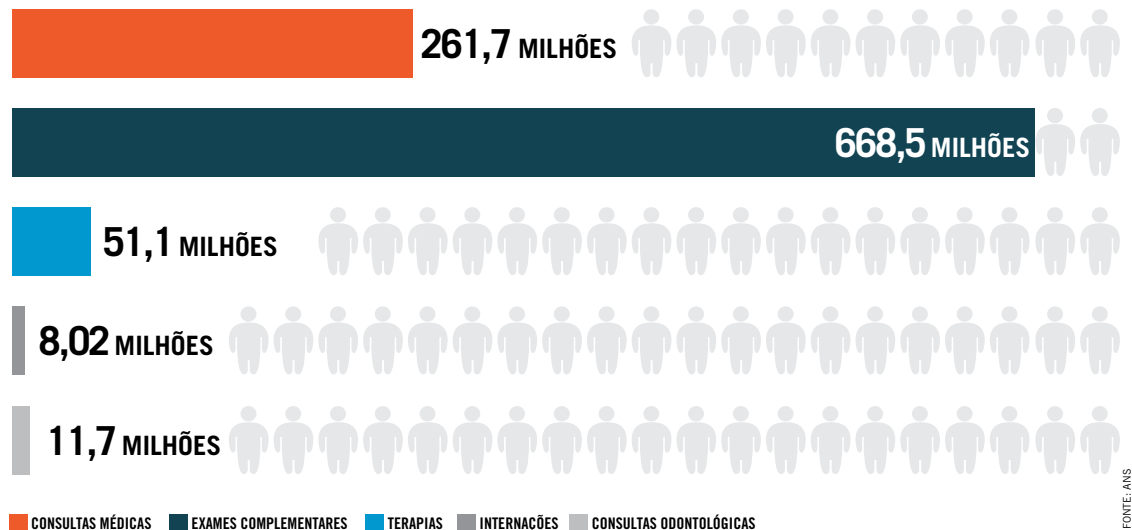
FONTE: ANS - MARÇO/16



LEGISLAÇÃO E REGULAÇÃO SÃO RECENTES

- ✓ **Lei 9.656/1998** regulou a saúde suplementar no país
- ✓ **Lei 9.961/2000** criou a da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, responsável por fomentar, regular e fiscalizar o setor
- ✓ Reajustes de planos individuais/familiares são definidos pela **ANS**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (2013)



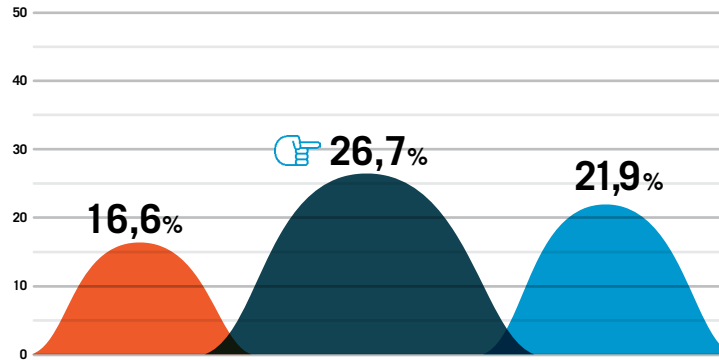
FONTE: ANS

CONTRIBUIÇÃO EM TRIBUTOS

R\$ 36,4 BILHÕES
em tributos foram pagos pelos planos de saúde em 2015
(ESTIMATIVA DA ABRAMGE)

Este valor é um pouco maior que o custo estimado das Olimpíadas 2016 no Rio de Janeiro

PERCENTUAL DO FATURAMENTO GASTO EM TRIBUTOS (2013)



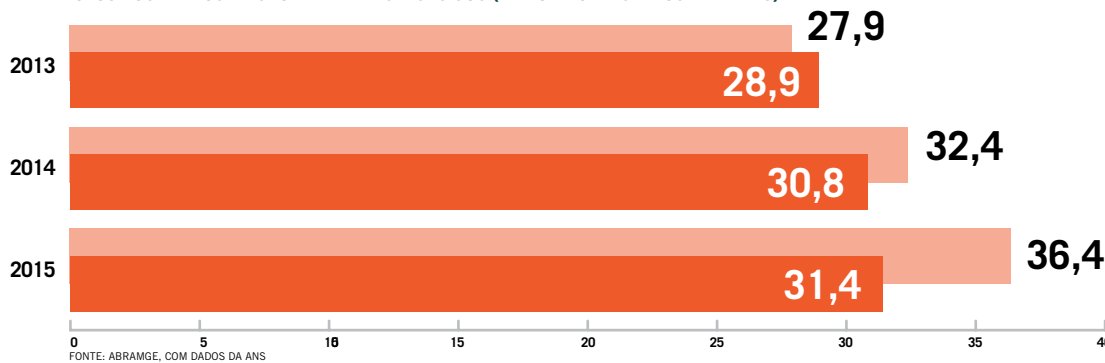
Tributação dos planos de saúde é mais alta que em outros segmentos básicos

SANEAMENTO - 16,6
SAÚDE SUPLEMENTAR - 26,7
EDUCAÇÃO - 21,9

FONTE: IBPT

CARGA TRIBUTÁRIA EM CRESCIMENTO (R\$ BILHÕES)

TRIBUTOS DOS PLANOS DE SAÚDE (laranja claro) DESPESAS SUS (AMBULATORIAIS E HOSPITALARES) (laranja escuro)



FONTE: ABRAMGE, COM DADOS DA ANS

Mapa da cadeia de valor

AMBIENTE REGULATÓRIO



FONTE: INSPER

Remédio ANTICRISE

Para acelerar a recuperação do crescimento, empresas de saúde suplementar apostam em aumento da produtividade e inovação, além de demandar ajustes no marco regulatório

POR MAURÍCIO OLIVEIRA

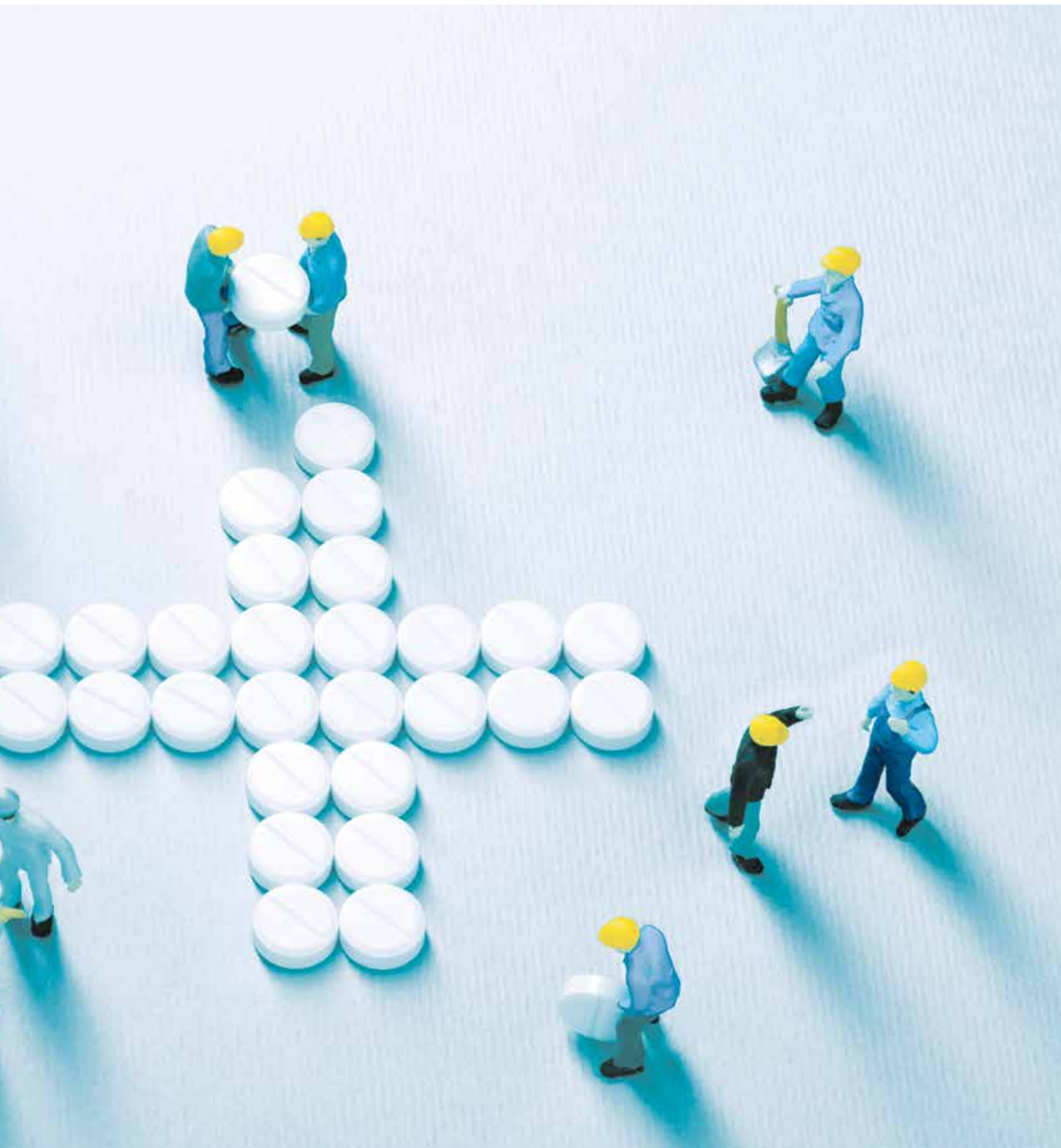
O número impressiona: os planos médico-hospitalares no Brasil perderam quase 1,6 milhão de beneficiários entre janeiro de 2015 e março de 2016 – o total de segurados caiu, nesse período, de 50,4 milhões para 48,8 milhões. A explicação mais óbvia para esse fenômeno está relacionada ao aumento do desemprego. Segundo o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), nesse mesmo período, foram fechados 1,8 milhão de postos de trabalho formais.

Diante da evidente relação causa-efeito entre as demissões e a saída de beneficiários dos planos de saúde, a recuperação do setor está diretamente condicionada à retomada do crescimento e da capacidade de produção e de contratação por parte das empresas. Os planos coletivos de assistência médica, oferecidos como principal benefício aos trabalhadores, foram os grandes responsáveis pela ampliação da base da saúde suplementar registrada nos últimos 15 anos, período em que a modalidade saltou de uma participação de 68% para 80% do total de beneficiários.

A retração registrada nos últimos meses é uma experiência inédita para a saúde suplementar no país. Mesmo na crise econômica de 2009, ano em que a economia brasileira recuou 0,1%, o número de beneficiários cresceu 2,6%. Diante da impossibilidade de prever a duração da atual crise e os efeitos que ainda poderá provocar, as operadoras de saúde suplementar passaram a colocar em prática estratégias para lidar com a conjuntura.

O lado potencialmente bom desse processo é que o setor poderá sair do período de crise fortalecido por práticas que propor-





SHUTTERSTOCK / POGONICI



Para Paulo Furquim, do Insper, os números favoráveis do setor acobertaram os problemas estruturais nos últimos anos



Jorge Kropf, da Amil: comitês multidisciplinares para fortalecer a gestão e customizar os programas a serem oferecidos

cionam mais eficiência e controle. “Muitas dessas medidas precisavam ser tomadas de qualquer forma. Mas os problemas estruturais estavam sendo acobertados pelos números favoráveis que o setor vinha apresentando nos últimos anos”, diz o professor Paulo Furquim de Azevedo, coordenador do Núcleo de Regulação e Concorrência do Insper.

Furquim aponta como principal origem desses problemas estruturais, não diretamente relacionados à crise econômica, o modo de organização da cadeia produtiva, demasiadamente propício a desperdícios, na visão do especialista. “O custo decorrente disso vinha sendo incorporado, mas a situação econômica força a tomada de providências e exige a reorganização da cadeia”, avalia.

EM BUSCA DA EFICIÊNCIA

Cada empresa do setor encontra suas próprias estratégias para lidar com a crise. Depois de registrar um decréscimo de 1,6% na carteira de clientes no ano passado, a Amil iniciou 2016 apostando nos planos de saúde para pequenas e médias empresas – e obteve um aumento de 136% nas vendas desse segmento no primeiro trimestre de 2016, em comparação ao mesmo período do ano anterior. A maior ênfase dada à coparticipação e às soluções customizadas nos mais de 19 mil novos contra-

A Amil iniciou 2016 apostando nos planos para pequenas e médias empresas e obteve um aumento de 136% nesse segmento, no primeiro trimestre

tos empresariais firmados no período foi essencial para reduzir os custos da operadora e equilibrar as contas.

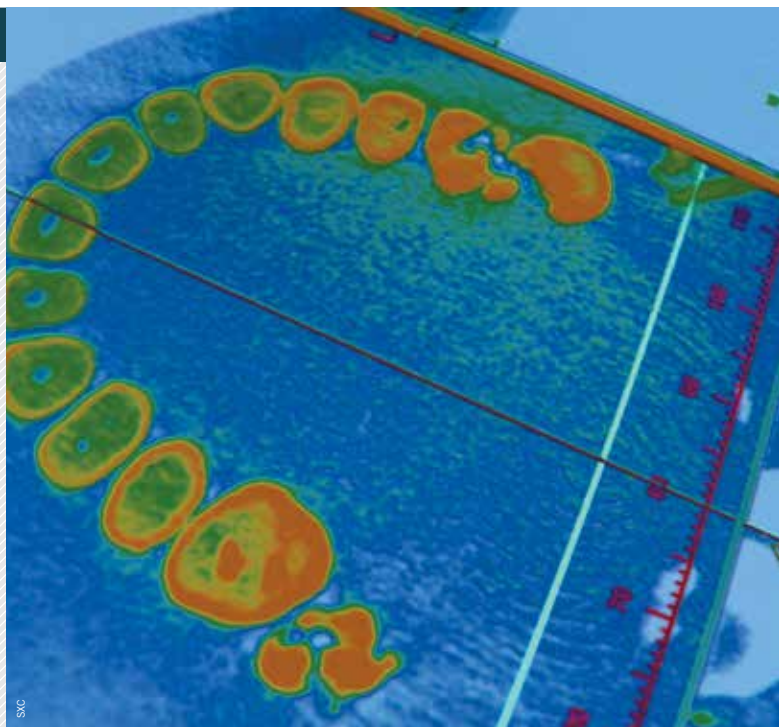
A Amil aposta no desenvolvimento de produtos que aliam qualidade assistencial ao uso racional de recursos. Um exemplo é o Amil Life, lançado no ano passado. A proposta é resgatar o vínculo entre médico e paciente, com foco em atenção primária e nos cuidados integrados. Nesse sistema, o beneficiário é atendido por uma equipe composta por médico, enfermeiro e agentes de saúde, que podem ser acessados tanto no celular como diretamente nos espaços de atendimento exclusivo, os Clubes Vida e Saúde.

A primeira unidade do Amil Life, instalada em Sumaré (SP), registrou 87% de adesão entre os associados locais no período entre novembro de 2015, quando foi inaugurada, a março de 2016. Em junho, a iniciativa

NADANDO CONTRA A CORRENTE

Na contramão dos planos médico-hospitalares, os planos exclusivamente odontológicos tiveram um acréscimo de 2,7% no número de beneficiários entre janeiro de 2015 a março de 2016, conquistando cerca de 572 mil novos clientes. O crescimento dessa carteira vem ganhando força à medida que a população começa a enxergar o benefício de se prevenir o aparecimento ou agravamento de problemas com os dentes e gengivas. Além disso, o custo acessível dos planos odontológicos favorece a entrada de pessoas que precisam dos procedimentos mais usuais na odontologia, seja nos planos individuais e familiares, seja nos planos coletivos empresariais e por adesão. Estes últimos, ganharam força ao longo dos anos com a inclusão do benefício odontológico nas pautas de reivindicações dos trabalhadores em suas convenções coletivas.

Embora o crescimento pareça contínuo para os planos odontológicos, o primeiro trimestre de 2016 acendeu a luz amarela para o segmento. Houve redução de 275 mil pessoas nessa carteira. E tal redução, claro, é consequência direta do fechamento dos postos de trabalho, igualmente como se tem observado em quase todos os setores da economia. Ainda assim, a previsão para 2016 é de que o resultado para o segmento odontológico seja positivo.



MENOR ACESSO À SAÚDE

Tendência de queda no número de beneficiários registrada em 2015 permanece forte em 2016

PERÍODO	JAN/14 A DEZ/14	JAN/15 A DEZ/15	JAN/16 A MAR/16
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS AO FINAL DO PERÍODO	50.394,741	49.441,541	48.824,150
VARIAÇÃO NOMINAL EM RELAÇÃO AO PERÍODO ANTERIOR	1.047,814	- 953,200	- 617,391
VARIAÇÃO EM % EM RELAÇÃO AO PERÍODO ANTERIOR	2,1%	- 1,9%	- 1,2%
VARIAÇÃO DAS VAGAS DE EMPREGO NO PERÍODO (CAGED/MTPS)	418,384	- 1.518,674	- 323,052

OBS: NÃO INCLUEM PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS.

chegará a São Paulo e ao Rio de Janeiro. Junta-se, assim, a mais de 20 programas de medicina preventiva que a Amil já desenvolve, em temas como combate ao tabagismo, obesidade infantil, suporte a gestantes e correção postural.

“Procuramos ter uma atuação diferenciada em gestão de saúde”, diz o diretor institucional da Amil, Antonio Jorge Kropf, citando como exemplo os comitês de saúde multidisciplinares instalados nas empresas-clientes. “Esses comitês estão voltados ao levantamento de estatísticas de eventos médicos, estudos epidemiológicos e prevalência de doenças, que servem de base para a customização dos programas a serem oferecidos”, explica.

Há operadoras que conseguiram contrariar a tendência e cresceram em 2015. É o caso do Grupo Hapvida, sediado em Fortaleza (CE), com 17 mil funcionários e atuação em 13 estados do Nordeste e Norte

do país. O faturamento subiu 26% em relação a 2014, chegando a R\$ 2,5 bilhões. E o número de associados subiu 10% nos planos médicos e 20% nos planos exclusivamente odontológicos – chegando, respectivamente, a 2,2 milhões e 1,1 milhão de beneficiários em cada uma dessas modalidades.

“Os momentos de crise reforçam o processo de seleção natural do mercado, em que os mais adaptáveis sobrevivem melhor”, diz o diretor de assuntos estratégicos do Hapvida, Gustavo Barros. O grande trunfo do grupo, para Barros, é ter uma ampla rede própria – 96% das internações são feitas nos 20 hospitais próprios. Ao mesmo tempo, 16 unidades de pronto atendimento contribuem fortemente para filtrar os casos menos complexos e evitar que cheguem aos hospitais sem necessidade.

Continuar ampliando e aprimorando a infraestrutura, mesmo em meio à crise econômica, é uma decisão

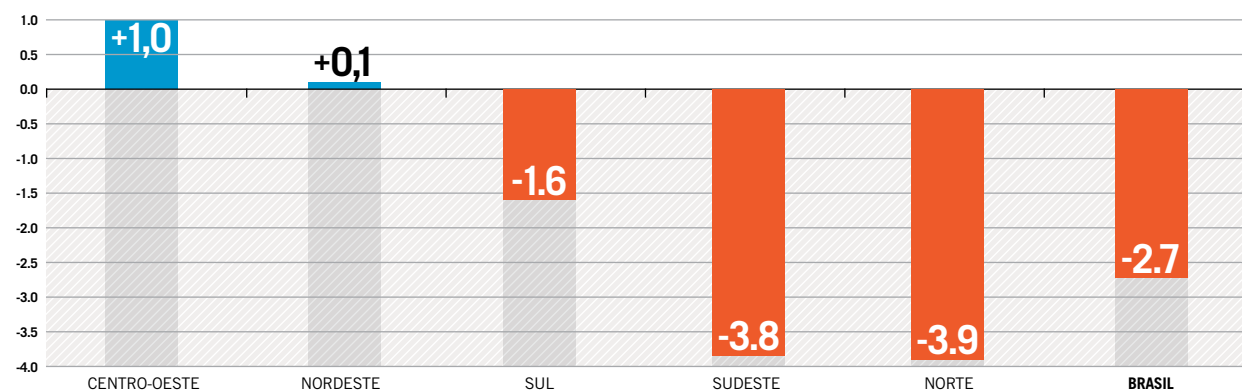


FALCÃO JÚNIOR

Gustavo Barros, da Hapvida, ressalta a rede própria de atendimento, responsável por 96% das internações da operadora

VARIAÇÃO NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS, POR REGIÃO (MARÇO/2015-MARÇO/2016)

Ao contrário da tendência de queda observada nas outras regiões, o Nordeste e o Centro-Oeste apresentaram crescimento no número de usuários



FONTE: INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS)

da qual o Hapvida não abre mão – há R\$ 170 milhões previstos para investimentos neste ano, crescimento de 15% em relação ao orçamento em 2015. Outra prioridade é o aperfeiçoamento constante dos mecanismos de controle de desperdícios e de fraudes, característica que vem de muito tempo – o grupo foi pioneiro, há 20 anos, na implantação de um sistema de identificação biométrica por impressão digital. “Essas medidas contribuem para uma vigilância rigorosa sobre os custos”, diz Barros.

PROPOSTAS PARA O SETOR

O momento econômico delicado agravou a preocupação com os custos crescentes dos planos de saúde – de acordo com projeção da consultoria Towers Watson –, esses custos saltarão em 20 anos de 11,4% para 25,7% da folha de pagamento das empresas brasileiras, em média. A única forma de evitar um salto nessas proporções é promover medidas estruturais para conter a progressão dos custos assistenciais.

Esse é o maior desafio das operadoras para os próximos anos – ainda mais diante de um cenário em que a

Envelhecimento da população exige busca maior pela eficiência



inflação médica tende a continuar evoluindo em ritmo mais acelerado que o da inflação da economia como um todo (ver mais detalhes na reportagem sobre custos, na página 24). O mantra para alcançar o objetivo sem sacrificar a qualidade e a resolubilidade dos atendimentos todos conhecem, mas nem sempre conseguem praticar: uso racional.

Ninguém discorda que o caminho para tornar o sistema mais eficiente é ampliar a sinergia entre os elos da cadeia da saúde suplementar. Afinal, todas as partes – os consumidores, as empresas clientes dos planos coletivos, as operadoras e os prestadores de serviços médicos – desejam o mesmo: qualidade no atendimento com custos equilibrados. Apesar da unanimidade, colocar em prática medidas que consigam efetivamente avançar nessa direção tem se mostrado um desafio complexo.

A reavaliação do modelo de cobrança e remuneração é uma demanda que vem aparecendo com frequência nas discussões do setor. No Simpósio Internacional de Planos Odontológicos, o Sinplo, evento promovido pelo Sinog no final de abril, o presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, José Carlos de Souza Abrahão, admitiu de forma objetiva a necessidade de uma reavaliação nesse sentido. “A capacidade do beneficiário de pagar os planos está se esgotando. As operadoras, os hospitais, os laboratórios e os médicos estão insatisfeitos. Se quisermos continuar a ter saúde suplementar, está na hora de sentarmos e mudar o modelo de cobrança e remuneração”, declarou.

Para Furquim, do Insper, o calcanhar de aquiles do sistema é o desalinhamento entre quem decide e quem arca com os custos das decisões. Um exemplo está no cotidiano do atendimento médico. Ao prescrever um remédio ou encaminhar o paciente para um exame, o médico está mais preocupado com os interesses das pessoas diretamente envolvidas – o paciente e ele próprio –, e não com a necessidade coletiva de ter um sistema eficiente e financeiramente equilibrado.

Uma das alternativas é a substituição do princípio da conta aberta – mais vulnerável a descuidos, desperdícios e fraudes – pela definição prévia de valores para a remuneração de determinados procedimentos, a partir do cruzamento de informações que torna essa previsão relativamente segura. Assim, a necessidade de eficiência seria mais bem incorporada a todas as etapas do processo. Seria um princípio com efeito semelhante ao da coparticipação para os usuários, que ajudou a tornar o

uso mais racional porque associou a conscientização a consequências financeiras até então inexistentes.

Outra proposta que vem sendo discutida é a criação de mecanismos de remuneração diferenciada para médicos que apresentem bons indicadores de qualidade, a partir do cruzamento de dados como a instituição de formação, os cursos de especialização, a experiência acumulada, a taxa de retorno dos pacientes e o índice de satisfação dos clientes. “Um sistema de remuneração que leve esses elementos em conta, premiando a excelência, é uma forma de incentivar o bom profissional a fazer carreira dentro do sistema, e não de expulsá-lo à medida que ele ganha experiência e reconhecimento para ter apenas pacientes particulares, como vem acontecendo”, diz Furquim, defensor da ideia.

Um modelo novo de remuneração que tem sido avaliado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) é o DRG (Diagnosis Related Group ou Grupo de Diagnósticos Relacionados). Nos EUA esse modelo foi implantado ainda na década de 1980 e atualmente é possível selecionar um hospital por critérios objetivos, como a taxa de infecção hospitalar.

Os benefícios da implantação desse programa contemplam desde a melhoria de gestão da operadora até a qualidade assistencial, de acordo com aferição do nível de atendimento entre diferentes prestadores de serviços, conforme desempenho. Para Pedro Ramos, diretor da Abramge, definir um conjunto de indicadores para o mercado é uma das prioridades da saúde suplementar. “A melhor qualidade assistencial a preços mais competitivos é um dos maiores benefícios que um plano de saúde pode oferecer para seus clientes”, conclui Ramos.

HOSPITAIS TAMBÉM SE ADAPTAM

“A situação econômica vai melhorar, mais cedo ou mais tarde, mas a crise da saúde é permanente”, diz Claudio Lottenberg, presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, referência nacional em qualidade de atendimento. Lottenberg usa uma metáfora médica para definir melhor o quadro que vê à frente: há uma dor aguda provocada pela crise conjuntural do momento, que tende a passar completamente quando as causas forem adequadamente tratadas, e também uma dor crônica, permanente, com a qual é preciso aprender a conviver, tentando diminuir ao máximo seus efeitos.

As causas da dor crônica são tendências que vão

Definir indicadores de qualidade, como a taxa de retorno dos pacientes, infecção hospitalar e índice de satisfação dos clientes, é uma das prioridades da saúde suplementar

exigir um esforço constante em busca de um nível de eficiência cada vez maior na gestão. Entre essas tendências, estão o encarecimento provocado pela necessidade de investimentos em novas tecnologias e o envelhecimento da população brasileira. O país verá a população com mais de 45 anos de idade passar da taxa de 20% do total, em 2000, para 45% em 2050 – e o custo médio do atendimento de saúde cresce bastante em beneficiários a partir dessa idade.

Outro problema apontado pelo presidente do Einstein é o modelo hospitalocêntrico de seguridade adotado no Brasil – muitos casos que poderiam ser resolvidos em ambulatorios acabam chegando aos ambientes de alta complexidade, o que contribui para encarecer os serviços prestados. Os custos com internação vêm crescendo proporcionalmente ano a ano e hoje já respondem por metade dos custos totais das operadoras de planos de saúde. Os principais gastos relacionados às internações são materiais (23%), honorários médicos (17%) e medicamentos (16%).

Um importante elemento adicional relacionado à crise, para os hospitais, é que a desvalorização do real pressiona os custos com materiais e equipamentos. “Vários dos nossos insumos têm preço atrelado ao dólar”, lembra o CEO do Sírio-Libanês, Paulo Chapchap. A instituição tem 75% da receita proveniente do atendimento a segurados dos planos de saúde e 25% de pacientes privados, que pagam diretamente pelos serviços. Para enfrentar a crise sem perda de receita nem de qualidade no atendimento, o Sírio-Libanês tem feito negociações cada vez mais difíceis pela redução dos preços praticados pelos fornecedores. Além disso, intensificou iniciativas relacionadas à busca de eficiência, incluindo a revisão completa dos processos e remanejamentos de 6.100 funcionários.



DIVULGAÇÃO

Paulo Chapchap, do Sírio-Libanês: desvalorização do real pressiona os custos com materiais e equipamentos



RAMI DE FÉLIX

Claudio Lottenberg, do hospital Albert Einstein: “A situação econômica vai melhorar, mas a crise da saúde é permanente”

Por que os custos da saúde **SOBEM TANTO?**

Pressionada pelo avanço da tecnologia e pelo envelhecimento da população, a variação das despesas assistenciais tende a superar a inflação geral no Brasil e no mundo

O avanço da medicina e o envelhecimento da população influenciaram uma transição epidemiológica importante nas últimas décadas. Vive-se mais hoje em dia, a qualidade do serviço de saúde melhorou e a tecnologia trouxe novas perspectivas para o tratamento de diversas doenças. Em boa parte do mundo, inclusive nos países desenvolvidos, esses fatores também elevaram os custos com a assistência à saúde acima da inflação geral, provocando, em muitos casos, um desequilíbrio financeiro difícil de ser superado. Nesse aspecto, o Brasil não foge à regra. A conta fica cada vez mais amarga para beneficiários, operadoras e outros prestadores de serviços ligados à saúde. Mas, aqui, há um agravante em relação a outros países: o desperdício ainda é um dos maiores entraves à eficiência do setor.

Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess), o custo médico-hospitalar, ou seja, as despesas com internações, consultas, exames, medicamentos e outros tipos de procedimentos, cresceu 19% em 2015, confirmando uma tendência cada vez mais forte nesses tempos de crise. O índice é quase duas vezes superior à inflação geral registrada no ano passado, e corrobora a conclusão de estudos que apontam o Brasil como uma das nações que apresentam a maior inflação médica entre os grupos analisados.

Um relatório da consultoria Aon Hewitt mostra que, nesse quesito, estamos muito atrás de outros países latino-americanos. De acordo com o documento, a inflação médica bruta no Brasil encerrou 2015 em 18%, acima do índice do México (9,3%) e do Chile (6%). Nos países desenvolvidos, os Estados Unidos aparecem com taxa

de 9%, seguidos por Reino Unido (7,8%) e França (6%).

Historicamente, as despesas assistenciais apresentam aumentos superiores ao crescimento do PIB e também estão associadas ao maior poder aquisitivo da população, que passa a ter mais acesso à saúde e, assim, gera um importante aumento de demanda. No sentido inverso, a tendência é de que a inflação médica registre queda em tempos de crise econômica, como aconteceu na França e no Reino Unido depois da turbulência de 2008. Na ocasião, a desaceleração da taxa de crescimento dos gastos com a saúde acompanhou a retração da economia. No Brasil, no entanto, não é o que vem acontecendo.

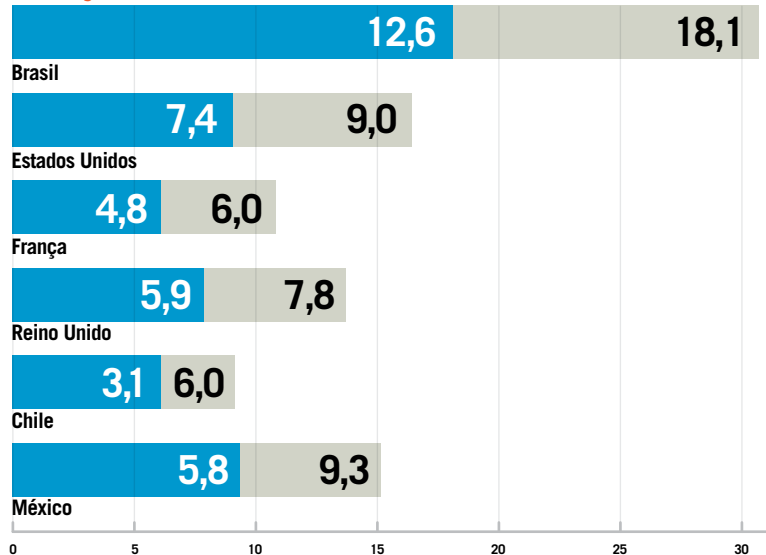
QUESTÕES ESTRUTURAIS

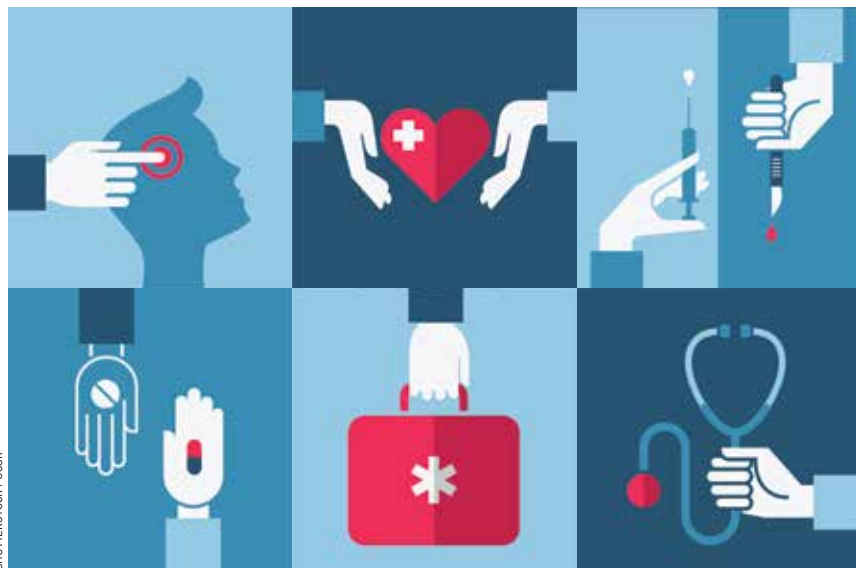
A explicação para o crescente aumento dos gastos médico-hospitalares no país não se resume apenas aos



números e indicadores da macroeconomia. Alguns estudos internacionais indicam que os avanços tecnológicos respondem por mais de 50% do aumento das despesas assistenciais, uma vez que exigem altos investimentos e não promovem necessariamente mudanças que também se traduzam em retorno financeiro. De qualquer forma, são investimentos necessários, que trazem outros benefícios não só para os pacientes, mas também aos médicos, hospitais e às próprias operadoras de saúde. “De modo geral, há muita inovação na área da saúde, e a tecnologia pode melhorar substancialmente a qualidade do atendimento”, diz Paulo Furquim, professor do Insper. “A questão é que ela [a tecnologia] não tem foco na redução dos custos de saúde. Isso pode abrir um leque enorme de problemas ligados ao desperdício”, conclui.

INFLAÇÃO MÉDICA ■ BRUTA ■ LÍQUIDA* *Descontada a inflação da economia





SHUTTERSTOCK / USSR

Desperdício é mesmo um ponto central para reduzir os gastos com serviços médico-hospitalares. A ineficiência produz impactos no setor como um todo e também decorre de questões estruturais, principalmente as associadas ao modelo de remuneração vigente no Brasil – conhecido como *fee for service*, em que os pagamentos a médicos e hospitais se baseiam na quantidade de procedimentos realizados. “Nesse modelo, não existem incentivos para os prestadores de serviço buscarem uma gestão mais adequada dos recursos utilizados”, comenta Eliane Kihara, líder da área de saúde da PwC.

Na prática, isso significa que há pouca atenção aos custos e benefícios do atendimento, uma vez que a decisão do gasto com procedimentos desnecessários não considera suas consequências ao longo da cadeia da

Modelos de remuneração que são referência no mundo premiam a eficiência do hospital e a qualidade do atendimento

saúde suplementar. O resultado é conhecido por quem circula nos corredores e consultórios dos hospitais. Calcula-se que a ineficiência do setor consuma quase um terço dos custos com serviços médico-hospitalares. Segundo a American Board of Internal Medicine, 30% dos gastos são destinados a procedimentos desnecessários, como exames, consultas e internações que não precisariam ser realizados. Estima-se ainda que 20% das cirurgias também poderiam ser evitadas e que 30% das consultas marcadas não acontecem porque o paciente não comparece no dia e hora agendados.

Esses números tornam-se ainda mais relevantes quando se olha para a composição das despesas assistenciais. As internações consomem mais de 40% do total de recursos destinados ao atendimento à saúde da população, seguidas pelos exames (20%) e consultas (18%). Ou seja, juntos, esses três procedimentos somam quase 80% dos custos médico-hospitalares – uma cifra que totalizou R\$ 119 bilhões em 2015, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dentre as despesas com internações, a compra de materiais médicos recebe a maior parte dos recursos (22%), seguida pelos honorários médicos (19%) e pela aquisição de medicamentos (13%).

Os dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess) também mostram que as internações continuam respondendo pela maior parte do crescimento de 19% do VCMH (Variação dos Custos Médico-Hospitalares), índice calculado pelo instituto que resulta de uma combinação de fatores e preços dos serviços oferecidos pelas operadoras de saúde. Segundo o Iess, o aumento do VCMH entre 2014 e 2015 foi de quatro pontos percentuais.

GANHOS DE EFICIÊNCIA

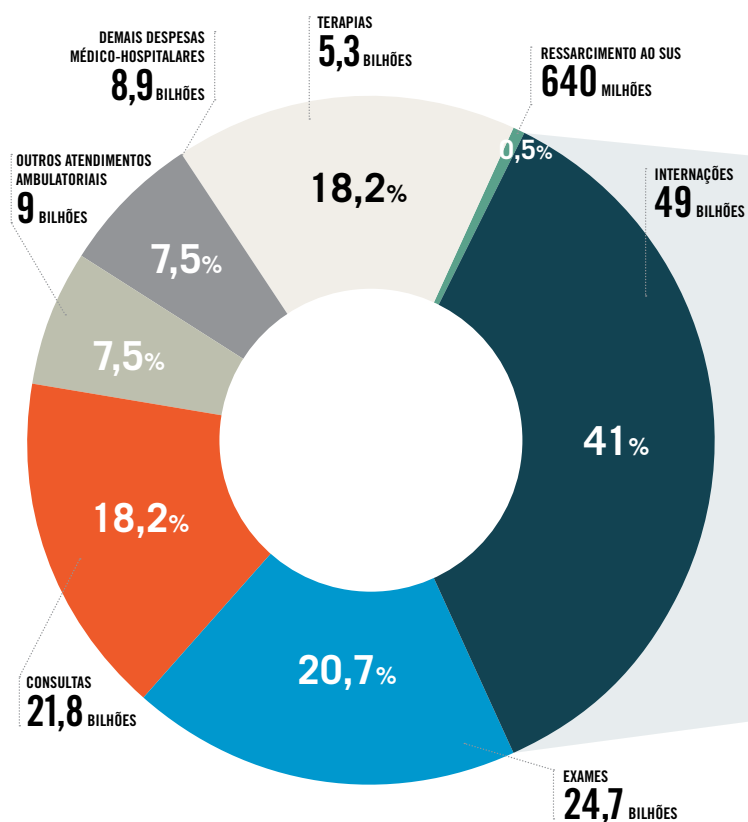
Para reverter esse cenário, as alternativas vão da otimização e padronização de processos a mudanças estruturais, que gerem ganhos de eficiência e garantam a qualidade do atendimento. “Os países que passaram por mudanças

DE OLHO NO CUSTÔMETRO

Abramge lançou em março de 2016 uma iniciativa para acompanhar o total investido em assistência à saúde pelas operadoras de planos médico-hospitalares. Chamada de Custômetro, a ferramenta tem o objetivo de dar transparência aos custos da saúde suplementar no Brasil, contabilizando os recursos destinados para a prestação de serviços de consulta, exames, terapias, internações e outros atendimentos ambulatoriais. O valor indicado pelo Custômetro é calculado a partir de dados históricos da ANS, e resulta da multiplicação de duas variáveis estimadas: a despesa de saúde média por beneficiário e o número médio de beneficiários, ambos para o ano corrente. A ferramenta pode ser acompanhada no site da Abramge e consolida informações divulgadas pela ANS todo trimestre, pois visa ajustar e tornar mais preciso o valor informado.

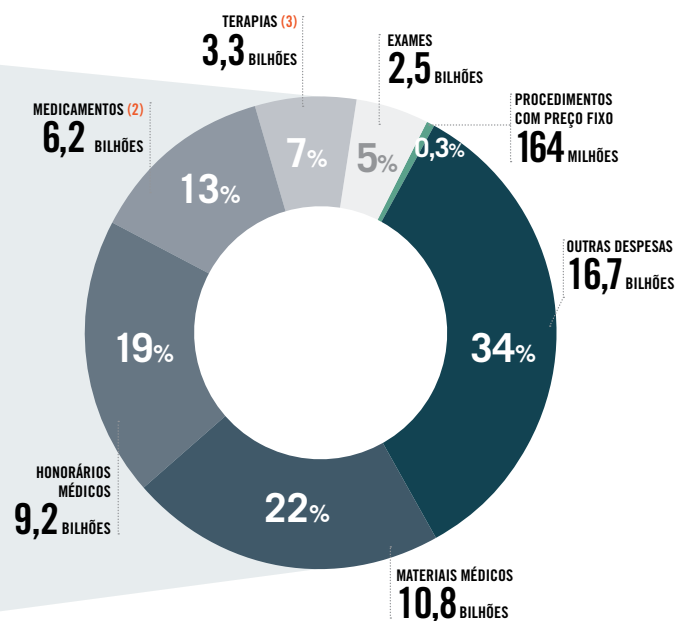
CUSTOS EM SAÚDE

Divisão das despesas assistenciais por tipo de procedimento (Valores em reais)



R\$ 119,3 BILHÕES⁽¹⁾

de despesas assistenciais em 2015



(1) DADOS ESTIMADOS PELA ABRAMGE COM BASE EM INFORMAÇÕES DA ANS
(2) OS MEDICAMENTOS COBERTOS PELA SAÚDE SUPLEMENTAR SÃO DE USO HOSPITALAR
(3) A MAIORIA DAS TERAPIAS SÃO TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS E INCLUI A UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

no modelo de remuneração conseguiram reduzir os custos assistenciais na saúde”, lembra Eliane Kihara, da PwC. Ela cita o exemplo da África do Sul, que vivia uma realidade muito parecida com a do Brasil e conseguiu reverter a alta das despesas com a adoção do DRG (sigla em inglês para Grupo de Diagnósticos Relacionados).

Bastante conhecido no mundo e adotado em muitos países desenvolvidos da Europa, esse modelo estabelece a precificação dos procedimentos de acordo com o perfil e os riscos do beneficiário. Os desembolsos ocorrem por evento e não há valor adicional para consultas de retorno, por exemplo, de modo que o sistema premie não só a eficiência do hospital, mas também a qualidade do atendimento. “Em três anos, o DRG permitiu que a África do Sul economizasse 30% nas despesas assistenciais de saúde”, diz a especialista da PwC.

Há outros modelos similares e algumas possibilidades de combinar soluções que incentivem não só médicos e hospitais a reduzir o número de procedimentos, mas também estimulem os beneficiários a procurar os serviços de saúde de forma assertiva, apenas em caso de necessidade,



Eliane Kihara, da PwC: “os países que passaram por mudanças no modelo de remuneração conseguiram reduzir os custos assistenciais na saúde”

EDI PEREIRA/HÖRUS PHOTOGRAPH 2009

e com base em critérios que considerem o custo-benefício de sua decisão. Nos sistemas de coparticipação, por exemplo, o usuário do plano de saúde pode ter de desembolsar uma parte da despesa com determinados procedimentos. “Hoje, o complexo sistema de contratações na cadeia da saúde suplementar distorce decisões fundamentais. Para o seu bom funcionamento, é importante que o ônus e o bônus da decisão por determinado procedimento sejam dos agentes que realmente são responsáveis por essa decisão”, comenta Paulo Furquim, do Insper.

Em comum, os modelos que hoje servem de referência para o Brasil preconizam mais garantias na qualidade do atendimento, como a criação de indicadores que estejam disponíveis ao público em geral e aos prestadores de serviços. “Na Europa, como não há pagamento por retorno, o médico é incentivado a resolver o problema do paciente”, diz Furquim. “Aqui, não. O sistema paga a mesma coisa para todos os médicos, porque se olha apenas para a quantidade de procedimentos. Ou seja, além de não haver incentivos para esses profissionais, eles também não são reconhecidos pela qualidade de seu trabalho.”



O National Health Service, do Reino Unido, é referência mundial em atenção básica de saúde

À procura do MODELO PERFEITO

As diferentes experiências nos sistemas de saúde de Canadá, EUA e Reino Unido mostram que sempre há vantagens e perdas de acordo com as escolhas da sociedade

Cena 1. Denver, EUA. Um senhor de meia-idade mostra para a câmera o dedo médio amputado e conta sua história. Um acidente com uma serra elétrica havia amputado dois de seus dedos, o anelar e o médio. Mas ele só tivera dinheiro para pagar a reconstituição do anelar, por 12 mil dólares. O outro teria custado 60 mil dólares. Ele não tinha essa quantia nem plano de saúde.

Cena 2. Windsor, Canadá. Uma moça de vinte e poucos anos, residente em Detroit, nos EUA, atravessa a fronteira canadense e forja um relacionamento com um nativo para ser atendida no sistema público daquele país. De graça.

Cena 3. Londres, Inglaterra. No caixa do hospital, um paciente com alta médica recebe algumas dezenas de libras, originadas dos cofres públicos, para pagar por um transporte confortável até sua residência. Ele não havia pagado nada por seu tratamento. E ainda recebia uma ajudinha do governo.

Embora um tanto simplificadoras, essas três cenas do documentário *SiCKO*, de Michael Moore, indicado ao Oscar em 2007, retratam a diferença entre os sistemas de saúde de EUA, Canadá e Reino Unido. Três países ricos e anglo-saxões, mas que adotaram modelos distintos para oferecer assistência médica a sua população.

BOM, MAS NÃO PERFEITO

No Reino Unido, a divisão política formada por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, o

sistema público de saúde, chamado National Health Service (NHS), foi implantado em 1948, como uma das primeiras medidas de reconstrução dos países após a Segunda Guerra Mundial.

O NHS é reconhecido mundialmente como uma referência na assistência de saúde básica – e gratuita – a todos os cidadãos residentes, seja rico, pobre, nascido no Reino Unido ou estrangeiro.

Custeado principalmente por impostos, com uma pequena participação de recursos da seguridade social, o sistema é atualmente um dos principais objetos de debate político, pois sofre com o aumento de custos e da população atendida. Segundo dados do Banco Mundial, em 2014, 83,1% do total dos gastos com saúde no Reino Unido saíram dos cofres públicos – em comparação, esse índice nos EUA era de 48,3%, apenas.

A necessidade de recuperação do NHS, inclusive, foi uma das principais bandeiras dos grupos a favor da saída do Reino Unido da União Europeia, aprovada em referendo realizado em junho deste ano. Segundo essa corrente, o atendimento de cidadãos estrangeiros

Apesar de terem nível de desenvolvimento semelhante e de dividirem extensa fronteira, Canadá e EUA têm políticas de saúde que diferem desde o princípio

residentes no país é um dos motivos da perda de qualidade do sistema, o que prejudicaria os “verdadeiros britânicos”.

A brasileira Tatiana (que pediu para não ter o sobrenome divulgado devido aos protestos contra os imigrantes no Reino Unido), residente legal na área metropolitana de Londres, capital inglesa, está inscrita no National Health Service desde 2003.

Assim como qualquer cidadão, ela, seu marido e seus dois filhos têm o acompanhamento gratuito de um clínico geral no centro de saúde de sua comunidade. Esse médico funciona como porta de entrada para qualquer atendimento que não seja de emergência.

Nos casos de consultas de rotina, Tatiana afirma que sempre consegue realizá-las em poucos dias após o agendamento. Seus filhos, quando tiveram viroses, foram atendidos no mesmo dia.

A brasileira teve seus dois partos normais custeados pelo estado. Ela afirma que os médicos do NHS evitam

ao máximo a cesárea, pois há uma orientação governamental para que o procedimento seja realizado apenas em casos de complicações na gestação ou no parto.

Seja nos atendimentos de rotina, seja nas emergências, Tatiana sempre teve acesso a quase tudo de forma gratuita. O único gasto custeado diretamente pelo cidadão do Reino Unido é uma taxa fixa por medicamento usado, em torno de 8 libras (cerca de 35 reais), independentemente do valor do remédio.

Apesar de ter uma experiência geral positiva com o sistema de saúde britânico, nem tudo são flores, segundo ela. “O NHS privilegia a medicina reativa, o que faz com que muitas doenças não sejam detectadas no seu início”, diz a brasileira. Exemplo concreto disso é o exame ginecológico papanicolau, feito para detectar doenças como câncer de colo de útero e HPV, que só é oferecido uma vez a cada três anos.

Tatiana também afirma ser uma privilegiada por conseguir acesso tão fácil ao clínico geral, pois conhece muitas pessoas que demoraram duas semanas ou mais para serem recebidas. Nas emergências de hospitais, ela disse já ter esperado duas horas para o atendimento de um de seus filhos. A visita a especialistas também pode demorar, segundo ela, três meses para ser agendada.

“Eu tenho seguro particular oferecido pela minha empresa, o que me dá acesso imediato a um especialista”, afirma. “Mas antes disso, de qualquer forma, sou obrigada a passar pelo clínico geral.”

UMA FRONTEIRA, DOIS SISTEMAS OPOSTOS

Separados por 8.891 quilômetros de fronteira, Canadá e Estados Unidos têm nível de desenvolvimento semelhantes, mas políticas de saúde que diferem desde o princípio.

No Canadá, o estado financia praticamente toda a assistência médica, no que é conhecido pelos americanos como “medicina socializada”. Apenas os segmentos oftalmológico e odontológico, além de medicamentos, são pagos pelas pessoas aos profissionais que prestam o serviço ou por meio da contratação de seguros privados.

Nos demais casos, incluindo clínicos gerais, médicos especializados, emergências e tratamentos com alta tecnologia, o cidadão canadense não coloca a mão no

Hospitais privados recebem do governo pelos serviços prestados à população canadense



SHUTTERSTOCK / MEUNIERO

bolso. Ao contrário do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, porém, a grande maioria dos profissionais são autônomos ou ligados a hospitais privados.

O governo reembolsa os profissionais de saúde pelos serviços prestados aos cidadãos. Até aí, muitos outros países também fazem isso. O curioso, aqui, é o mecanismo encontrado para dar igual acesso à saúde: o Ato de Saúde do Canadá (em tradução livre), de 1984, proíbe que médicos e hospitais recebam diretamente pelo atendimento. Com isso, mesmo que assim deseje, uma pessoa mais rica tem de pegar a mesma fila de um de menor renda, e aguardar em alguns casos, por exemplo, até um ano para realizar uma consulta com um especialista. Ou ir fazer o tratamento nos EUA.

Do outro lado da fronteira, em 2010, quase 60 milhões de americanos ficavam numa espécie de limbo do sistema de saúde. Isso porque não tinham planos privados, geralmente oferecidos como benefício das empresas aos seus empregados, e também não eram cobertos pelos dois principais programas públicos de assistência.

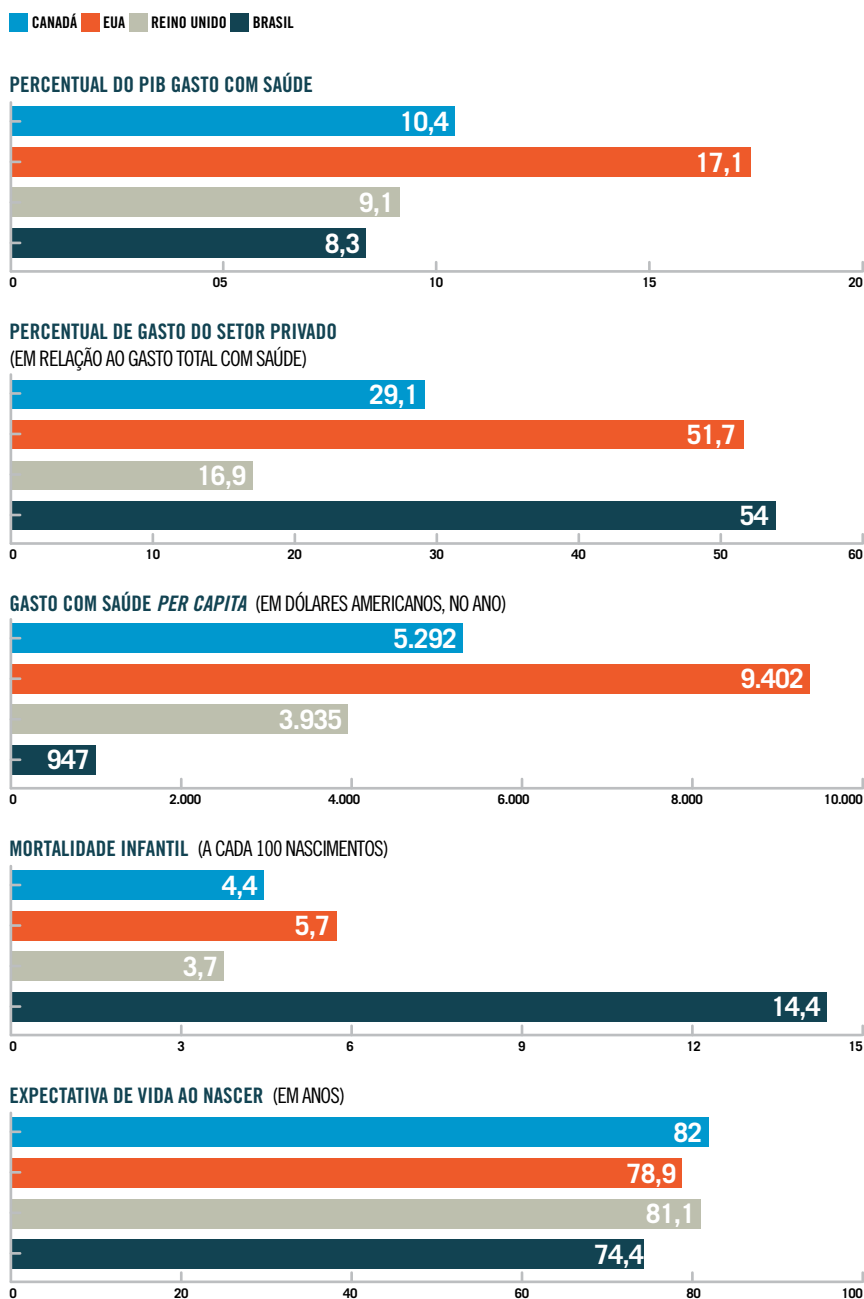
O Medicaid e o Medicare, criados em 1965, são destinados a públicos específicos. No primeiro caso, o programa é uma espécie de seguro, financiado conjuntamente por estados e pelo governo federal, para pessoas de baixa renda. Já o Medicare, vinculado à previdência social, atende apenas pessoas com deficiências ou com mais de 65 anos, por meio do reembolso de despesas hospitalares e de consultas médicas.

Há seis anos, para tentar resolver a situação desses 60 milhões de desassistidos, que tinham de pagar todas as eventuais despesas para cuidar de sua saúde, o presidente Barack Obama disputou voto a voto no Congresso para ter aprovada a Lei de Proteção ao Paciente e de Saúde Acessível (em tradução livre), vulgarmente conhecida como “Obamacare”.

Talvez a maior bandeira da gestão presidencial, a nova lei trouxe como principal medida a obrigatoriedade, para todos os cidadãos sem cobertura, de contratarem um plano de saúde privado. O governo criou um *marketplace* na internet, no qual o requerente tem acesso a todos os planos que operam no seu estado e pode escolher a opção que melhor lhe convier.

Desde então, o número de pessoas sem seguro caiu para cerca de 30 milhões de pessoas. Mas a lei continua sendo controversa. Em janeiro de 2016, Obama teve de vetar um projeto de lei que havia sido aprovado no Congresso e que revogava o Obamacare.

COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE QUATRO MÓDELOS DISTINTOS



E as operadoras que participam desse novo mercado, que conta com subvenções públicas, também não estão plenamente satisfeitas. Em abril deste ano, a maior seguradora de saúde do país, a UnitedHealth, anunciou que deixará de participar do *marketplace* em diversos estados, no próximo ano. Segundo comunicado, a empresa estaria tendo prejuízo por causa do volume de serviços demandados pelos novos segurados.

4 oportunidades em tempos de **CRISE**

Simpósio sobre planos odontológicos indica os melhores caminhos para operadoras desse segmento se destacarem em cenário turbulento como o vivido pelo Brasil atualmente

Nos dias 28 e 29 de abril, em São Paulo, mais de 200 pessoas, entre empresários, profissionais da saúde, reguladores e consultores, participaram da 11ª edição do Sínplô, o Simpósio Internacional de Planos Odontológicos. O tema dessa edição foi “oportunidades em tempos de crise”.

“A instabilidade social e econômica tem trazido dificuldades para o nosso setor”, afirmou, na abertura do evento, o presidente do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), Geraldo Lima. “Por isso, estamos aqui antecipando tendências para apoiar a reestruturação dos negócios, visando manter o grande crescimento dos planos odontológicos independentemente da situação macroeconômica.”

Nos dois dias de palestras e debates, alguns assuntos foram recorrentes, como a necessidade de melhoria na gestão das operadoras, de aprimoramento do marco regulatório e de investir em programas de prevenção de doenças, além da tendência de consolidação do mercado de saúde suplementar (ver na página ao lado).

Entre os convidados de destaque, esteve o presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), José Carlos Abrahão, que reconheceu a urgência de todos os atores do setor, incluindo governo e operadoras, negociarem medidas que possam estimular a recuperação do

crescimento da base de clientes. Nesse sentido foi a mensagem de Carlos Ivorra Server, diretor-geral da Asisa, uma operadora espanhola de planos odontológicos: “Sempre há oportunidades em tempo de crise. Nos anos seguintes à crise financeira de 2008, por exemplo, houve uma mudança muito rápida no modelo de negócio dos planos odontológicos na Espanha, e o setor foi um dos poucos que se desenvolveu nesse período no país”.



1. CONSOLIDAÇÃO DE MERCADO

Obter ganhos de escala, capturar sinergias e elevar a produtividade. Ser mais competitivo. Esses são os principais fatores que explicam a tendência de maior concentração do mercado de saúde suplementar. “O setor ainda é muito pulverizado. Por isso, continuará o movimento de consolidação por meio de aquisições e fusões”, disse Antonio Carlos Abbatepaulo, diretor executivo do Sistema Abramge. Na última década, o número de operadoras exclusivamente odontológicas ativas e com beneficiários diminuiu 23%, passando de 413, em dezembro de 2006, para 319, em março de 2016. Considerando também as operadoras de planos médico-hospitalares, a queda foi de 33%. Para Vander Riscifina, diretor financeiro da São Francisco Odontologia, a “crescente restrição regulatória contribui para essa tendência”, vista como benéfica pelo presidente da ANS, José Carlos Abrahão, pois “forma empresas capazes de se sustentar”.





[2]



[3]



[4]

[1] Geraldo Lima, do Sinog: “antecipar tendências para seguir crescendo”
[2] Abrahão, da ANS, defendeu foco no “cuidado com os associados”
[3] Consultor Fernando Botelho pediu olhar diferenciado para planos odontológicos
[4] Lott, da Falconi: “mercado vai premiar a eficiência e a produtividade”

2. PROGRAMAS PREVENTIVOS

Para cada dólar investido em programas preventivos de medicina e odontologia, economizam-se três dólares em tratamentos. Revelado em estudo de 2015 da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o dado demonstrou, na ponta do lápis, a efetividade dessa estratégia para beneficiários e operadoras. “O investimento em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças contribui para diminuir a sinistralidade e, conseqüentemente, as despesas assistenciais”, disse Abrahão, da ANS. Ele ressaltou a necessidade de uma mudança de foco nas operadoras, passando do “volume de serviços para os resultados dos cuidados com os associados”. Hoje, a ANS tem cadastrados 20 programas de odontologia preventiva no Brasil, entre eles o da OdontoGroup, cujo objetivo é localizar e tratar doenças graves ou com potencial de agravamento. Estudos demonstram que problemas na boca podem servir de porta de entrada para outras doenças.

3. NOVAS REGRAS

“As coisas mudarão no Brasil. Este é um bom momento para aprimorar o marco regulatório”, disse Fernando Botelho, da Tendências Consultoria Integrada. Segundo o consultor, a legislação vigente cria distorções que comprometem o equilíbrio financeiro das operadoras e, conseqüentemente, os serviços para os beneficiários. Para Botelho, existem diversas ferramentas que poderiam ser adotadas para melhorar a relação entre as empresas do setor e seus clientes: prontuário eletrônico dos pacientes; transparência na formulação do rol de procedimentos; *ranking* de clínicas e consultórios odontológicos; e adoção de pagamento de franquias pelos usuários, entre outros. Botelho também alerta para a necessidade de um olhar diferenciado para os planos odontológicos: “Apesar de o preço médio dos planos odontológicos ser menor, as exigências de obrigações regulatórias são iguais às dos planos médicos, gerando pressão em custos administrativos”.

4. REESTRUTURAÇÃO

Em tempos de crise, torna-se mais necessário que as operadoras revejam suas práticas, das mais simples às mais complexas, em busca de oportunidades de melhoria. “O mercado vai premiar a eficiência e a produtividade”, afirmou Alberto Lott, da Falconi Consultores de Resultados. Entre diversos aspectos que podem ser aprimorados, três foram destacados pelos palestrantes do Sinplo. O primeiro é a qualificação dos profissionais, necessária para as melhores decisões de gestão e estratégia. No longo prazo, isso pode alavancar diferenciais competitivos e determinar o sucesso de uma empresa. Aprimorar a gestão de riscos, por sua vez, é indispensável para evitar perdas e preparar as empresas para as tendências de mercado. Por fim, é importante investir no monitoramento contínuo de indicadores e, mais do que isso, na utilização desses dados no planejamento e na operação das operadoras. Análises sistemáticas permitem a identificação precoce de pontos de melhoria.

Celebração em dose dupla

Abramge completa 50 anos de fundação, Sinog comemora duas décadas de atividades, e ambos celebram uma história marcada por grandes avanços no setor de saúde complementar

Há 50 anos, em São Paulo, um grupo de médicos e profissionais da área de saúde fundava uma entidade para organizar e propagar o sistema privado de serviços do setor. A Abramge nasceu em 1966, época em que a saúde pública era precária e o custo da medicina liberal, bastante elevado. Nesse contexto, as empresas buscavam mecanismos para atrair os melhores trabalhadores e, ainda, reduzir o nível de absenteísmo. Assim surgiram os primeiros planos de saúde no Brasil.

Cinco décadas depois, a Abramge se estabeleceu como a principal entidade representativa da saúde suplementar no país. Nesse período, a evolução do setor

e o amadurecimento da associação foram marcados por fatos e eventos que contribuíram para ampliar e garantir o acesso à saúde de um número cada vez maior de pessoas.

Um desses eventos foi o surgimento do Sinog, em 1996, a partir da própria Abramge. Nesses 20 anos de atuação, o sindicato cumpriu seu papel na defesa dos interesses das empresas de odontologia de grupo e no compartilhamento de informações relevantes para o setor. Não por acaso, a história das duas associações se confunde com a própria história da saúde suplementar no Brasil. Veja a seguir os grandes marcos dessa trajetória.

Em 50 anos de atuação, a Abramge se tornou a principal entidade representativa do setor

1966

FUNDAÇÃO DA ABRAMGE

A **Associação Brasileira de Medicina de Grupo** é fundada em São Paulo com a proposta de unir, organizar, regular, disciplinar, defender e representar as empresas privadas de assistência à saúde.

ANOS 1970

OS PLANOS INDIVIDUAIS

Essa modalidade desenvolve-se a partir dos planos coletivos empresariais, estendendo o sistema a quem se dispõe a pagar por atendimento particular de serviços médico-hospitalares. Nesse período, surgem ainda as cooperativas médicas, os sistemas de autogestão, seguros de saúde e os planos odontológicos.

ANOS 1980

MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

Em meados dessa década, mais de 250 empresas operadoras de planos de saúde no Brasil atendiam a cerca de 13 milhões de pessoas, com 55 hospitais próprios, 6.500 leitos, 500 ambulatórios e diversos serviços auxiliares.

1986

CRIAÇÃO DO SINAMGE

Nesse ano, o Ministério do Trabalho reconhece o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo do Estado de São Paulo. No ano seguinte, a entidade ganha abrangência em todo o país, além de uma nova denominação: **Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge)**.

1988

A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

O artigo 199 da Carta estabelece que “**a assistência à saúde é livre à iniciativa privada**”, com participação “de forma complementar ao sistema único de saúde”. As principais regras que orientam a funcionamento do setor estão na MP 44/01, em vigor, e na Lei 9.656/98, que estabeleceu critérios para a operação de empresas, discriminou padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo a regulação e fiscalização do setor.

1990

O CONAMGE

O Conselho de Autorregulamentação de Medicina de Grupo é criado para promover a regulamentação, fiscalização, registro e controle das empresas que integram o sistema de planos privados de saúde. Anterior ao **Código de Defesa do Consumidor**, que só seria aprovado meses depois, o Conamge também teve entre seus principais objetivos a defesa do usuário de plano de saúde. No início dos anos 2000 o órgão foi extinto após a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1991

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

A Lei nº 8.078, de 11 de agosto de 1990, que entrou em vigor apenas em 11 de março de 1991, consolidou o Código de Defesa do Consumidor como importante instrumento de regulação de todas as relações de consumo, seja na esfera pública, seja na privada.

MEADOS DOS ANOS 1990

CURSOS E EVENTOS

A Abramge inicia a promoção de **congressos, treinamentos e cursos** (incluindo pós-graduação *lato sensu* e MBA), além de palestras e simpósios com foco no desenvolvimento do sistema e no aprimoramento de seus atores. Entre 1994 e 2005, mais de 7.900 pessoas participaram de 212 eventos promovidos pela entidade.





O PRINCIPAL OBJETIVO DA ABRAMGE É REPRESENTAR INSTITUCIONALMENTE AS EMPRESAS PRIVADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SEGMENTO DE MEDICINA DE GRUPO, JUNTO AOS ÓRGÃOS DO GOVERNO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. O CHAMADO SISTEMA ABRAMGE ENLOBA O SINDICATO DAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO (SINAMGE), O SINDICATO DAS EMPRESAS DE ODONTOLOGIA DE GRUPO (SINOG) E A UNIVERSIDADE CORPORATIVA ABRAMGE (UCA).



Fachada da sede atual da Abramge: ações para ampliar e garantir o acesso das pessoas à saúde

30%

Hoje, a medicina de grupo cobre mais de 20 milhões de beneficiários dos cerca de 70 milhões de clientes da saúde suplementar brasileira

1996

A FUNDAÇÃO DO SINOG

Os serviços odontológicos se desvinculam dos planos médicos e empresas dedicadas exclusivamente ao segmento de saúde bucal e começam a ganhar força. A criação de um sindicato específico para a categoria, já com características de associação, torna-se naturalmente necessária, e assim é fundado, em 22 de agosto, o **Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo**. Naquela época, um plano odontológico custava cerca de R\$ 10 mensais, o equivalente a três refeições. Hoje, esse é o terceiro benefício mais utilizado pelos trabalhadores.

2000

A CRIAÇÃO DA ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é criada pela Lei nº 9.961, promulgada em 28 de janeiro. A agência tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais e suas relações com prestadores e consumidores, bem como contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

2003

ESTATUTO DO IDOSO

A publicação do **Estatuto do Idoso** estabelecido pela Lei nº 10.741 provoca mudanças importantes no mercado de planos de saúde, especialmente na reformulação das regras para o reajuste por faixa etária.



2005

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Entre 2000 e 2005, cerca de 500 alunos se formam e obtêm titulação de MBA e pós-graduação *lato sensu* na Universidade Corporativa Abramge e no Centro Universitário São Camilo. Ao todo, 19 turmas foram formadas no período.

2008

MOVIMENTO PELO PARTO NORMAL

A Abramge lança o projeto **Parto é Normal**, que prevê um amplo programa de ações para reduzir as cesáreas desnecessárias em todo o país. O público-alvo envolve gestantes, médicos e operadoras associadas, com a produção de materiais educativos e o estímulo à melhoria de indicadores por parte dos planos de saúde.



2014 E 2016

50 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

Pela primeira vez na história, o número de beneficiários dos planos médico-hospitalares ultrapassa a marca de 50 milhões de pessoas – o equivalente a **25% da população brasileira**. No mesmo ano, somando os usuários de planos odontológicos, o setor supera 70 milhões de clientes de planos de saúde.

LONGA ATUAÇÃO

Abramge comemora 50 anos de existência; Sinog completa 20 anos.



DIVULGAÇÃO ABRAMGE

Um parto de novela

A história de uma mãe que teve o apoio de sua médica e do plano de saúde para fazer um parto normal no país campeão mundial das cesáreas

Era fevereiro de 2015. A empresária Tatiana Yuomoto, de São Bernardo do Campo, estava com 36 semanas de gestação de sua primeira filha, a Letícia. Três anos antes havia dado à luz Lucas, que nascera em parto assistido por fórceps. Mesmo assim, Tatiana estava decidida a evitar a cesárea, pois, nas suas palavras, “se tudo corresse normalmente, parto normal era o melhor para mim e para a criança”.

Desde sua primeira gravidez, Tatiana dera a sorte de encontrar em sua médica uma aliada. Nunca havia sido induzida a pré-agendar uma cesárea, como virou praxe no Brasil, nos últimos anos. E melhor: todo o acompanhamento pré-natal estava sendo coberto por seu plano de saúde, assim como seria o parto e a internação. “Não coloquei a mão no bolso para nada, zero.”

Quando foi constatada a dilatação do colo do útero, a primeira fase do trabalho de parto, Tatiana deu entrada na Maternidade Pro Matre Paulista, uma das mais renomadas da cidade de São Paulo. Era meio-dia e a mãe do Lucas estava ansiosa pelo nascimento da Letícia. “Estava com um pouco de medo também, confesso”, lembra Tatiana. Afinal, a primeira experiência havia sido um pouco sofrida, apesar do final feliz.

Sentindo algumas contrações, Tatiana foi conduzida a uma das suítes LDR, sigla

O parto assistido à fórceps do primeiro filho, Lucas, não fez Tatiana optar pela cesárea para dar à luz Letícia



ARQUIVO PESSOAL

Tatiana plenamente recuperada, logo após o parto, segura a recém-nascida Letícia

em inglês para espaço de trabalho e parto. O apartamento contava com banheira de relaxamento e outros utensílios, como a bola suíça (a mesma usada no pilates), que estimulam os bebês a descerem do conforto uterino para esse mundo à primeira vista hostil. Tudo acompanhado por uma trilha sonora escolhida especialmente para tranquilizar as gestantes.

Quando as dores aumentaram, Tatiana logo pediu para tomar anestesia – ela defende o parto normal, mas não é “dessas radicais que querem sentir todas as dores do parto”. E assim, sem dor, nem demora, Letícia veio ao mundo, saudável e perfeita, por volta das 4 horas da tarde. Segundo Tatiana, “pareceu um parto de novela”.

No dia seguinte, ao contrário do que acontece com mulheres que passam por cesáreas, Tatiana estava 100% recuperada e ativa. Só ficou mais três dias na maternidade

O Brasil é o recordista de cesáreas, com mais da metade dos nascimentos, enquanto a OMS recomenda índice de 15%

por conta da icterícia que, assim como atinge metade dos recém-nascidos, deixou a pele de Letícia com coloração amarelada. Mas nem tudo pode ser como nas novelas, não é?

TÍTULO INDESEJADO

Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as cesáreas sejam no máximo 15% dos partos em um país, no Brasil esse índice chegou a 55,6%

em 2014, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conferindo ao país o indesejado posto de campeão mundial do procedimento.

Segundo a diretora da ANS Karla Coelho, estudos científicos indicam que a cesariana aumenta em até 120 vezes a chance de o bebê nascer prematuro. O parto normal, segundo a OMS, também é mais seguro para a gestante, ao evitar riscos associados a procedimentos cirúrgicos.

Por causa desse cenário e consciente de seu papel social, a Abramge lançou em 2008 a campanha “Parto é Normal”, com o objetivo de estimular a redução de cesáreas em todo o país. O projeto inclui ações de incentivo ao parto normal dirigidas a médicos, operadoras de planos de saúde associadas e gestantes.

PARA CONHECER MAIS SOBRE A CAMPANHA “PARTO É NORMAL” E VER A CARTILHA DESTINADA ÀS MÃES, COM DICAS SOBRE GESTAÇÃO, ACESSO O SITE WWW.ABRAMGE.COM.BR

RESOLVA SEUS PROBLEMAS DE TI DEFINITIVAMENTE



Sistema de Gestão para Operadora Odontológica
Gerenciando + de 1 milhão de beneficiários

100% de acordo com a ANS

aprovação direta no consultório

e muito mais...

- Auditoria on-line
- Parametrização dos procedimentos de acordo com suas regras
- Monitoramento dos custos assistenciais
- Acesso on-line pelos seus clientes PJ/PF

investimento ZERO em computadores e equipamentos

o melhor custo x benefício do mercado

SOLICITE UMA DEMONSTRAÇÃO. NÓS IREMOS ATÉ VOCÊ!

(19) 3327-1643/3342-2195

datanext@datanext.com.br

www.datanext.com.br



O fim do mito da desoneração fiscal

O ARTICULISTA DEMONSTRA, COM BASE NA LEGISLAÇÃO E NA ARRECADAÇÃO DE IMPOSTOS, QUE O SALDO DA SAÚDE SUPLEMENTAR É POSITIVO PARA OS COFRES PÚBLICOS

POR LUIZ AUGUSTO CARNEIRO*

Que o sistema tributário brasileiro é complexo e oneroso, bem sabe qualquer um que já se aventurou a empreender ou tem de cumprir obrigações com os fiscos. Os malfeitos do sistema se prestam também a outros desserviços. Por exemplo, o de criar condições, por conta do confuso cipoal de leis e normas, para a disseminação de conceitos errados e que se tornam verdades no consciente coletivo. Um dos mitos é o que prega a existência de renúncia fiscal pelo Estado em benefício da saúde suplementar. É hora de desmistificar essa história.

O Código Tributário Brasileiro define que o Imposto de Renda incide sobre os acréscimos patrimoniais dos contribuintes, pessoas físicas e jurídicas. Já que a saúde é, pela Constituição, um direito do cidadão e um dever do Estado, toda vez que o contribuinte paga por um serviço de saúde privado, visando suprir suas necessidades básicas de existência, sofre, na prática, um decréscimo patrimonial. Seja via contratação direta, seja via plano de saúde.

Isso é lógico, porque se trata de um recurso financeiro no qual se abriu mão do consumo ou do aumento de patrimônio para cumprir o que seria uma responsabilidade do Estado. Esse conceito é defendido, por exemplo, pelo Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco Sindical).

O contribuinte que paga um serviço de saúde privado sofre decréscimo patrimonial



A Lei nº 9.250 diz que despesas com saúde podem ser deduzidas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Muitos críticos, por ignorância ou má-fé intelectual, alegam que o Estado promove renúncia fiscal ao permitir essas deduções. A origem dessa tese advém do conceito difundido pela Secretaria da Receita Federal que classifica, no relatório “Demonstrativo dos Gastos Tributários”, as despesas com dependentes (manutenção da família), educação e saúde como benefícios tributários (ou renúncia fiscal).

Quem conhece o assunto, caso do advogado tributarista Ricardo Lodi, demonstra que tal conceituação está errada. No portal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (www.iess.org.br) oferecemos farto conteúdo que analisa o tema, inclusive um vídeo bastante didático do dr. Lodi.

Junto ao erro conceitual, os críticos “esquecem” que o setor, bem como outros elos da cadeia produtiva da saúde, é expressiva

fonte geradora de receitas ao erário. Trabalho produzido pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), a pedido da Abramge, identificou que a saúde suplementar recolheu, diretamente, R\$ 4,3 bilhões em tributos, em 2013. Outros R\$ 19 bilhões adicionais vieram de tributação indireta, projeta o estudo.

Não bastassem leis para desmentir o mito, cabe ainda uma análise pragmática. De 2009 a 2012, o Iess apurou que a soma das despesas assistenciais das operadoras com beneficiários totalizou mais de R\$ 263 bilhões. Além disso, R\$ 12,2 bilhões foram recolhidos em tributos diretos e, de quebra, R\$ 180 mi-

Para cada R\$ 1 a que o Estado teria abdicado, recebeu de volta R\$ 9,11

lhões pagos ao questionável processo de ressarcimento ao SUS. A somatória representa um alívio aos governos, entre despesas evitadas ao SUS e tributos recolhidos, da magnitude de R\$ 275,3 bilhões. No mesmo período, as deduções fiscais das pessoas físicas e jurídicas com planos de saúde, no imposto de renda, somaram R\$ 30,2 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 1 que o Estado teria abdicado de arrecadação, recebeu de volta R\$ 9,11 da saúde suplementar. Essa verdade, se propagada por todo setor, acabará com o mito de que a saúde suplementar se beneficia de desoneração fiscal. E nem o confuso regime tributário, nem quem pretende valer-se dele para criar mitos resistirão aos fatos.

* SUPERINTENDENTE EXECUTIVO DO INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS)



PREVER
O FUTURO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE
COMEÇA POR AJUDAR A
CRIÁ-LO



Pessoas. Tecnologia. Dados. Ação.

MAIS SAUDÁVEL É AQUI

O que vem pela frente para os cuidados de saúde? Muitas pessoas têm debatido o assunto, mas a real mudança exige mais do que apenas conversas. A hora é agora para uma ação decisiva e prática. Como uma empresa de serviços de saúde e inovação, fortalecemos cuidados de saúde modernos combinando dados e análises com tecnologia e expertise. O resultado é o que chamamos de Mais Saudável, e isto impacta cada parte do sistema: de hospitais, médicos e farmácias até planos de saúde, governos e empregadores. Esse é o futuro com o qual estamos animados.

optum.com.br



DR. RICARDO BARROS
Ministro da Saúde



DR. DAVID UIP
Secretário de Saúde do Estado de São Paulo



DR. JOSÉ CARLOS ABRAHÃO
Presidente da Agência Nacional de Saúde
Suplementar - ANS



DR. EDSON DE GODOY BUENO
Presidente do Grupo Amil



DR. PEDRO RAMOS
Diretor da Abramge - Associação Brasileira
de Planos de Saúde



DR. DRÁUZIO VARELLA
Médico e apresentador dos quadros de saúde
do Programa Fantástico



CARLOS ALBERTO SARDENBERG
Âncora da Rádio CBN e comentarista
econômico do Jornal da Globo e Globonews



21º Congresso Abramge 12º Congresso Sinog

Saúde Suplementar DESAFIOS E PERSPECTIVAS

01 e 02 de setembro de 2016
Hotel Renaissance - São Paulo/SP



Informações: www.abramge.com.br/congresso

REALIZAÇÃO



APOIO INSTITUCIONAL



PATROCÍNIO MASTER



PATROCÍNIO



AGÊNCIA OFICIAL

