

# VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

OUT/NOV/DEZ • 2018



abramge • sinamge • sinog

ANO 3 Nº 10  
ISSN 2448-0630

## DIVERSIFICAÇÃO ESTRATÉGICA

PLANOS ODONTOLÓGICOS ESTÃO APOSTANDO EM NOVOS PRODUTOS, COM COBERTURAS ADICIONAIS, PARA ATRAIR E RETER CLIENTES

## USO RACIONAL DOS PLANOS

OPERADORAS E EMPRESÁRIOS PROCURAM CONSCIENTIZAR OS PACIENTES SOBRE A NECESSIDADE DE DIMINUIR OS DESPÉRDICIOS

## SITUAÇÃO CALAMITOSA

ASSIM FOI DESCRITA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS NO BRASIL, PELO ENTREVISTADO DA VEZ, O MÉDICO ALEXANDRE KALACHE



# MAIOR INTEGRAÇÃO

COM O DIAGNÓSTICO EM MÃOS, CHEGOU A HORA DE OS DIFERENTES ELOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR SE UNIREM PARA REABILITAR O SISTEMA



# DESCUBRA UM NOVO MUNDO

## TENHA ACESSO AOS PRINCIPAIS INDICADORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

saúdedados 

1ª plataforma de inteligência de mercado  
voltada para a saúde suplementar

Conecte-se aos principais indicadores da saúde suplementar, crie consultas e obtenha informações relevantes para impulsionar as decisões da sua empresa.

Conheça as soluções que o Saúde Dados® oferece.

Entre em contato conosco e descubra um novo paradigma:

[saudedados.com.br](http://saudedados.com.br)  
[contato@abramge-uca.com.br](mailto:contato@abramge-uca.com.br)  
(11) 4878-4413 / 4478-4438

# Soluções conjuntas

No mês de agosto mais recente o 23º Congresso Abramge e 14º Congresso Sinog, realizado em São Paulo, reuniu representantes dos principais elos da saúde suplementar para discutir o tema “Integração de Stakeholders” [1]. A intenção foi clara: buscar as principais convergências nas agendas de operadoras, hospitais, médicos, indústria farmacêutica, empregadores e pacientes em prol da sustentabilidade do setor.

O evento foi produtivo e demonstrou que são diversas as demandas comuns entre esses diferentes *stakeholders*, como apresenta a reportagem de capa desta edição.

Todos concordam, por exemplo, que os custos assistenciais alcançaram nível insuportável. E que isso é causado, em parte, pelo uso irracional dos recursos oferecidos pelos planos de saúde, tanto por provedores de serviços quanto pelos próprios pacientes. E o que fazer para reduzir fraudes e desperdícios a níveis razoáveis? É consenso também que isso somente será possível por meio de um novo modelo assistencial centrado na qualidade e resolutividade dos cuidados à saúde. Para tanto, é preciso ter parâmetros que permitam acompanhar a efetividade dos tratamentos e, conseqüentemente, o pagamento de médicos e hospitais de acordo com sua eficiência e eficácia.

Outro fator que leva aos gastos crescentes dos planos de saúde é, segundo os participantes do congresso, a ênfase dada pelo sistema ao tratamento de doenças, quando deveria ser a prevenção e a identificação precoce das mesmas. Essa mudança de mentalidade e postura está acontecendo, aos poucos, e a expectativa é que deverá em alguns anos se tornar um freio na alta sinistralidade registrada pelo setor.

Para resolver esses e os outros grandes desafios da saúde suplementar, como a excessiva judicialização, é necessária uma maior integração entre os players do setor. Para que as soluções saiam do papel e cheguem, de fato, à prática. Torçamos.

As outras duas interessantes reportagens também têm a ver com o panorama descrito acima. Em uma delas revelamos o que operadoras e empregadores estão fazendo para que os beneficiários usem os planos de saúde com maior racionalidade [2] – para isso, estão usando ferramentas de comunicação para conscientizar os pacientes de que suas decisões têm impacto na coletividade. Na outra matéria, mostramos que a odontologia suplementar está diversificando a oferta de serviços para conquistar e manter clientes [3]. Indo além do que está previsto no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos odontológicos estão fazendo mais pessoas sorrirem satisfeitas.

Por fim, não deixe de prestigiar a entrevista exclusiva que abre esta edição da *Visão Saúde*, com um dos principais especialistas do mundo em políticas de envelhecimento, Alexandre Kalache.

Boa leitura.



[1]

DIVULGAÇÃO



[2]

FREEPIK



[3]

FREEPIK

## 6 PÁGINAS AZUIS

Um dos maiores especialistas do mundo em envelhecimento, Alexandre Kalache explica a revolução demográfica e epidemiológica em curso no Brasil e aponta o que é preciso para enfrentá-la.

## 18 UNIÃO DE FORÇAS

CAPA

Diferentes elos da saúde suplementar indicam quais são as principais convergências e urgências na agenda de sustentabilidade do setor.

## 24 ENGAJAMENTO DOS PACIENTES

Saiba quais são as medidas tomadas por operadoras e empregadoras para que os usuários dos planos de saúde tomem decisões responsáveis.

## 28 AMPLIAÇÃO DO LEQUE

Para seguir crescendo, planos exclusivamente odontológicos lançam no mercado novos produtos com coberturas adicionais.

### SEÇÕES

- 10 Imagem
- 12 Notas
- 16 Raio X
- 32 Check-up
- 34 Por Dentro
- 36 Acesso
- 38 Diagnóstico



DIVULGAÇÃO

CAPA: SHUTTERSTOCK



abramge • sinamge • sinog

#### COMITÊ EXECUTIVO

Reinaldo Camargo Scheibe PRESIDENTE DA ABRAMGE  
 Geraldo Almeida Lima PRESIDENTE DO SINOG  
 Cadri Massuda PRESIDENTE DO SINAMGE  
 Carlito Marques SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE  
 Paulo Santini Gabriel DIRETOR DA ABRAMGE  
 Lício Cintra DIRETOR DO SINAMGE  
 Antonio Laskos DIRETOR-EXECUTIVO

#### DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO

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



#### PROJETO EDITORIAL E GRÁFICO

MIOLO EDITORIAL  
miolo@mioloeditorial.com

#### PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Gustavo Magaldi (EDIÇÃO)  
 Aline Silveira (REPORTAGEM)  
 Marcio Penna (ARTE)

#### PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

#### IMPRESSÃO

Ipsis

A revista **Visão Saúde** é uma publicação das entidades que representam os planos de saúde.

A reprodução total ou parcial do conteúdo, sem prévia autorização, é expressamente proibida.

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

RESOLVA SEUS PROBLEMAS  
DE TI DEFINITIVAMENTE

# Sistema de Gestão para Operadora Odontológica



Migração e  
Implantação a  
**CUSTO ZERO**  
MUDE JÁ!

MANTENHA O FOCO  
NO SEU NEGÓCIO

REDUZA SEUS  
GASTOS COM TI

TOME DECISÕES  
CONFIÁVEIS

VENHA PARA O  
DATASYS!

ANTES DE COMPRAR UM NOVO SISTEMA OU INVESTIR MAIS EM SUA TI,  
RESPONDA A ESTAS QUESTÕES:

Quanto você vai ter que investir em **computadores** para fazer a migração?

DATASYS

ZERO

Quanto você vai ter que investir em **computadores** após a migração?

ZERO

Quanto você vai ter que investir em **Servidores** para rodar o Datasys?

ZERO

Quanto você vai ter que investir para ter um **backup** confiável?

TOTAL

O sistema está 100% em **conformidade** com as resoluções e instruções da  
**ANS**?

SIM

O sistema já vem preparado para uso da **BIOMETRIA** no combate **antifraudes**?

SIM

Você mesmo pode criar e implementar as regras dos tratamentos sem depender  
da TI?

SIM

O sistema garante a **integridade** e **consistência** dos dados de acordo com  
as normas da **ANS**?

SIM

A **DATANEXT** faz a migração do sistema atual para o **DATASYS** a custo zero?

SIM

SOLICITE UMA DEMONSTRAÇÃO. NÓS IREMOS ATÉ VOCÊ!



(19) 3327-1643  
0800 040 8008



datanext@datanext.com.br  
www.datanext.com.br



DATANEXT  
DESENVOLVENDO TECNOLOGIAS



# Situação calamitosa

Especialista em envelhecimento, Alexandre Kalache diz como o sistema de saúde do Brasil deve se preparar para a revolução demográfica em curso

**A**lexandre Kalache é o protótipo do idoso do futuro. Aos 72 anos, esse carioca da gema transborda energia e jovialidade, fatores necessários para cumprir uma agenda profissional que o leva aos quatro cantos do mundo, como professor universitário e ativista. Kalache se formou em medicina em 1970 e alguns anos depois rumou a Londres para fazer um mestrado em saúde pública. Na cidade que hoje considera uma de suas casas – as outras são o Rio de Janeiro e Granada, na Espanha –, ele passou a estudar a revolução demográfica e epidemiológica, fenômeno vivido pela Inglaterra de então e pelo Brasil atual. De lá para cá, Kalache se tornou um dos maiores especialistas do mundo em políticas de saúde e envelhecimento e chefiou por 13 anos o programa da Organização Mundial da Saúde (OMS) nessa área. Atualmente, além de dar aulas em universidades de diferentes países, ele é um dos apresentadores do programa de rádio *50 Mais CBN*, preside o *think tank* Centro Internacional de Longevidade Brasil e é embaixador da HelpAge International, organização não-governamental de promoção da dignidade na velhice. Ele também ainda luta por um sonho: que a Organização das Nações Unidas (ONU) crie uma convenção internacional de direitos dos idosos. Na entrevista a seguir, Kalache explica o tamanho do desafio que o Brasil tem pela frente para cuidar dos seus idosos, para que sejam tão ativos e felizes como ele é.

FOTO: DIVULGAÇÃO

### **VISÃO SAÚDE – Como vivem os idosos brasileiros hoje?**

ALEXANDRE KALACHE - Depende de qual Brasil estamos falando. Um trilhão e seiscentos bilhões de reais estão hoje nas mãos de brasileiros com mais de 50 anos. Existem hoje no país pessoas que estão envelhecendo melhor que nunca, que têm acessos a serviços, que tiveram um lastro financeiro. Elas acumularam os quatro capitais que são importantes para o bem envelhecer: capital de saúde, capital de conhecimento, capital social e capital financeiro. Mas a gente tem uma parcela grande da população que está envelhecendo na miséria. Sem um teto na cabeça, comida na mesa e um mínimo de recursos para comprar os remédios que precisam. Então, o Brasil, por um lado, está envelhecendo bem; por outro, muito mal. Apesar de tudo, continuamos em um caminho inexorável de envelhecimento, são três meses a mais de expectativa de vida a cada ano que passa. O número de idosos vai pular de 30 milhões, hoje, para 64 milhões em 2050 e 84 milhões em 2065, quando serão 34% da população.

### **Nosso sistema de saúde está preparado para esse cenário?**

Claramente, não. Os países desenvolvidos primeiro enriqueceram, para depois envelhecer. E o Brasil está na contramão. É uma situação calamitosa, em que estamos vivendo uma transição demográfica e epidemiológica, em que se muda o perfil das doenças, sem termos atingido o desenvolvimento como país. Quando se tinha uma população mais jovem, como há 40, 50 anos, havia predomínio de doenças infecciosas. Hoje ainda temos 14% das mortes no Brasil por esse motivo, além de 12% causados por violência, com 64 mil assassinatos e 70 mil desaparecimentos por ano. Mas como a população está envelhecendo, o restante das mortes já é decorrente de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, Doença de Alzheimer e outras. Isto é, ao longo do tempo, a ocorrência de doenças no Brasil mudou do agudo para o crônico. Mas o cuidado não mudou. E em resposta à revolução da longevidade é preciso que a gente evolua a cultura de cuidado.

### **Como essa evolução deve acontecer, especialmente no cuidado com os idosos?**

Um aspecto que eu gostaria muito de chamar a atenção é o despreparo dos profissionais da saúde. Nós estamos formando profissionais preparados para o século XX, um contexto de altas taxas de mortalidade infantil e doenças infecciosas. Quem está se formando em medicina hoje não aprende nada sobre envelhecimento. Não é só a questão de se formarem geriatras. Todos os profissionais da saúde precisam estar mais fa-

miliarizados e conhecedores do processo de envelhecimento em todos seus domínios, que vão da anatomia, fisiologia, farmacologia, dosagem de medicamentos, interação entre eles, apresentação de doenças. Quando se tem infecção urinária aos 40 anos, os sintomas são diferentes de uma pessoa de 80, 90 anos, em que muitas vezes essa infecção se manifesta em distúrbios de comportamento. Se você não aprendeu isso, vai fazer besteira. Pode intoxicar o paciente com antidepressivos. Muitas vezes uma pessoa que tem infarto de miocárdio aos 90 anos não sente dor. Tem outros sinais e pode entrar em falência cardíaca e morrer porque não foi diagnosticada e tratada. Eu digo para os estudantes de medicina quando tenho a oportunidade: “você vão matar pacientes na santa ignorância, sem sequer perceber o que estão fazendo”.

### **O envelhecimento deveria entrar no currículo universitário de medicina?**

Com certeza. Quando eu ainda estava na OMS, eu tentei juntar os ministérios da Saúde e da Educação em uma reforma do currículo médico para formar profissionais da saúde para o século XXI. Isso foi há mais de dez anos, e eu volto recorrentemente a essa questão. O que está sendo feito no Brasil é totalmente irresponsável. Abrindo-se mais faculdades, que estão inadequadas, não equipadas, com quadros docentes muitas vezes ignorantes, não só em relação ao envelhecimento, mas sobretudo em relação a isso, porque não percebem sua importância e vão empurrando com a barriga. E como os profissionais não foram preparados para atender os mais idosos, eles acabam negligenciando, porque é impossível gostar daquilo que você não conhece. Você passa a rejeitar. Então, os estudantes de medicina de hoje têm de estar mais familiarizados com os idosos. Pode-se fazer, por exemplo, o que fazíamos na Inglaterra e ainda se faz em muitas faculdades de lá: quando o curso começa você é apresentado a um grupo de seis idosos e os acompanha pelos seis anos. Não são pacientes idosos, mas sim pessoas que se tornam amigas.

### **Como preparar o sistema para prevenir doenças crônicas?**

No Brasil, hoje, 90% das mortes de idosos são por doenças crônicas. Existem quatro fatores importantes para preveni-las: boa dieta, atividade física, uso moderado de álcool e evitar o fumo. Controlando esses quatro fatores de risco, tem-se um impacto enorme na mortalidade por doenças crônicas. Você consegue postergar as mortes e ganhar anos com qualidade de vida. Isso faz diferença para a pessoa e para quem está pagando pela assistência médica. Se você concentra as mortes na velhice,



obviamente há uma concentração de gastos em pessoas mais idosas. Esse é um detalhe muito importante, porque é muito mais barato morrer aos 90 anos do que aos 60. Isso é comprovado em estudos de vários países. Primeiro porque as medidas heroicas, que custam muito caro, incluindo grandes investigações ou tratamentos muito sofisticados, não serão feitas em um paciente com 90 anos. A outra razão é que aos 90 todos os sistemas estão mais fragilizados. Então, quando há uma falência dos órgãos a morte é mais rápida.

### **Qual é a importância do geriatra e do médico generalista no cuidado aos idosos?**

O geriatra é um médico generalista treinado pra lidar com a pessoa idosa na sua essência física, social e mental como um todo. Em Londres, onde eu vivi boa parte da minha vida, há um médico de família que é a porta de entrada para o atendimento especializado. E muitas vezes ele te acompanha desde a infância. O treinamento dado a ele é a atenção primária à saúde, porque 90% dos problemas de saúde que uma pessoa tem podem ser tratados na comunidade sem institucionalização, que é muito cara. E dar conta da maioria dos problemas por um custo imensamente menor. Isso explica porque os países da Europa que apostam na atenção primária gastam metade daquilo que os EUA gastam. Mas estamos copiando o modelo errado, o modelo americano, até por imposição de consultores que vêm pro Brasil para impor regras com base em um modelo falido, que não tem limite, é superinvestigado, superinstitucionalizado e no qual as pessoas morrem mais cedo.

### **Como o geriatra bem treinado evita isso?**

Uma das funções primordiais do geriatra é retirar medicamentos. Há coquetéis incríveis de idosos tomando 10, 15 medicamentos por dia, muitas vezes porque foi a diferentes especialistas e cada um deles passou um medicamento. Faz uma salada que acaba matando. O bom geriatra presta atenção nessa combinação. Exemplo: você pode estar tomando um remédio para refluxo no esôfago e esse remédio causa um tremor na mão. Vem o outro médico e acha que esse tremor é Parkinson, aí medica doença. Segunda coisa é que o brasileiro é indisciplinado e faz automedicação. E tem muitas farmácias procurando fazer lucro, competindo entre si. Existe esse hábito de apanhar nas estantes os medicamentos e suplementos vitamínicos, que em geral não são necessários se tiver uma dieta bem equilibrada e balanceada. E muitas vezes esses suplementos dão efeitos colaterais que estão te prejudicando em vez de ajudar, além de aumentar o risco de

determinadas doenças. Eu não tomo nenhum suplemento. Isso passa por uma questão de o médico estar bem preparado e não ter medo de ser levado à justiça, ser processado porque não diagnosticou, não tratou direito. Para se sentirem seguros, vão metendo um monte de exames que não são necessários, de ressonâncias magnéticas, coisas que raramente você vai ver na Inglaterra, por exemplo, e que aqui é corriqueiro.

### **A tecnologia de informação pode melhorar o atendimento aos idosos?**

A minha geração ainda não lida bem com a tecnologia, mas é uma questão de corte, de geração. O idoso de amanhã, que tem 50 anos hoje, está muito mais familiarizado com o uso dessa tecnologia e vai tirar de letra daqui a pouco. Recentemente, eu ainda estava fora do país e a cuidadora da minha mãe ligou para mim e disse que havia aparecido uma mancha na perna da minha mãe, tirou uma foto e mandou para a dermatologista dela, que disse que era herpes zoster. Ela automaticamente já prescreveu um tratamento. Isso evitou que a minha mãe se deslocasse até o consultório, ela já está muito fragilizada, e evitou também o custo de uma visita da dermatologista em casa. Você está economizando tempo, evita o deslocamento, faz tudo muito mais rápido, não precisa esperar a consulta com o especialista e permite que os profissionais de saúde se dediquem cada vez mais para a conversa, para aquilo que é a qualidade humana. Os planos de saúde têm de perceber que a ênfase maior tem de ser no cuidar, e não na cura, e envolver o cuidador ou cuidadora para que ele participe da interação. Essa pessoa precisa de informação, precisa se sentir prestigiada, para que ela possa dar o retorno. Isso faz parte da atenção integral.

### **O que o senhor espera do seu plano de saúde?**

Primeiro de tudo quero ser respeitado. Quero ser mais ativo na relação com o médico, quero entender o que acontece, não quero prescrições ou pedidos de exames sem que eu esteja inteirado. Não quero sigilo médico, cochichos por trás de mim. Mesmo que seja pra enfrentar uma realidade dura, eu quero participar desse processo de diagnóstico e de decisões. Eu não quero ser passivo no sentido de que coisas que não desejo que aconteçam se tornem realidade. Não quero ir parar no CTI, ter tubos colocados em mim mesmo depois de eu deixar claro que não é o que eu quero. Eu quero ser um agente ativo e empoderado no processo. Eu tenho muita informação e isso tudo acaba se refletindo nas minhas exigências sobre o sistema de saúde, seja ele público ou privado.





## Confusão tributária

Em março deste ano o Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu, em decisão liminar, a cobrança do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) no município de “consumo” ou residência dos usuários de planos de saúde, medida que havia sido introduzida por lei complementar de 2016. Isso inviabilizaria a atividade das operadoras em até 70% dos mais de 5.500 municípios do Brasil, pois cada um deles poderia determinar uma alíquota diferente, dificultando o recolhimento do tributo e aumentando esse custo em até dez vezes, segundo a Abramge. Olhando a imagem acima, que mostra apenas os municípios mais iluminados do país, pode-se ter uma ideia do impacto da nova legislação. Espera-se, portanto, que a liminar se torne uma decisão definitiva.

FOTO: WAEL ALREWEIE/SHUTTERSTOCK



## O PIOR JÁ PASSOU

*Abramge projeta recuperação do número de beneficiários dos planos de saúde até o fim de 2018*

**O** Brasil deve encerrar 2018 com 47,5 milhões de beneficiários de planos de saúde, o que representaria um acréscimo de 379 mil pessoas cobertas em relação ao final do ano passado. Essa é a projeção da Abramge, feita com base em indicadores macroeconômicos e específicos da saúde suplementar. Em dois anos, segundo a entidade, a estimativa é que o setor conquiste 1,7 milhão de novos clientes.

Como historicamente a contratação de planos de saúde acompanha a geração de empregos, as novas vagas de trabalho abertas em

julho foram uma boa notícia. De acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho, o saldo de criação de postos de trabalho naquele mês foi de 47.319 em todo o país. Com isso, de janeiro a julho, o resultado positivo no emprego foi de 448,2 mil vagas.

Outro indicador que provoca otimismo é o *churn rate*, como é conhecida a taxa de cancelamento de contratos. Entre fevereiro e abril de 2018, essa taxa caiu de 2,4% para 2,3% nos planos coletivos empresariais e de 1,5% para 1,4% nos planos individuais. Já os planos

coletivos por adesão registraram taxa estabilizada em 1,6%. Esses dados demonstram que diminuiu o ritmo de contratos cancelados.

Para impulsionar ainda mais o mercado, a Abramge defende a criação de novos formatos nos planos oferecidos aos consumidores. De um lado, é premente o crescimento de mecanismos de coparticipação, como a franquia e outras taxas de utilização; ao mesmo tempo, urge a flexibilização da cobertura obrigatória para alguns tipos de produtos, o que permitiria a oferta de produtos mais acessíveis a pessoas de menor poder aquisitivo.

# Interesse em alta

**A** procura por planos de saúde na Internet aumentou em 2018 e atingiu, na quarta semana de julho deste ano, a marca de 53,3 no Índice de Interesse por Planos de Saúde (IPS/Abramge) – exatamente um ano antes, era de 48,3 pontos.

O índice é calculado com base em informações da ferramenta Google Trends e mede o nível de buscas pelos termos “planos de saúde”, “planos de saúde individual e familiar” e “plano de saúde empresarial e coletivo” no Google Search. A base de dados é composta por observações semanais e atualizada mensalmente.

## ÍNDICE DE INTERESSE POR PLANOS DE SAÚDE (IPS/ ABRAMGE)

2015	47,7
2016	48,4
2017	48,3
2018	53,3

*Obs: os resultados são referentes ao índice apurado na quarta semana de julho de cada ano.*

“As ciências biomédicas começaram a dominar nossa concepção de cuidados de saúde, e a cura foi substituída pelo tratamento, o cuidado suplantado pelo gerenciamento e a arte de ouvir, pelos procedimentos tecnológicos”

*Frase extraída do livro The Lost Art of Healing, de Bernard Lown, professor emérito de cardiologia em Harvard. A tradução da frase é do jornal Folha de S. Paulo.*



## AMAZON COMBATE OS DESPÉRDÍCIOS

**A** gigante de tecnologia Amazon se aliou à companhia de investimentos Berkshire Hathaway e ao banco JPMorgan Chase na criação de uma empresa independente, sem fins lucrativos, cuja única missão é dar mais eficiência ao sistema de saúde dos EUA. Em um primeiro momento, a empresa ainda sem nome atuará na redução de desperdícios e fraudes nos provedores de serviços de saúde que atendem cerca de um milhão de

funcionários e familiares dessas três companhias. Segundo o CEO do empreendimento, o cirurgião de Harvard Atul Gawande, os três principais aspectos a serem investigados e melhorados serão: custos administrativos, preços elevados e uso indevido do plano de saúde. Gawande ainda declarou que pretende posteriormente compartilhar suas inovações para serem adotadas livremente no mercado. *Com informações do UOL.*

## SAÚDE NO MUNDO

**V**ejam algumas das estatísticas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na publicação *World Health Statistics 2018*, o mais amplo retrato da saúde no mundo. Entre outros destaques, os dados do relatório revelam que menos da metade da população mundial recebe todos os serviços essenciais de saúde.

### 303 mil mulheres morreram

por complicações na gravidez e no parto em 2015.

### 19 mortes a cada 1.000

nascidos vivos foi a mortalidade neonatal em 2016. Em 1990, esse índice era de 37.

### 1 milhão de pessoas

morreram por doenças relacionadas ao HIV em 2016, índice 48% menor que em 2005.

### 800 mil mortes

por suicídio ocorreram em 2016, com a taxa mais elevada na Região Europeia (15,4 por cada 100.000 habitantes).

### 4,2 milhões de mortes

foram causadas pela poluição do ar exterior em 2016.

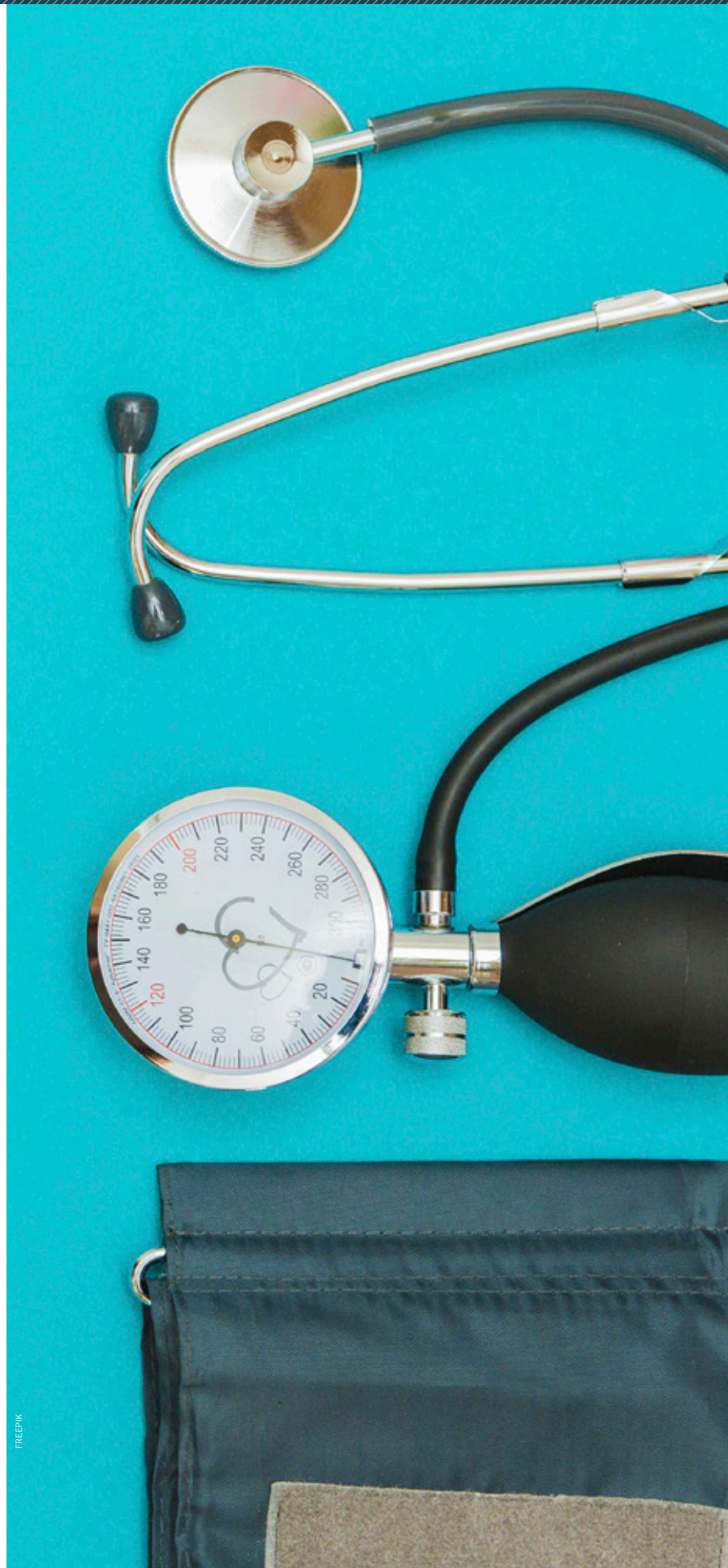
### 870 mil mortes

em 2016 ocorreram em consequência da água não potável, saneamento deficiente e falta de higiene.

### 39% da população mundial

em 2015 tinham acesso a serviços de saneamento adequados.

FREPIK





## Nós cuidamos da Saúde Financeira da sua Empresa



### ANTECIPAÇÃO DE RECEBÍVEIS

com as melhores taxas do mercado



### CAPITAL DE GIRO diferenciado com prazo de até 24 meses



### LINHA DE CRÉDITO para auxiliar o fluxo de caixa de seus Fornecedores e fortalecer sua Rede Credenciada



### LINHA DE CRÉDITO para Cooperativas e Cooperados que precisam de aporte financeiro para investimento ou capitalização

Há mais de 25 anos no mercado de Crédito, oferecemos produtos e serviços financeiros diferenciados e possuímos habilidade para desenvolver soluções em Capital de Giro para empresas, seja para ampliar mercados ou atrair clientes.

Mais do que suporte financeiro às empresas, nossas operações, produtos e parcerias estratégicas contribuem diretamente para a geração de novos negócios na economia brasileira.

Para saber mais sobre o SIFRA CREDISAÚDE escreva para [credisaude@gruposisfra.com.br](mailto:credisaude@gruposisfra.com.br) ou ligue (11) 3512-3600 / (11) 5091-4800

MATRIZ SÃO PAULO | Rua Dr. Eduardo de Souza Aranha, 153 - 1º, 2º e 3º andar - Itaim

ESCRITÓRIOS REGIONAIS | Belo Horizonte, Campinas, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Porto Alegre, Recife, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Salvador, São Bernardo do Campo e São Luis



GRUPO **SIFRA**

25 ANOS

## MAPA ASSISTENCIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR 2017

Levantamento da ANS revela que beneficiários estão usando mais os serviços oferecidos pelos planos de saúde

Os beneficiários das operadoras de planos de saúde utilizaram serviços médicos com maior intensidade em 2017, em comparação com o ano anterior. Essa é a conclusão extraída dos dados apresentados pelo Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), divulgado em junho de 2018.

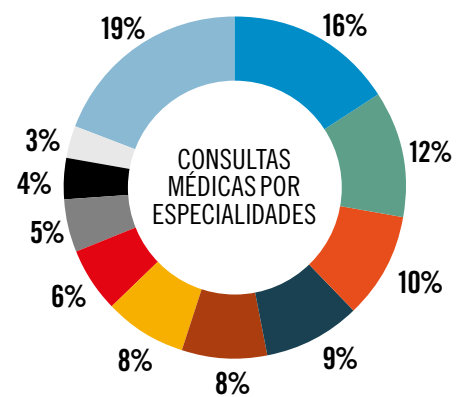
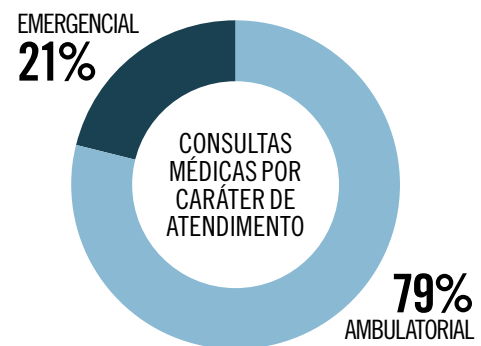
O levantamento da agência reguladora, cujos principais resultados estão neste *Raio-X*, consolida dados encaminhados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a respeito de consultas, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos, além da despesa assistencial líquida para alguns procedimentos. No total, a saúde suplementar foi responsável por mais de 1,5 bilhão de procedimentos no ano passado.

Na comparação com 2016, foi constatado aumento no número de consultas médicas (3,6%) e não médicas (14%), de terapias (13%) e internações (6%). A realização de exames a cada mil beneficiários também cresceu entre 2016 e 2017: de 149 para 157, em tomografia computadorizada, e de 149 para 162, em ressonância magnética.

Esses são números de uma triste realidade. O excesso de exames solicitados expõe o paciente a radiações desnecessárias, o que pode vir a prejudicar sua saúde, ao invés de tratá-lo. Prova de que no Brasil há um exagero nesse sentido é o fato de o país ser considerado o campeão mundial na realização de ressonâncias magnéticas – a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 32 ressonâncias para cada mil pessoas.

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR BENEFICIÁRIO

# 5,9



Especialidade	Porcentagem
Clínica médica	16%
Ginecologia e obstetrícia	12%
Pediatria	10%
Oftalmologia	9%
Traumatologia-ortopedia	8%
Cardiologia	8%
Dermatologia	6%
Otorrinolaringologia	5%
Endocrinologia	4%
Urologia	3%
Outras	19%

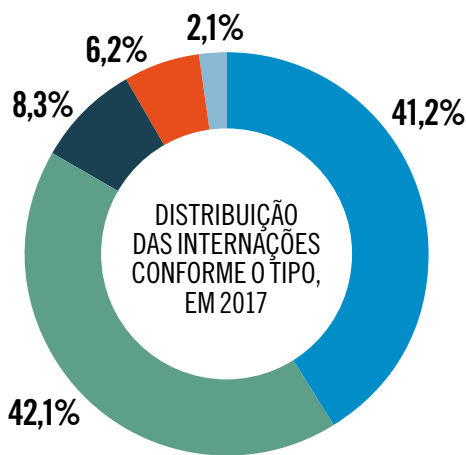


NÚMERO TOTAL DE PROCEDIMENTOS  
REALIZADOS EM 2017

# 1.515.522.803

NÚMERO DE  
INTERNAÇÕES  
POR 1.000  
BENEFICIÁRIOS

# 180



Clínica	41,2%
Cirúrgica	42,1%
Obstétrica	8,3%
Pediátrica	6,2%
Psiquiátrica	2,1%

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS  
REALIZADOS POR TIPO

CONSULTAS MÉDICAS  
270.304.926

OUTROS ATENDIMENTOS  
AMBULATORIAIS  
156.998.329

EXAMES  
COMPLEMENTARES  
816.903.529

TERAPIAS  
77.216.239

INTERNAÇÕES  
7.977.131

ODONTOLÓGICOS  
186.122.649

TERAPIAS REALIZADAS  
POR BENEFICIÁRIO

# 1,7

Obs: atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo transfusão ambulatorial, quimioterapia sistêmica, radioterapia megavoltagem, hemodiálise aguda, hemodiálise crônica e implante de dispositivo intrauterino e outros atendimentos com finalidade terapêutica.

CONSULTAS/SESSÕES  
REALIZADAS POR  
PROFISSIONAIS  
NÃO MÉDICOS POR  
BENEFICIÁRIO

# 3,4



Psicólogo	53%
Fisioterapeuta	27%
Fonoaudiólogo	12%
Nutricionista	6%
Terapeuta ocupacional	2%

Obs: este levantamento considera apenas as operadoras de medicina de grupo, modalidade em que a Abramge está inserida.



# Hora de dar as mãos

Diferentes elos da saúde suplementar buscam avançar em demandas convergentes pela sustentabilidade do sistema

**N**ão é novidade a delicada situação vivida na saúde suplementar. Durante a maior crise econômica da história do Brasil, entre meados de 2014 e 2017, o número de pessoas com planos de saúde diminuiu cerca de 3 milhões. Desde então, houve uma pequena recuperação e, segundo projeções da Abramge, o setor deve encerrar 2018 com um total de 47,5 milhões de beneficiários – número ainda distante do pico de 50,4 milhões atingido em 2014.





“Nenhum dos elos da saúde suplementar se declara satisfeito com a situação atual”, diz, conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM). “Além da ANS, hospitais, operadoras e médicos têm de buscar a harmonia do sistema, pois os objetivos são comuns”.

**SALOMÃO RODRIGUES**  
Conselheiro do Conselho  
Federal de Medicina

A queda brusca do volume de clientes certamente está relacionada à diminuição do nível de emprego nos últimos cinco anos, mas a lenta recuperação até o momento e o futuro do setor têm a ver, também, com um sistema disfuncional. A relação de problemas é extensa e de amplo conhecimento, sendo os principais: inflação médica acima da geral; alto índice de desperdícios e fraudes; excessiva e crescente judicialização; alta carga tributária e excesso de tributos.

Por sua vez, a maioria dessas disfunções são causadas por um sistema de cuidado à saúde concebido sobre premissas desacertadas. A principal delas é a noção equivocada, herdada do Sistema Único de Saúde (SUS), de que o paciente tem direito ilimitado a qualquer recurso ou tecnologia existente no mercado, não importando seu custo. Isso leva milhares de consumidores a recorrerem à justiça para terem acesso a terapias e procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e também à incorporação sem critérios de novas tecnologias.

“A população precisa entender que é inviável oferecer tudo a todos”, diz o presidente da Abramge, Reinaldo Scheibe. “As discussões sobre a relação entre planos de saúde e usuários precisam ter mais profundidade”.

O outro aspecto que gera consequências prejudiciais a todos os elos do sistema, inclusive aos próprios pacientes, é o modelo de cuidado à saúde centrado no caráter curativo. Com planos não estruturados em promoção da qualidade de vida e prevenção do surgimento e agravamento de doenças, os beneficiários de planos de saúde recorrem a especialistas e núcleos de alta complexidade mesmo quando têm uma simples gripe. E como médicos e hospitais, na grande maioria das vezes, são remunerados por procedimento, há um estímulo tácito para a realização desnecessária de consultas, exames e outros procedimentos.

Em artigo publicado na *Folha de São Paulo* em outubro de 2017, Leandro Fonseca, diretor-

presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), escreveu: “No caso dos planos de saúde, além da inflação dos serviços, influencia na variação dos seus preços a frequência de uso dos serviços e a peculiaridade do contrato. Assim, quanto maior a utilização em consultas, exames e internações de determinado grupo segurado, mesmo que os preços desses serviços não aumentem, os dos planos de saúde tendem a aumentar, refletindo essa maior utilização.”

No fim, as altíssimas despesas assistenciais das operadoras levam a um reajuste maior das mensalidades e à dificuldade de as pessoas em pagá-las. Assim se forma o ciclo insustentável da saúde suplementar.

“Nenhum dos elos da saúde suplementar se declara satisfeito com a situação atual”, diz Salomão Rodrigues, conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM). “Além da ANS, hospitais, operadoras e médicos têm de buscar a harmonia do sistema, pois os objetivos são comuns”.

De fato, a interdependência entre esses importantes elos do sistema privado é grande e, por isso, deveriam trabalhar em conjunto para encontrar as soluções de eficiência necessárias. Para isso, no entanto, devem superar a já histórica falta de sintonia e de ética em suas relações.

“O nível de desconfiança é tão grande que cria um cenário desastroso no qual hospitais e operadoras acham que seu negócio é melhor e mais importante do que o outro. Acreditam tanto nisso que hospitais passaram a ter planos de saúde e operadoras passaram a ter hospitais” diz Alceu Alves, vice-presidente da consultoria MV. “Enquanto isso, as grandes questões estratégicas de mercado, de relacionamento comercial e de modelos assistenciais que privilegiem a saúde ficam sem discussão sistêmica e, por conseguinte, sem respostas.”

## BUSCA DE CONVERGÊNCIAS

Um aspecto é consensual na visão de operadoras e prestadores de serviços a respeito do caminho a ser trilhado: a maior eficiência na gestão dos recursos

depende de um novo modelo assistencial e de remuneração com base no valor entregue aos pacientes, isto é, na resolutividade da assistência à saúde.

“Os hospitais estão preparados para compartilhar os riscos com as operadoras”, diz Martha Oliveira, diretora-executiva da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). “O problema é que nós criamos nosso conceito de valor e as operadoras o delas, e precisamos nos acertar quanto à forma ideal”.

Um dos principais desafios para a construção de um modelo assistencial baseado em valor e centrado no paciente – e também mais um sinal da falta de integração entre os diversos elos do sistema de saúde – é a ausência de um prontuário eletrônico unificado, que contenha o histórico de saúde dos pacientes e seja acessível, com a devida autorização dos mesmos, por operadoras, hospitais, laboratórios e médicos.

“Tanto os hospitais quanto as operadoras terão de fazer sua parte, juntando as informações que detêm e disponibilizando-as para os pacientes”, diz Oliveira, da Anahp. “Se começarmos agora, levará pelo menos dez anos para inserir todos os dados em um sistema unificado”. Para a diretora da Anahp, de posse de seu histórico, os próprios pacientes também teriam mais condições de gerenciar sua própria saúde.

Nesse sentido, é boa notícia a iniciativa do Ministério da Saúde de criar o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), base de dados que unificará nove sistemas adotados no SUS e cujos registros deverão ser realizados por todos estabelecimentos de saúde públicos e privados em território nacional.

A Anahp, por sua vez, está trabalhando em dois projetos de dados que visam contribuir para melhorar esse quadro. O primeiro é na construção de indicadores de qualidade dos hospitais. O segundo refere-se à mensuração de resultados em saúde, em parceria com o International Consortium for Health Outcomes Measurement (Ichom), organização sem fins lucrativos com projetos implantados em diversos países, como EUA,



Campolina, do Icos, acredita na combinação de diferentes modelos de remuneração

FOTOS: ROGERIO ALBUQUERQUE

Escócia, Holanda, Suécia, Reino Unido e China.

Com a disponibilização de dados confiáveis sobre o histórico dos pacientes e os resultados dos tratamentos, será possível a disseminação de modelos de remuneração alternativos ao *fee-for-service*, pelo qual a operadora paga ao prestador por cada procedimento realizado. Outras metodologias, já em uso em algumas operadoras e hospitais do Brasil, remuneram de acordo com o desfecho clínico.

“Provavelmente, teremos uma combinação de diferentes modelos de remuneração, sendo que o *fee-for-service* ainda será usado em alguns casos”, diz Fabrício Campolina, coordenador do Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração do Instituto Coalizão Saúde (Icos). “Mas o caminho é sem volta: pelo interesse dos elos, inclusive da sociedade médica, acredito que essas mudanças acontecerão em um cenário de três anos”, afirma.

#### PROMOVENDO O BEM-ESTAR

Outro elo fundamental da cadeia da saúde suplementar é formado pelas empresas – de pequeno, médio e grande portes – que oferecem aos seus funcionários planos de saúde como benefício. E esses financiadores também declaram ter chegado ao seu limite de gastos.



“Os hospitais estão preparados para compartilhar os riscos com as operadoras. O problema é que nós criamos nosso conceito de valor e as operadoras o delas, e precisamos nos acertar quanto à forma ideal”.

**MARTHA OLIVEIRA**  
Diretora-executiva da Associação Nacional de Hospitais Privados



“As operadoras que têm obtido maior êxito no mercado são aquelas que verticalizam a entrega. Assim, elas estão eliminando o prestador. Mas inocente é quem acha que serviço próprio é mais barato”

**JOÃO RODARTE**  
Diretor da Plurall Consultoria

“Se continuar assim, não tenho dúvidas de que os planos de saúde terão de ser cortados como benefício aos funcionários da indústria”, diz Emanuel Lacerda, gerente-executivo de saúde e segurança na indústria do Serviço Social da Indústria (Sesi). “Mas como esse é um benefício muito valorizado pelo trabalhador, nós queremos mantê-lo”.

Essa organização reúne 44 indústrias que financiam planos de saúde para 1,5 milhão de beneficiários, entre funcionários e beneficiários. Segundo Lacerda, o custo desse benefício representa 12% da folha de pagamentos das empresas representadas pela entidade.

A agenda do Sesi para reduzir os custos dos planos de saúde e, ao mesmo tempo, manter a qualidade de assistência tem como bases seis aspectos: incorporação criteriosa de novas tecnologias; melhorar a base de dados de saúde dos beneficiários; adotar modelos de remuneração por valor; investir em atenção primária; regulação dos contratos; e negociação coletiva, buscando melhores condições.

“Estamos procurando parceiros dispostos a trabalhar em promoção do bem-estar”, afirma Márcia Agosti, gerente de saúde da General Electric Brasil. “Tivemos muitas recusas, mas conseguimos efetivar algumas parcerias em um modelo centrado no paciente”.

Segundo Agosti, a visão da empresa é que os planos de saúde devem ajudar a fazer a gestão de riscos de saúde do capital humano dos seus funcionários, o que gera resultados positivos para os negócios. Para ela, é fundamental construir uma experiência positiva para os usuários ao longo do sistema de cuidado. E, para isso, as operadoras são os parceiros ideais.

Sobre a importância do clínico geral e da medicina preventiva, Rodrigues, do CFM, defende que esse tipo de médico tenha sua carreira no SUS nos mesmos moldes dos magistrados, com estabilidade e progressão de vencimentos. Na saúde suplementar, ele acredita que dada a função do clínico geral, este deveria ser contratado pelas operadoras, e não terceirizado.

“As operadoras que têm obtido maior êxito no mercado são aquelas que verticalizam a entrega. Assim, elas estão eliminando o prestador”, afirma João Rodarte, diretor da Plurall Consultoria. “Mas inocente é quem acha que serviço próprio é mais barato”. Rodarte explica que os procedimentos assistenciais em redes próprias, como consultas, normalmente são mais caros. Mas, segundo ele, como há um controle maior do processo assistencial, a demanda por procedimentos é inibida e, assim, o custo final por paciente pode ser até 50% mais barato.

Porém, um desafio para aumentar a verticalização dos serviços é que ela é mais viável economicamente em operadoras de grande porte – do contrário, gera ociosidade na rede de atendimento. Talvez o maior exemplo de sucesso nessa área seja o Hapvida, com sede em Fortaleza e que possui cerca de 3,8 milhões de clientes. Nos casos de operadoras pequenas e médias, uma alternativa, segundo Rodarte, é a formação de *pools* que reúnam algumas empresas diferentes em uma mesma estrutura assistencial.

## AJUSTES NA LEGISLAÇÃO

Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, chamou a atenção para o fato de a legislação não permitir a concepção de planos de saúde customizados, como o desejado por grandes empresas que contratam o benefício. Lacerda, do Sesi, e Agosti, da GE, concordam que essa limitação é um problema e pedem liberdade para criar um sistema melhor juntamente com as operadoras. “Também não acreditamos em reajustes controlados”, afirma Lacerda.

Outro aspecto da legislação em que o setor deseja mudanças é o tributário. Os planos de saúde, por exemplo, pleiteiam simplificação dos tributos e ajustes na forma de cobrança do Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN) determinada em 2017 e suspensa por liminar do Supremo Tribunal Federal (STF) em março de 2018.

Os problemas tributários também afetam a indústria farmacêutica. De acordo com Bruno Abreu, diretor de mercado e assuntos jurídicos do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma), os tributos

representam uma média de 31,3% na composição de preços dos medicamentos no Brasil, enquanto a média mundial é de 6%. Além disso, segundo o executivo, as indústrias farmacêuticas instaladas no país têm equipes dedicadas aos assuntos tributários em média cinco vezes mais numerosas do que em países europeus, por exemplo.

Outro tema que une operadoras e indústria farmacêutica é a necessidade de redução das de-

mandas judiciais de saúde. “Ao contrário do que as pessoas pensam, a judicialização não é interessante para a indústria farmacêutica, pois nós trabalhamos com previsibilidade”, diz Abreu, do Sindusfarma. “Hoje, um medicamento é fabricado em uma planta e distribuído para o restante do mundo, então não conseguimos fornecer determinados medicamentos nos prazos estabelecidos pela justiça”.

## CARTÃO ÚNICO DE SAÚDE

Atualmente consultor para o governo e empresas privadas, Januário Montone foi diretor da Anvisa, secretário de saúde do município de São Paulo e o primeiro diretor-presidente da ANS, além de ter ocupado outros cargos importantes na esfera pública. Após cerca de 30 anos atuando na área da saúde, Montone tem convicção de que a sustentabilidade do sistema de saúde depende de maior integração entre as esferas pública e privada. Veja a seguir algumas de suas conclusões.

### Qual seria, na sua opinião, o modelo ideal de coexistência entre os sistemas público e privado de saúde?

O sistema privado é chamado de complementar porque as pessoas têm acesso ao SUS e, suplementarmente, se desejarem ou puderem, contratam um plano de saúde. Essa situação tem de ser revista. Talvez nós tenhamos que caminhar para algo como o que é feito no Chile, em que todos os anos os trabalhadores escolhem se querem ser atendidos pelo setor público ou pelo privado. E podem mudar no ano seguinte. Mas é uma ou outra. No Brasil, cerca de 90% dos procedimentos já são comuns entre os dois sistemas. Então é hora de discutir um cartão único do sistema de saúde, em que se mudasse a “bandeira”. Se eu estiver trabalhando, está valendo a bandeira do plano privado; se eu perder o emprego, vale a do SUS. Assim, ajudaria aos gestores públicos dimensionarem melhor a sua rede. Em São Paulo, por exemplo, em vez de organizar a rede para atender 12 milhões de

pessoas, poderia fazê-lo para 6 milhões. Esse é um ajuste difícil de ser alcançado, mas que em algum momento terá de ser feito.

### Poderia haver complementariedade entre os sistemas público e privado?

Isso já existe em alguma medida. O governo compra serviços do setor privado. Mais de 50% das internações do Sistema Único de Saúde são feitas em hospitais privados, mediante o pagamento do SUS. Não tem o contrário, pois o setor privado é proibido de contratar do público. Isso é uma das coisas que uma discussão madura entre os dois setores poderia resolver. Você poderia permitir que um hospital público, em regiões em que não existe um hospital privado, possa vender o serviço para o setor privado. O sistema, o país e a população são únicos. Cada dia há mais tecnologia onde não se precisa e menos onde é necessária. Então, você tem uma desigualdade de acesso à saúde que talvez seja a maior desigualdade do país hoje, maior até do que a de renda.

### O que os sistemas público e privado deveriam “copiar” um do outro?

A experiência pública que melhoraria o sistema privado é a questão da promoção de saúde e prevenção. As poucas operadoras que conseguem ter uma saúde financeira hoje são as que operam em um modelo assistencial de acesso gerenciado do SUS. Por outro lado, o SUS deveria se inspirar no setor privado para fazer uma melhor entrega de serviços. E isso já está acontecendo com a transferência do atendimento público para



### Consultor defende que operadoras deveriam adotar sistema de acesso gerenciado do SUS

organizações sociais. As OS não tem fins lucrativos, mas são privadas. Cada vez mais o setor público deveria ser quem planeja, define, financia, fiscaliza e monitora. A entrega do serviço deveria ser cada vez mais da iniciativa privada.

### Quem deveria liderar as discussões para maior integração?

A liderança do Ministério da Saúde é fundamental. Porque ele que detém, no âmbito do governo federal, o espaço para articular essas discussões, que passam também pelos ministérios da Fazenda, do Planejamento, da Educação... Precisamos de um Ministério da Saúde com liderança técnica na saúde, mas também com capacidade política de fazer essa articulação. E isso não temos há muito tempo. Esse é um dos motivos pelos quais o sistema de saúde, tanto o privado quanto o público, degingolou.

# União pelo futuro

Operadoras e empresas usam criatividade e comunicação para engajar pacientes no uso racional dos planos de saúde





**C**onsultas, cirurgias e exames desnecessários, fraudes, surgimento e agravamento de doenças que poderiam ser evitadas com a medicina preventiva. São muitos os fatores que comprometem a eficiência do sistema do Brasil e impedem que os recursos existentes cheguem a quem realmente precisa.

Na saúde suplementar o quadro de desperdício é grave. Isso pode ser constatado ao se comparar os índices de exames complexos – e consequentemente mais caros – realizados no país. Em 2017, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram realizados 157 tomografias computadorizadas e 162 ressonâncias magnéticas por grupo de 100 mil beneficiários. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nas 35 nações mais desenvolvidas do mundo a média anual de ressonâncias é de 52 por 100 mil pessoas, e de tomografias de 120 por grupo de 100 mil.

Ainda de acordo com a ANS, cerca de 30% de todos os exames realizados – incluindo os mais corriqueiros, como de sangue e de urina – não são retirados. Levando-se em consideração que, apenas em 2017, os planos de saúde custearam 816 milhões de exames, é simples chegar à conclusão que, só nesse item, mais de um bilhão de reais foram gastos sem necessidade.

A esses desperdícios somam-se as fraudes. É de conhecimento público – por reportagens na mídia e processos judiciais – que muitos médicos recebem incentivos financeiros de fabricantes de dispositivos e materiais usados em cirurgias, o que acaba por induzir à realização de procedimentos sem necessidade. O que, além de colocar em risco a segurança dos pacientes, infla os gastos dos planos de saúde.

Aí vem a segunda parte do problema. O aumento das despesas assistências das operadoras termina por motivar reajustes dos planos de saúde acima da inflação geral da economia, comprometendo cada vez mais a capacidade das pessoas em contratar esse importante serviço.

Por isso, visando à sustentabilidade do sistema, tanto a ANS quanto as operadoras estão fazendo esforços para que os próprios beneficiários ajudem a conter os desperdícios e as fraudes. E isso tem sido feito, basicamente, de duas maneiras: com programas de promoção de qualidade de vida, que contribuem para que menos

pessoas fiquem doentes; e com campanhas de uso consciente dos planos de saúde.

“As operadoras deveriam investir fortemente em campanhas de conscientização de utilização, com orientadores de utilização racional do plano de saúde e responsabilidade pelo cuidado com a própria saúde”, diz Lenisa Spinola, consultora da Strategy. “Essa abordagem deve promover conhecimento do plano, o conceito da ‘cultura em saúde’ com prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis, a conscientização e o estímulo ao uso consciente do plano”.

Na Amil, a principal estratégia para promover o uso consciente do plano de saúde é a coordenação do cuidado. Em 2016, a operadora criou os Clubes Vida de Saúde, que hoje somam 17 unidades de atendimento multidisciplinar baseadas em atenção primária, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Esses centros contam com equipes compostas por médicos de família, enfermeiros e agentes de saúde, além de fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, para casos específicos. Os pacientes podem participar de programas de prevenção e de promoção da saúde, como combate ao tabagismo, planejamento familiar e emagrecimento.

Entre os benefícios desse modelo, segundo a operadora, estão a melhora na qualidade de vida dos beneficiários, o reforço do vínculo entre médicos e pacientes e a redução da reinternação hospitalar. “A coordenação do cuidado é nossa principal estratégia assistencial e, por isso, vamos expandi-la para outras regiões, com 60 unidades e 230 mil beneficiários vinculados a esse novo modelo até o fim de 2018. Hoje, cerca de 146 mil pacientes já são acompanhados”, afirma Daniel Coudry, diretor executivo de qualidade da Amil.

#### **PODER DA COMUNICAÇÃO**

Fomentar a participação dos pacientes em relação à tomada de decisão pertinente a sua saúde, com base na informação de qualidade compartilhada com mé-

“As operadoras deveriam investir fortemente em campanhas de conscientização de utilização, com orientadores de utilização racional do plano de saúde e responsabilidade pelo cuidado com a própria saúde”

**LENISA SPINOLA**  
consultora da Strategy

dicos, enfermeiros e outros profissionais da área. Esse é o princípio do Projeto Sua Saúde, da ANS. A iniciativa é inspirada em ações desenvolvidas em outros países e busca falar diretamente com o beneficiário, fornecendo informações relevantes e orientando sobre questões relacionadas ao cuidado, tecnologias e procedimentos utilizados no diagnóstico e tratamento de doenças.

Entre os aspectos abordados pelo projeto, estão dicas de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, orientando sobre a importância de se fazer perguntas, esclarecer dúvidas e como tomar decisões em conjunto com os médicos. Um exemplo é a preparação pré-consulta, na qual, segundo a ANS, o beneficiário deve anotar suas preocupações e problemas e destacar as mudanças ocorridas em sua rotina e seus sintomas desde o último encontro com o médico.

Mas não é só a agência reguladora que está apostando na informação para melhorar a conduta dos pacientes. As campanhas de conscientização também estão em alta entre operadoras e empresas que oferecem planos de saúde como benefícios para seus funcionários.

A Amil, por exemplo, promove campanhas de comunicação que buscam engajar os beneficiários na gestão da própria saúde, para incentivar a melhor utilização do plano. Entre as ações estão o envio de *newsletters* e a divulgação de vídeos com dicas sobre a melhor forma de utilizar os serviços e evitar desperdícios, além de alertar contra as fraudes.

Já a Geap Autogestão em Saúde criou o *Guia de Uso Consciente dos Planos de Saúde*, com o qual convida os beneficiários a serem “inspetores” da utilização racional do benefício e, consequentemente, um agente da sustentabilidade do plano. A cartilha explica a importância de estar atento aos procedimentos solicitados pelos médicos, afirmando que isso trará resultados concretos e um menor reajuste do convênio.

A Geap possui um canal no Youtube, com informações sobre os planos, dicas de uso, dicas de saúde e campanhas. Um desses vídeos chama-se “Entenda o valor da mensalidade de seu plano”, explicando porque é tão importante usar o plano apenas quando é necessário, além de abordar conceitos como sinistralidade.



**AMOR DE MÃE**

Programa de suporte a profissionais com gestações de risco inclui orientação telefônica, cartilha personalizada, vídeos e atendimento via WhatsApp

Além das operadoras, as próprias empresas que oferecem planos de saúde como benefícios aos seus funcionários estão se mobilizando para diminuir os custos da assistência. Isso fica claro na atuação da D'Or Consultoria, que realiza campanhas de comunicação e ações de promoção de saúde para mais de 300 clientes corporativos, com um total de 1,5 milhão de beneficiários sob sua gestão.

“A comunicação é parte de um processo que culmina na mudança de comportamento das pessoas”, diz Alexandre Buika, superintendente de marketing e comunicação da D'Or Consultoria. Por meio de campanhas que utilizam os diversos canais de comunicação das empresas, os profissionais são conscientizados a buscarem mais qualidade de vida e a adquirir novos hábitos. Complementando o trabalho, a consultoria criou um guia de uso consciente do plano de saúde, com orientações em diversos níveis.

“Por ser um assunto difícil, que gera um pouco de aversão, procuramos sempre usar uma linguagem simples, rápida e informal, própria da internet”, diz Buika. “O desafio é traduzir o conteúdo técnico em uma campanha publicitária atraente”. Para tanto, são usados vídeos, redes sociais e, até mesmo, *flash mobs* – performances de surpresa realizadas nos ambientes de trabalho.

Um exemplo do trabalho da D'Or Consultoria foi o programa de suporte às profissionais com gestações de risco. Além de enfermeiras obstetras dedicadas, o programa, chamado “Amor de Mãe”, oferece orientação telefônica às gestantes, cartilha personalizada com orientações, portal com vídeos e orientações e canal WhatsApp para dúvidas em tempo real. Com esse conjunto de ações, segundo estimativa, um dos clientes da consultoria economizou mais de um milhão de reais ao evitar complicações de saúde de suas funcionárias.

“Por ser um assunto difícil, que gera um pouco de aversão, procuramos sempre usar uma linguagem simples, rápida e informal, própria da internet. O desafio é traduzir o conteúdo técnico em uma campanha publicitária atraente”

**ALEXANDRE BUIKA**  
superintendente de  
marketing e comunicação  
da D'Or Consultoria

## COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA INDUZEM AO USO RACIONAL DOS PLANOS

*Após publicar norma regulamentando os mecanismos financeiros de regulação, ANS voltou atrás*

Em junho de 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 433, que atualizava as regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde. No entanto, após protestos de entidades de defesa do consumidor, a agência reguladora voltou atrás na decisão.

Consultada pela reportagem da Visão Saúde a esse respeito, a agência reguladora declarou: “A ANS decidiu reabrir as discussões sobre a proposta de regulamentação da coparticipação e franquia em função da apreensão que o tema tem causado na sociedade. Dessa forma, a diretoria revogou a decisão que aprovou a norma e deliberou pela realização de audiência pública. O tema será discutido novamente e, a partir disso, serão definidos os próximos passos em relação ao tema.”

O recuo da ANS pegou o mercado de surpresa, pois já se dava como certa a necessária regulamentação de uma prática já existente e em crescimento no Brasil.

Como a própria agência reguladora havia reconhecido anteriormente, os mecanismos financeiros de regulação, como a franquia e a coparticipação, são institutos que agem como indutores do uso consciente dos planos de saúde pelos beneficiários. Nessa modalidade de contrato, o consumidor arca com parte dos custos de utilização do plano de saúde e, em contrapartida, paga valores menores de mensalidade.

A norma em questão protegia o consumidor ao estabelecer um percentual máximo a ser cobrado pela operadora para realização de procedimentos; ao determinar limites (mensal e anual) para exposição financeira do consumidor (o máximo que o consumidor pode pagar, no total, por coparticipação e franquia); e ao isentar a incidência de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos, como exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise.

Em artigo no jornal *O Estado de S. Paulo*, Antonio Penteadó Mendonça comentou o caso: “Curiosamente, o brasileiro é obrigado a votar para presidente, mas não pode fazer suas escolhas em outros campos da vida, como o melhor plano de saúde para sua realidade. Os que mais gritaram contra o hipotético assalto das operadoras contra seus segurados não perceberam que as novas regras da ANS para franquias e coparticipação são facultativas e se aplicam a um novo produto. Também não explicam ao público que estes planos não alteram os planos já contratados (com ou sem franquia e coparticipação), mas que são novas opções para quem deseja pagar menos mensalidade, com uma contrapartida no momento de usar o plano.”

O *Estudo Técnico ano III n. 5*, da Abramge, disponível no site da entidade ([www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br)), demonstrou, com base em estudos, que a adoção de mecanismos financeiros de regulação reduz custos e não prejudica a saúde do beneficiário.

# Diversificação estratégica

Para fidelizar seus clientes, e conquistar novos, operadoras odontológicas desenvolvem planos com coberturas adicionais e novos benefícios



**A**odontologia complementar passou incólume pela crise econômica e seguiu em crescimento, um sinal do desejo da população brasileira por saúde bucal. De acordo com a publicação *Cenário Saúde*, volume 3, nº 2, do Sistema Abramge, entre janeiro de 2015 e março de 2018 o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos aumentou 2,5 milhões. Desde junho 2012, 5,8 milhões contrataram os serviços do segmento, o que representa um crescimento médio de 4,8% ao ano.

Com isso, em junho de 2018, o número de beneficiários cobertos por planos exclusivamente odontológicos alcançou a marca de 23,5 milhões. Para 2019 e 2020, as estimativas do Sistema Abramge indicam crescimento de 3,6% e 6,3%, respectivamente, chegando a um total de 24,5 e 26,1 milhões de pessoas com cobertura odontológica.

Além de atender uma necessidade latente, essa expansão pode ser atribuída principalmente a dois fatores: a facilidade de acesso, já que a mensalidade média do plano odontológico, de R\$ 17,76 (dezembro/2017), é baixa se comparada à dos planos médico-hospitalares; e aos altos índices de satisfação dos beneficiários. Como mostrou pesquisa do Ibope e do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) de 2017, 79% dos beneficiários estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com seus planos odontológicos, e 81% recomendariam o plano odontológico para um amigo ou parente.

Agora, o desafio que se coloca é a manutenção do crescimento. Em dezembro de 2017 a taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos alcançou 11,3% da população brasileira, ainda muito menor que a registrada pelos planos médico-hospitalares, que se situa em patamar acima dos 20%.

Ao mesmo tempo, o segmento odontológico continua convivendo com um problema que se mantém há muito tempo: o elevado índice de cancelamento de contratos individuais, de 2,9% ao mês. Segundo executivos do segmento, isso ocorre porque muitos consumidores contratam um plano apenas para realizar determinado tratamento. Uma vez concluído, optam por deixar o convênio.

Nesse contexto, surgem duas questões: como fidelizar os atuais beneficiários, mantendo-os nos planos odontológicos por mais tempo? E o que pode ser feito para aumentar a atratividade dos planos para conquistar novos clientes?

Para superar esses desafios, muitas operadoras estão adotando estratégias de diversificação, isto é, procuram desenvolver novos planos de saúde que atendam a diferentes necessidades e desejos dos consumidores, agregando, assim, mais valor às suas propostas comerciais. E, conseqüentemente, destacando-se frente à concorrência.

“As operadoras de odontologia complementar têm se atentado às necessidades do consumidor, que hoje busca coberturas adicionais e produtos customizados. Então a diversificação vem acontecendo com mais intensidade nos últimos anos”, diz o presidente do Sinog, Geraldo Lima. “Essa tendência é extremamente importante para a sustentabilidade do segmento, pois é o consumidor que impõe o nosso rumo.”

#### PRODUTOS CUSTOMIZADOS

Segundo Michael Porter, professor do Instituto de Estratégia e Competitividade da Harvard Business School e autor de *Repensando a Saúde. Estratégias Para Melhorar a Qualidade e Reduzir Custos*, há três maneiras de se criar uma vantagem competitiva: produzindo um produto ou serviço mais barato; fazendo um produto diferenciado, melhor e diferente do que a competição produz; e dominando um nicho de mercado específico.

As operadoras e clínicas odontológicas estão fazendo um pouco de cada um desses pontos para se diferenciar e atrair mais clientes. O primeiro passo é ir além do que é previsto no



DIVULGAÇÃO

“As operadoras de odontologia complementar têm se atentado às necessidades do consumidor, que hoje busca coberturas adicionais e produtos customizados. Então a diversificação vem acontecendo com mais intensidade nos últimos anos”

**GERALDO LIMA**  
Presidente do Sinog



DIVULGAÇÃO

“A época do *‘one size fits all’* acabou e é cada vez mais necessário estudar os consumidores, identificar as oportunidades e as necessidades específicas de cada um para sermos capazes de oferecer produtos e serviços diferenciados”

**RODRIGO BACELLAR**  
Diretor-Presidente  
da OdontoPrev

Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que relaciona todos os procedimentos de cobertura obrigatória. Algumas das coberturas adicionais oferecidas no mercado, atualmente, são serviços de ortodontia, especialidade que corrige o posicionamento dos dentes e dos ossos da boca, e implantodontia, área de alta complexidade que se dedica a implantes e reimplantes dentários.

“A época do *‘one size fits all’* [nota da redação: produto único dirigido a públicos diferentes] acabou e é cada vez mais necessário estudar os consumidores, identificar as oportunidades e as necessidades específicas de cada um para sermos capazes de oferecer produtos e serviços diferenciados”, diz Rodrigo Bacellar, Diretor-Presidente da OdontoPrev, operadora presente em cerca de 2,5 mil municípios de todas as regiões do país, com mais de 28 mil dentistas credenciados. “E isso não apenas para o mercado de clientes individuais, pois os setores corporativos e o de PMEs também necessitam de ofertas que possibilitem customização”.

No segmento empresarial, todos os produtos da OdontoPrev são personalizados, ou seja, concebidos de acordo com as solicitações e necessidades dos clientes. Entre os destaques nesse segmento está um plano com apelo *premium*, desenhado especificamente para atender às necessidades de departamento de recursos humanos que lidam com uma base de colaboradores mais exigente, da alta gestão das empresas.

Mas é no segmento de pessoas físicas que a operadora tem diversificado mais suas ofertas. Em um espaço de um ano, lançou seis novos produtos: o Plano Dente de Leite, para crianças de 0 a 7 anos; o Plano Bem-Estar, para adultos com necessidades gerais; o Plano Estética, para pessoas que são mais preocupadas com a aparência estética dos dentes; o Plano Orto, para aqueles que precisam de correção ortodôntica; e o Plano VIP, o que tem mais procedimentos cobertos. Além dessas novidades, a OdontoPrev também oferece o Plano Dental Júnior, desenhado para atender a crianças de 8 a 17 anos.

Além de diversificar os produtos, a OdontoPrev aposta em novas maneiras de se relacionar com seus beneficiários para manter sua fidelidade. Por isso, se preocupa com todas as experiências dos clientes com a marca, desde o processo de compra até a satisfação ao utilizar o plano. Nessa jornada, busca desburocratizar processos, deixar os caminhos mais intuitivos e “marcar presença em momentos decisivos da vida desses consumidores”, como diz Bacellar.

Em 2018, a operadora lançou novidades em dois canais de venda de planos odontológicos massificados: o *e-commerce* para pessoas físicas e o aplicativo *mobile* que facilita a comercialização dos produtos da empresa via corretores. O *e-commerce* foi repaginado, tornando sua utilização mais intuitiva, e teve a incorporação de um chatbot com capacidade para responder às dúvidas do usuário, de forma interativa e em tempo real, durante a jornada de compra.

“Os investimentos em ações de fidelização e reconhecimento de marca também são muito importantes para conquistar clientes”, diz Bacellar. “Estamos investindo em comunicação como nunca antes, tanto no formato digital quanto na televisão, com o cuidado de explicar para nossos potenciais consumidores as vantagens e benefícios de se ter um plano odontológico”.

### ESTÉTICA NÃO É LUXO

Procedimentos estéticos, incluindo clareamento, prótese e aparelho ortodôntico – que não são de cobertura obrigatória – são outro vetor crescente de diversificação. Segundo a Sociedade Brasileira de Odontologia Estética, a busca por serviços de estética bucal cresceu 300% entre 2014 e 2017. Ainda de acordo com a entidade, para 66% dos brasileiros o gasto com beleza é necessidade, e não luxo.

Visando atender a essa demanda, a Amil Dental lançou, no segundo semestre de 2017, o Dental Win, que oferece coberturas estéticas como diferencial e foi o primeiro produto da empresa a ser comercializado 100% online. A operadora conta com rede de 39 mil pontos de atendimento em todas as regiões do Brasil.

“É claro que a saúde bucal vem sempre em primeiro lugar, mas, em pesquisas de fidelidade que realizamos recentemente, constatamos que a maior parte das demandas dos nossos clientes dizia respeito a coberturas adicionais. Desenhamos esse produto pensando justamente nisso”, afirma Alfieri Casalecchi, diretor executivo da Amil Dental.

A estratégia de diversificação do portfólio da Amil Dental começou em 2015, a partir do lançamento de planos regionais (Amil Dental Regional, no Nordeste) e para públicos específicos (Dental Kids e One Dental).

Na OdontoGroup, com sede em Brasília e atuação nacional, o foco de diversificação também são os serviços ligados à estética bucal. A operadora prepara o lançamento, ainda em 2018, de um novo plano individual com serviços clínicos e de ortodontia, incluindo a realização de clareamento dentário no final do tratamento ortodôntico. Já para o segmento empresarial, a operadora passará a comercializar um plano com procedimentos de prótese voltados para a estética bucal, com um rol mais abrangente que o mínimo exigido pela ANS. Entre os serviços que serão oferecidos nesse novo plano, estão: lente de contato odontológica; coroa metalo-cerâmica; prótese sobre implante; coroa de porcelana pura; e restaurações indiretas estéticas.

Para complementar a diversificação de produtos e agregar valor à marca, a operadora também procura inovar em outras áreas. “Fechar parcerias que ofereçam benefícios como descontos em medicamentos em grandes redes farmacêuticas e exames laboratoriais com valores mais acessíveis se torna um diferencial competitivo em um mercado com produtos tão parecidos”, diz Ana Regina Salgado, Diretora Comercial da OdontoGroup.

A operadora busca, ainda, a construção de uma rede de credenciados com atendimento 360 graus, isto é, clínicas odontológicas que ofereçam todas as especialidades em um só lugar. Essa conveniência, segundo Ana Regina Salgado, é um fator de atratividade de novos clientes.



A Villa Odontologia Avançada, de Belo Horizonte, é um exemplo de clínica que oferece diversos tipos de tratamento em um único local. A diversificação está no centro de sua estratégia de crescimento – e isso vem dando certo, já que registrou crescimento de 36% entre março e julho deste ano.

Conveniada a 17 diferentes operadoras, a clínica conta com um leque de dez especialidades. Uma das áreas que mais ganha destaque dentro da clínica é a do tratamento do ronco e apneia, caracterizada por episódios repetitivos de obstrução completa ou parcial da via aérea enquanto a pessoa dorme. Na Villa Odontologia Avançada, o tratamento da apneia é feito com o uso de aparelhos intraorais personalizados, que prometem acabar com o ronco de 95% dos pacientes e diminuir a quase zero ou a níveis mais seguros os episódios de apneia.

Para fidelizar seus clientes, a clínica investe em um atendimento humanizado. Na odontopediatria, por exemplo, são observadas as condições gerais de saúde bucal da criança e passadas informações de prevenção tanto para o paciente quanto para os pais, despertando o interesse em prevenir cáries e perdas dentárias precoces.

“Fechar parcerias que ofereçam benefícios como descontos em medicamentos em grandes redes farmacêuticas e exames laboratoriais com valores mais acessíveis se torna um diferencial competitivo em um mercado com produtos tão parecidos”

**ANA REGINA SALGADO**  
Diretora Comercial da OdontoGroup

## VIGÍLIA PERMANENTE

Entenda o que é *compliance* e porque essa atividade é fundamental para empresas de saúde e dos demais setores da economia

**[1] O TERMO COMPLIANCE** vem do verbo em inglês *to comply*, que significa agir de acordo com uma regra, norma, pedido ou instrução. No universo corporativo e institucional *compliance* se refere ao conjunto de políticas, procedimentos e ferramentas estabelecidos com o objetivo de, primordialmente, assegurar que a organização e seus profissionais atuem de acordo com a legislação e os regulamentos internos e externos. Porém, em conceito ampliado que vem se disseminando no mercado de trabalho, o *compliance* é utilizado para, além de evitar, detectar e tratar qualquer desvio ou inconformidade, consolidar princípios de integridade e conduta ética dentro e fora de uma organização, gerando confiança por parte de todos seus *stakeholders*.

**[2] A ORIGEM DO COMPLIANCE** como estrutura organizacional aconteceu nos Estados Unidos, no início do século XX, com a criação das primeiras agências reguladoras daquele país, entre elas a US Food and Drug Administration (FDA), responsável pela regulação dos mercados de alimentação e medicamentos naquele país. O desenvolvimento do *compliance* como programa corporativo, porém, foi impulsionado principalmente pe-

las instituições financeiras dos EUA, submetidas a regras gradativamente mais rígidas criadas pelo Federal Reserve System para dar maior segurança e confiabilidade ao sistema bancário. Outro marco importante foi a promulgação do Foreign Corrupt Practices Act (FCPA), a lei anticorrupção norte-americana que obrigou empresas a registrar suas transações monetárias e, ainda, a implantar sistemas internos de controles.

**[3] NO BRASIL** muitas empresas e instituições, notadamente as de grande porte e com operações em diferentes países, possuem programas estruturados de conformidade há algumas décadas. No entanto, essa preocupação se tornou mais disseminada no país a partir da aprovação da Lei 12.846/2013, popularmente conhecida como “lei anticorrupção”. Essa lei representou importante marco para a responsabilização das pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração nacional e estrangeira e estimulou muitas organizações a implantar seus próprios programas de *compliance*. Além de desejar manter suas reputações de integridade e ética, as corporações perceberam que o custo de multas e demais consequências de não-conformidades pode ser significativamente

maior que os gastos com a implantação e manutenção de programas de *compliance*, o que configura risco relevante para os negócios.

**[4] A EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA** de *compliance*, de acordo com o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), depende de algumas condições mínimas: envolvimento e apoio da alta administração; independência e autonomia para a execução das atividades de *compliance*; estabelecimento de comitê formado por membros de diferentes áreas para a discussão das questões relevantes de conformidade e ética; diagnóstico e definição de políticas, regras e procedimentos de conduta ética da instituição e de seus colaboradores e *stakeholders* externos; avaliação sobre a necessidade de contratação de um profissional de *compliance* que atue com independência; identificação e monitoramento de riscos; treinamento e comunicação para difusão das diretrizes do código de conduta e das políticas e procedimentos a ele vinculadas; implantação de um canal de denúncias.

**[5] HOUVE EVOLUÇÃO NA ADEÇÃO** de empresas brasileiras ao *compliance* nos últimos anos, como demonstrou a 3ª edição da Pes-





quisa *Maturidade do Compliance no Brasil*, conduzida em 2017 e publicada em 2018 pela consultoria KPMG. Entre as 450 empresas consultadas, apenas 9% declararam não ter a função de *compliance*, contra 19% em 2015. Já 71% dos respondentes reconheceram que a política e o programa de ética e *compliance* de suas companhias estão implantados de forma eficiente – em 2015, essa porcentagem era de 57%. Para 54% dos respondentes, a área dedicada ao tema existe há mais de um ano, enquanto 59% dos respondentes afirmaram que os executivos seniores reforçam periodicamente que a governança e a cultura de *compliance* são essenciais para o sucesso da estratégia da empresa.

**[6] AINDA HÁ MUITO A SE FAZER**, no entanto. A pesquisa também revelou que 27% das empresas não possuem estruturas dedicadas ao *compliance* e 36% delas não dispõem de recursos adequados para o tratamento ao tema. Autonomia e independência na função são quesitos ausentes em 23% das respondentes, enquanto 10% afirmaram não possuir um código de ética e conduta devida-

mente elaborado e aprovado. Já 20% informaram que não possuem uma linha de ética e canal de denúncias implantado, e 68% não conhecem ou não aproveitam a tecnologia para apoiar suas iniciativas de *compliance*. Por fim, 61% das empresas declararam que os profissionais terceirizados não receberam treinamentos sobre *compliance* e anticorrupção nos últimos 12 meses.

**[7] O SETOR DA SAÚDE**, por sua vez, busca na *compliance* “tanto a necessidade de aumentar a competitividade quanto a de demonstrar que o setor de saúde pretende ajudar o país no combate à corrupção, na melhoria das relações de trabalho dentro das empresas e no ambiente de negócios”. Essa é a visão de Giovanni Cerri, presidente do conselho do Instituto de Radiologia da Universidade de São Paulo e autor do prefácio do livro *Compliance na saúde: presente e futuro de um mercado em busca da autorregulação*, publicado em 2016. Na mesma obra, Francisco Balestrin, presidente da Federação Internacional dos Hospitais, escreveu: “Ao lidar com bens preciosos como vida, in-

tegridade física e dignidade humana, as instituições de saúde estão especialmente expostas a conflitos de valores éticos”. Ainda no livro citado, em artigo, Ana Regina Vlalnich, consultora em governança corporativa na saúde, Kátia Regina de Castro, mestre em direito pela Fundação Getúlio Vargas, e Jorge Eduardo Scarpin, doutor em contabilidade e contabilidade pela Universidade de São Paulo, afirmaram: “Depois de anos de denúncias, falências, além de outros desrespeitos aos *stakeholders* (pessoas envolvidas) e sociedade, muitas operadoras entenderam que o melhor é seguir a legislação vigente a pagar o preço da desobediência não só pelos processos e publicidade negativa de suas ações, porque certamente irão sair bem mais caro mas também porque os consumidores e os prestadores evoluíram e exigem comportamentos diferentes.”

\* FONTES: *COMPLIANCE NA SAÚDE: PRESENTE E FUTURO DE UM MERCADO EM BUSCA DA AUTORREGULAÇÃO*, ORGANIZADO POR REINALDO BRAGA E FELIPE SOUZA; *COMPLIANCE NO CONTEXTO DA GOVERNANÇA CORPORATIVA*, INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC); *PESQUISA MATUREZ DO COMPLIANCE NO BRASIL*, 3ª EDIÇÃO, KPMG; *MANUAL DO PROGRAMA DE COMPLIANCE*, ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP)

## CURSOS DE MBA DA UCA TÊM NOVIDADES EM 2019

Empreendedorismo é reforçado na matriz curricular e duração diminui para 12 meses

**O**s cursos de MBA da Universidade Corporativa Abramge (UCA) terão mudanças relevantes a partir de 2019, reforçando seu caráter que une teoria à prática e concentrando as aulas em um período mais curto, de 12 meses, com carga horária total de 444 horas. As alterações serão aplicadas tanto no MBA Gestão de Planos de Saúde quanto no MBA Gestão em Promoção de Saúde nas Organizações, que terão início em março do ano que vem.

A nova matriz curricular e as demais mudanças foram definidas em agosto de 2018, em conjunto, pela UCA, pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), apoiadora do MBA de Gestão em Promoção de Saúde nas Organizações, e pelo Centro Universitário São Camilo, instituição de ensino superior responsável pela área pedagógica dos dois cursos de especialização *lato sensu*.

A primeira grande mudança nos cursos será a estruturação em quatro módulos temáticos. No MBA Gestão de Planos de Saúde, os módulos serão: “Paradigmas, contexto e gestão da saúde”; “Gestão do desenvolvimento de planos de saúde”; “Estratégias e competências para a gestão de pessoas”; e “Gestão estratégica de planos de saúde e de planos odontológicos”. Já no MBA Gestão de Promoção de Saúde nas Organizações, a divisão é a seguinte: “Paradigmas, contexto e gestão da saúde”; “Desenvolvimento de programas de promoção de saúde e bem-estar”; “Implementação e controle de programas de promoção de saúde e bem-estar”; e “Gestão

Avançada de Programas de Promoção de Saúde e Bem-estar”.

Outra novidade importante é que os alunos dos dois cursos passarão a trabalhar efetivamente no desenvolvimento de um projeto. No caso dos planos de saúde, serão feitas avaliações de mercado, de cálculos atuariais e de riscos envolvidos antes de se chegar a um novo produto ou aperfeiçoamento de um produto já existente. No curso de gestão em promoção de saúde, os alunos farão um diagnóstico organizacional, a respeito de um problema ou necessidade, para então elaborar uma proposta de desenvolvimento e implantação de um programa voltado à saúde e ao bem-estar das pessoas.

“Ainda teremos a disciplina de empreendedorismo, na qual ensinaremos a montar um novo negócio ou a empreender dentro das organizações”, diz Claudio Colucci, coordenador geral dos cursos de pós-graduação *lato sensu* do Centro Universitário São Camilo. “As mudanças tiveram como objetivo tornar os cursos ainda mais voltados à prática e à realidade profissional nas organizações.”

Os dois cursos têm caráter profissional, sendo destinados a pessoas com graduação completa. O MBA Gestão de Planos de Saúde é indicado para graduados em áreas como administração, direito, medicina, enfermagem e fisioterapia, entre outras. Já o MBA em Gestão de Promoção de Saúde nas Organizações é cursado, principalmente, por profissionais das áreas da saúde já mencionadas, psicólogos e fisioterapeutas.



**Combinação de teoria e prática é um dos principais diferenciais dos programas de MBA da UCA**

Já o corpo docente dos MBA é formado por mestres e doutores, além de especialistas. Além do conhecimento teórico dos professores, destacam-se sua experiência profissional em empresas da área. São executivos e consultores que atuam em operadoras de planos de saúde ou em programas de promoção de qualidade de vida em organizações diversas.

Vale destacar, ainda, que apesar de a nova legislação que regulamenta os cursos de especialização *lato sensu*, publicada em 2018, ter retirado a obrigatoriedade da realização de trabalhos de conclusão de curso, os MBA da UCA continuarão a incluir esse projeto como necessário para a certificação.

# É ASSIM QUE FAZEMOS SAÚDE.

Saber, não adivinhar.

Implementar, não teorizar.

É assim que o cuidado fragmentado se torna mais conectado.

É assim que entregamos mais qualidade com menor custo.

É assim que doenças crônicas se tornam menos crônicas.

É assim que dados são compilados e a análise inspira ações.

É assim que colaborar se torna algo contagioso.

É assim que enfrentamos nossos maiores  
desafios nos cuidados de saúde e  
construímos um mundo  
mais saudável.

[optum.com.br](http://optum.com.br)



# ACOLHER FAZ BEM

Programa de atenção integral aos idosos resulta em melhoria na qualidade de vida e na redução do custo assistencial

**D**os tempos em que procurava atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a dona-de-casa Raimunda Oliveira, de 74 anos, não guarda boas lembranças. “No SUS eles só cuidavam daquilo que a gente reclamava”, diz Raimunda. “Além disso, não havia aparelhos necessários e os médicos ficavam até nervosos, não era bom, não”.

Desde 2010, porém, Raimunda se sente mais acolhida e tranquila em relação a sua própria saúde. Naquele ano, ela contratou um plano de assistência médico-hospitalar da operadora Vitallis, com sede em Belo Horizonte, o que lhe abriu as portas para uma nova etapa de acolhimento e segurança. Desde então, Raimunda é monitorada com atenção por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros e um geriatra, que conhecem seu histórico de saúde e lhe encaminham, quando há necessidade, para especialistas como ginecologista e oftalmologista. Todos os meses, a enfermeira também liga para sua casa simplesmente para saber se está tudo bem – e para lembrá-la da importância de tomar suas medicações.



**O acompanhamento mais próximo dos idosos propicia a eles melhor qualidade de vida, preservação da autonomia e prevenção de doenças relacionadas ao uso abusivo de medicações**

“Hoje eu estou alerta e sei que se eu não tomar minha medicação, vai ser ruim para mim mesma”, diz Raimunda.

Não que Raimunda tenha uma condição de saúde delicada. Considerando sua idade, ela até que está muito bem. Incentivada pela equipe da Vitallis, começou a pra-

ticar aulas de hidroginástica duas vezes por semana, já que, volta e meia, sente dores nas pernas, provavelmente causadas pela intensa rotina de trabalhos domésticos.

Como a maioria das pessoas em idade avançada, Raimunda, apesar de se sentir bem e tranquila, precisa de um acompa-



DIVULGAÇÃO

**Graziele Noronha, da Vitallis, acredita que o programa dirigido a idosos traz benefícios também para a operadora**

nhamento permanente de uma equipe de saúde para prevenir o surgimento de problemas mais sérios. Quando ingressou no plano Vitallidade, por exemplo, ela estava em condição de pré-diabetes. Se não tivesse tomado o medicamento indicado e adotado novos hábitos em sua rotina, talvez apresentasse hoje complicações indesejadas.

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

Raimunda Oliveira é um dos 5.500 beneficiários que fazem parte do Programa Saúde da Melhor Idade (PSMI), da Vitallis, operadora que atua em cerca de 600 cidades de sete estados, além do Distrito Federal. Criado em 2010 e destinado aos clientes com 59 anos ou mais, o PSMI tem o objetivo de promover o envelhecimento saudável e proporcionar um atendimento especializado e de qualidade aos seu participantes.

“Os beneficiários do programa têm acesso a serviços exclusivos e sem custo adicional”, diz Grazielle Noronha, enfermeira e coordenadora do PSMI. “Já a operadora é beneficiada, no longo prazo, com a diminuição

dos custos assistenciais, com o aumento da taxa de satisfação e, ainda, com a propaganda que os próprios participantes fazem da Vitallis para amigos e familiares”.

O primeiro passo do PSMI é convidar os beneficiários que contratam a Vitallis a aderirem ao programa, o que não é feito de forma automática, mas sim, voluntária. Um dos principais atrativos, segundo Grazielle, é o acompanhamento do paciente por equipes de geriatria, especialidade médica que estuda e trata das doenças ligadas ao envelhecimento, e gerontologia, campo de estudo dos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento. Essas especialidades são exclusividade de quem adere ao PSMI.

Assim que conquista a adesão de um novo paciente, a equipe do PSMI aplica ao novo participante uma escala de vulnerabilidade e riscos em saúde, de acordo com seu histórico e condição do momento. A partir da primeira consulta com o geriatra, o beneficiário passa a ser monitorado de perto por equipe de profissionais de saúde, que inclui

diversas especialidades médicas, além de nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e enfermeiros, entre outros. Esse monitoramento, feito por telefone, verifica se os pacientes estão seguindo as rotinas médicas indicadas para cada caso. E aos beneficiários participantes com dificuldades de locomoção, o PSMI ainda oferece atendimento domiciliar, também sem custo adicional.

“A gente percebe que, com o programa, eles têm melhor qualidade de vida, preservação da autonomia e prevenção de doenças relacionadas ao uso abusivo de medicações”, diz Grazielle.

Os resultados aferidos pelo PSMI demonstram sua efetividade. Entre os participantes do programa, 66,1% afirmaram ter percebido melhora na sua qualidade de vida e 100% declararam estarem satisfeitos com o cuidado recebido.

**PROJETO COLABORATIVO**

O PSMI, da Vitallis, é um dos programas selecionados pelo Projeto Idoso Bem Cuidado, uma iniciativa desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que propõe um modelo inovador de atenção aos idosos.

De acordo com a agência, o projeto surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor.

O modelo proposto pelo projeto é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado: acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de curta duração e cuidados de longa duração.

# O “X” da questão

TODAS AS PROPOSTAS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR SER MAIS EFICIENTE PASSAM, NECESSARIAMENTE, PELA MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

POR YUSSIF ALI MERE JR.\*

O mercado de saúde brasileiro é o terceiro maior do mundo. Movimentamos cerca de 10% do PIB, algo em torno de US\$ 155 bilhões/ano. Nos últimos anos, fusões e aquisições de cifras milionárias mostraram a pujança desse mercado. As duas décadas de regulamentação do setor suplementar trouxeram avanços, mas o aumento dos custos assistenciais somado ao envelhecimento e ao aumento das doenças crônicas coloca em xeque a sustentabilidade do sistema. A inflação médica é superior à inflação geral em vários países do mundo. No Brasil não é diferente. Mudanças tornam-se urgentes.

A saúde suplementar cobre 22,6% da população. Em junho passado, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares chegou a 47,2 milhões, mostrando uma leve recuperação após mais de 40 meses de queda. De janeiro de 2015 a março de 2018, 3,3 milhões de beneficiários deixaram o sistema, reflexo da crise econômica que elevou o desemprego a índices estratosféricos – e 80% dos vínculos vêm de planos coletivos. A recuperação dos níveis de emprego, apesar de lenta, deve fazer também com que o número de beneficiários cresça lentamente nos próximos meses.

As 759 operadoras médico-hospitalares em atividade, segundo a ANS, têm uma rede assistencial com 135 mil leitos à disposição, que geraram em 2017 quase oito milhões de internações. Os números de produção do setor suplementar em 2017 são impressionantes: mais de 270 milhões de consultas médicas, 817 milhões de exames, 157 milhões de atendimentos ambulatoriais e 77 milhões de terapias.

Fiz questão de trazer todos esses números para que possamos imaginar a dificuldade de introduzir mudanças em um mercado desse tamanho e no cenário atual. Todas as propostas para o setor suplementar se tornar mais eficiente, como a mudança do modelo de remuneração, maior engajamento do paciente no cuida-



*O médico continua sendo importante, naturalmente, mas ele precisa entender o seu novo papel dentro do sistema e das organizações.*

do com a sua saúde, combate ao desperdício, investimento em qualidade, entre outras, passam, necessariamente, pela mudança do modelo assistencial. Esse é o “X” da questão.

E para mudar a forma como a assistência é prestada precisamos também mudar culturas, quebrar paradigmas, combater ideologias e corporativismos que não nos deixam sair do lugar. Por exemplo, a revisão do papel do médico nesse novo modelo é fundamental. A assistência sempre foi centrada nesse profissional; precisamos desmistificar isso, com a atuação de equipes multiprofissionais e incorporando conceitos de governança, tornando o sistema mais eficiente e resolutivo. O médico continua sendo importante, naturalmente, mas ele precisa entender o seu novo papel dentro do sistema e das organizações.

Também é preciso conscientizar as pessoas para que cuidem da sua saúde e incorporem hábitos de vida saudáveis. Cabe às organizações iniciar um movimento para ensinar cidadãos e pacientes sobre o que realmente é valor em saúde e como navegar dentro do sistema. Conscientizar que excessos podem ser prejudiciais,

que a qualidade, o bom desfecho clínico e a forma humanizada de prestar assistência, que se preocupa com a pessoa e não apenas com a doença, são a essência do cuidado. É claro que temos um caminho a trilhar para que esses valores sejam praticados por todos os elos da cadeia assistencial, sem exceção. Mas precisamos começar. Não dá para falar em segurança do paciente sem falar em qualidade. E não dá para falar em valor sem mudar o modelo assistencial.

Há enormes oportunidades de parcerias, principalmente entre operadoras e prestadores. O mercado já vem experimentando inovações nesse relacionamento, mas é preciso ampliar essas iniciativas. A gestão da saúde das carteiras de beneficiários, por exemplo, pode ser feita em parceria com os prestadores de serviços. É uma coisa importante: nesses novos modelos de relacionamento, a redução dos custos assistenciais não pode ser a meta. Eventualmente, se houver alguma economia, esta deve ser compartilhada entre operadora e prestador, da mesma forma que os riscos assistenciais também devem ser compartilhados. Por isso é importante que todas as ferramentas de gestão estejam implementadas, principalmente indicadores financeiros, de produção e assistenciais.

Transformar dados em informação e fazer com que essa informação esteja disponível é outro obstáculo que o setor precisa vencer. Temos de aprender a usar a tecnologia que temos à disposição para um atendimento mais humano e eficiente, sem desperdícios. O desafio do setor suplementar é gerir a saúde das pessoas, mantendo-as saudáveis. Mas é sempre bom lembrar que inovação não significa apenas novas tecnologias, mas também uma nova forma de se relacionar, de cuidar do outro. E isso só depende de nós.

\* YUSSIF ALI MERE JR. É PRESIDENTE DA FEDERAÇÃO E DO SINDICATO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FEHOESP E SINDHOSP).

# Saúde da Criança



## Dicas para evitar a obesidade infantil

- Estímulo à atividade física
- Acompanhamento do peso adequado à idade e altura
- Ter consciência do problema
- Não usar a comida como prêmio ou castigo
- Família, um agente importante
- Explicar sobre a boa alimentação em casa e na escola
- Estipular a hora das refeições e da diversão
- Mostrar escolhas alimentares em diversas ocasiões
- Procurar ajuda de especialistas

O principal sistema de saúde suplementar no país, contribuindo para a redução da Obesidade Infantil, disponibiliza aos seus associados material para "download" no portal [www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br)

# FAÇA PARTE DE UM MUNDO MAIOR!

+ **4 milhões**  
de cooperados

**5ª maior rede**  
de atendimento do país

**41º lugar no ranking**  
dos 200 maiores grupos do país

**9ª maior**  
instituição financeira  
em ativos com 100 bilhões

**E tudo isso para entregar  
o melhor resultado!**

Já imaginou ser o dono e, ao mesmo tempo,  
cooperado do maior sistema financeiro cooperativo do país?

Fazer parte do Sicoob UniMais é contar com todos os produtos e serviços bancários, mas não ser um cliente de um banco. Aqui, você participa dos resultados e compartilha sonhos, crescimento e esperança.

Conheça mais sobre o Sicoob UniMais, uma instituição que une pessoas em um propósito cooperativista, levando inclusão social e financeira às comunidades onde atua, afinal, fazemos parte de um dos movimentos que mais crescem no planeta: a economia colaborativa.