

# VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2019

abramge • sinamge • sinog

ANO 4 Nº 13  
ISSN 2448-0630

## REMUNERAÇÃO

OPERADORAS E REDES CREDENCIADAS ESTÃO ATENTAS E BUSCAM CONSENSO SOBRE MODELOS ALTERNATIVOS AO FEE FOR SERVICE

## PEQUENAS E MÉDIAS

MULTAS DESPROPORCIONAIS AOS PLANOS ODONTOLÓGICOS PODEM COMPROMETER A SUSTENTABILIDADE DA OPERAÇÃO E O ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

## LEANDRO FONSECA

DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS, EM ENTREVISTA EXCLUSIVA, EXPLICA A IMPORTÂNCIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

: 02 :43 080

0101010101010101

0101010101010101

:586 :89 403

:253 :684 :01

0101010101010101

:99 :RP 809

0101010101010101

# INCORPORAÇÃO TECNOLOGICA

EVOLUÇÃO DE CUIDADOS EM SAÚDE NÃO PARA,  
MAS VIABILIDADE ECONÔMICA PREOCUPA

# Home Doctor inaugura nova unidade em UBERLÂNDIA-MG



A mineira **Uberlândia** conta agora com uma **Unidade de Negócios da Home Doctor**. A empresa, pioneira em **Atenção Domiciliar**, leva para a região mais investimentos em infraestrutura e em capital humano. Esta é a **12ª filial** da companhia que atende cerca de 150 cidades em todo o país.

## Com 25 anos de experiência, oferece os seguintes serviços:

- 🏠 Internação Domiciliar
- 🏠 Atendimento Domiciliar
- 🏠 Programa de Nutrição Parenteral Domiciliar
- 🏠 Programa Cuidados Paliativos
- 🏠 Produtos personalizados de acordo com os objetivos dos clientes



**SAVE THE DATE | Fórum Home Doctor**

03 de outubro - Casa Traffô - São Paulo-SP

Em breve mais informações

# O FUTURO DA SAÚDE

A sustentabilidade da Saúde Suplementar no Brasil é um tema que permeou os recentes eventos das entidades representativas dos planos de saúde, como a ABRAMGE e o SINOG, e seus respectivos diálogos com as empresas do setor, o órgão regulador e Poder Judiciário. Nesta edição trouxemos assuntos relevantes que trazem à reflexão a questão de como manter a dicotomia de crescimento e elevação de despesas.

Dado o impacto financeiro e operação da incorporação de novas tecnologias em saúde, é um desafio para os gestores escolher qual delas deve ser incorporada e quando isso deve ocorrer. Assim, é necessário contar com um processo de avaliação baseado em critérios transparentes e objetivos. Nesta edição buscamos analisar o processo da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (Conitec) do Ministério da Saúde e estabelecer diálogos com os principais atores dessa dinâmica: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e especialistas em saúde e regulação.

Estrutura, indicação e seleção de temas, condução da revisão de evidências, uso de Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) na tomada de decisão, produtos do programa de ATS, divulgação e transparência são alguns dos eixos que nortearam nossa matéria de capa [1]. Apesar dos avanços, a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil ainda busca consolidar mecanismos e consensos para a melhoria contínua e sustentável do setor.

A desproporcionalidade de multas para operadoras odontológicas levanta a necessidade de discussão aprofundada com a ANS para garantir que os mecanismos regulatórios sejam cumpridos de modo a respeitar as boas práticas de conduta, mas equalizando procedimentos para evitar que se torne impossível oferecer o adequado atendimento ao beneficiário [2]. Confira a experiência de representantes de planos odontológicos e a opinião de especialistas em direito que têm atuado na defesa das operadoras.

Construir novos modelos de remuneração baseados em valor de saúde parece ser um caminho para relações mais maduras entre operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos, profissionais e redes credenciadas [3]. Confira as experiências no estabelecimento de novas possibilidades com seus prestadores e o impacto desses desdobramentos para o beneficiário.

Em artigo exclusivo, o Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, e Ana Paula Cavalcante, gerente-executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade da ANS, apresentam propostas e análises do programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde da agência que busca estruturar os pilares da atenção primária em saúde como verticais de mudança para um modelo centrado na saúde do paciente [4].

Boa leitura.



[1]

SHUTTERSTOCK



[2]

ISTOCK



[3]

ISTOCK



[4]

FOTO: GUSTAVO LIMA

6

PÁGINAS AZUIS

Diretor-presidente da ANS, Leandro Fonseca, aborda impacto regulatório e evolução tecnológica na Saúde Suplementar

SHUTTERSTOCK

12

CAPA  
**INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA**  
*Players do segmento de saúde discutem viabilidade econômica de implementação de novas tecnologias*

ISTOCK



18

## DES PROPORCIONALIDADE

Altas multas aplicadas às pequenas e médias operadoras odontológicas podem deixar beneficiários do interior do Brasil sem atendimento.



22

## ALTERNATIVAS

Planos de saúde e rede credenciada buscam opções eficazes para o modelo *fee for service*.

## SEÇÕES

- 10 Notas
- 11 Raio X
- 26 Check-up
- 28 Por Dentro
- 32 Acesso
- 34 Diagnóstico



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

**xcom** XCOM  
contato@xcom.net.br

### PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Daniel Bruin (DIRETOR DE PROJETOS)  
Glauber Canovas e Andréa Almeida (EDIÇÃO)  
Marco Gondim (REPORTAGEM)  
Josemar Lima e Paula Higa (ARTE)

### PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

### IMPRESSÃO

Ipsis Gráfica e Editora

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



# DEBATE DECISIVO

**“O financiamento da saúde é um debate que precisa ser feito e é tão importante quanto o da Previdência”**

Leandro Fonseca, diretor-presidente da ANS.

**G**raduado em economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e com mestrado em regulação pela London School of Economics, Leandro Fonseca trabalhou com economia da saúde no Ministério da Fazenda. Cedido para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2010, foi diretor nas áreas de Fiscalização, Normas e Habilitação de Operadoras e de Desenvolvimento Setorial antes de se tornar diretor-presidente substituto na agência, em maio de 2018. Um ano depois, ele foi confirmado na presidência da autarquia acumulando o cargo de Diretor de Gestão. Já como Presidente da ANS, Leandro Fonseca conversou com a **Visão Saúde** sobre incorporação de tecnologia na saúde, parcerias público-privadas e as novas regras de portabilidade para beneficiários de planos de saúde. Acompanhe.

FOTO: KATIA GARDIN E ALEXANDRE TAKASHI

### **Como analisa o atual cenário regulatório do Brasil na área de Saúde Suplementar? Quais os principais avanços e entraves?**

Quando a gente olha o cenário regulatório em horizonte temporal amplo, podemos verificar uma grande evolução. Antes do marco regulatório era possível que operadoras limitassem questões como tempo de internação, número de consultas e um teto para dispêndio de determinados cuidados de saúde. Hoje isso já não é mais possível, então sabemos que houve uma evolução no sentido de trazer para o usuário do plano de saúde (seja ele médico-hospitalar ou odontológico) uma garantia da assistência e da sua integralidade.

### **Em relação à incorporação de tecnologia na saúde, quais medidas podem ser tomadas para integrar melhor as redes públicas e privadas e a Saúde Suplementar? Estamos falando de medidas como prontuários eletrônicos, cartão único de saúde e outras.**

Lidar com planos de saúde requer informação para fazer uma gestão de saúde populacional adequada. Implica na captura de dados do usuário em sua jornada de saúde na rede pública ou privada – dentro dos limites legais – e análise de dados. O que infelizmente nós temos como realidade no setor são sistemas usualmente proprietários e dados não interoperáveis. Isso quer dizer que os dados produzidos em uma determinada instituição não são compartilhados com outras instituições, fazendo com que as informações do beneficiário fiquem fragmentadas. O setor precisa trabalhar para termos sistemas e plataformas abertos e dados interoperáveis, que respeitem o sigilo da condição de saúde preconizado pela legislação, mas de forma que sejam intercambiáveis e acessíveis por diversas instituições. Este movimento pela interoperabilidade de dados de saúde no País é, de fato, fundamental para reduzir desperdícios, prover uma atenção à saúde mais qualificada e uma integração maior na prestação de serviços em torno de um ciclo virtuoso de cuidados com a saúde. Isso pressupõe ainda uma padronização de linguagens e parâmetros.

### **Ainda em relação ao uso de novas tecnologias, quais as medidas que a ANS está tomando para agilizar processos administrativos?**

A agência está elaborando uma Resolução Normativa para disciplinar os procedimentos e o funcionamento do processo administrativo eletrônico em atos processuais por usuários externos. No momento, estamos realizando uma consulta pública para colher sugestões da sociedade sobre como usuários externos (beneficiários e fornecedores) podem aderir ao atendimento eletrônico. No caso das operadoras, elas já contam com o cadastro no Portal Operadoras que agiliza estes procedimentos. Atualmente vivemos um processo de transformação digital na ANS e a ampliação da interação eletrônica com o setor regulado vai possibilitar resultados importantes, como redução de custos e maior agilidade no tempo de resposta.

### **Como as agências regulatórias podem agir para garantir que as políticas públicas de saúde sejam políticas de estado e não de governo?**

A regulação é dinâmica e acompanha a evolução do mercado. A ANS é autônoma, mas não é uma ilha. Precisamos cada vez mais de integração com outros órgãos públicos e, em especial, com o Ministério da Saúde. Estamos constantemente revisando o nosso estoque regulatório, normas que foram editadas em outra conjuntura. Não dá para imaginar uma política regulatória insular.

**“Estaremos sempre caminhando dentro de um contexto que inclua as gestões no Poder Executivo de cada período, mas a visão é perene no sentido de buscar garantir direitos da população”**



**Em relação às PPP (Parcerias Público-Privadas) o modelo atual permite somente que a rede pública contrate o sistema privado para demandas. No caso da rede privada, seria possível permitir que as operadoras contratassem a rede pública para oferecer um benefício como um procedimento ou tratamento ainda não disponível na rede privada?**

Esta é uma discussão interessante e que precisa ser travada no âmbito de política nacional de saúde e que promova uma integração com maior paridade entre público e privado. É uma política que deve ser discutida pela sociedade civil para que seja legitimamente construída e estabelecida de forma clara e transparente. É importante que todos os atores saibam quais são suas responsabilidades, papéis e atribuições numa prestação de serviços integrada.

**Como estimular o acesso e o intercâmbio de produção científica entre as universidades públicas e as operadoras de planos de saúde?**

Todo ramo de atividade econômica, não só a Saúde Suplementar, deve buscar as melhores referências acadêmicas. Por este motivo, a aproximação do setor de Saúde Suplementar com o meio acadêmico é essencial para seu desenvolvimento e para oferecer melhor assistência, com foco na saúde preventiva e que otimize custos. É possível prover estes espaços de diálogos, mas os atores desta dinâmica devem buscar construir estas pontes.

**Há um excesso de judicialização da saúde. O que é possível fazer para desafogar este gargalo?**

É preciso travar uma discussão qualificada sobre judicialização. Quando se tem uma obrigação contratual e a operadora não cumpre, essa é uma judicialização devida. Agora, se a judicialização aponta para tratamentos ou procedimentos experimentais ou ainda não inclusos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, esse processo é prejudicial para todo o sistema, evitando que recursos sejam mais bem realocados na assistência. O financiamento da saúde, seja a pública ou a privada, é um debate que precisa ser feito e é tão importante quanto o da Previdência.

**Como equilibrar a entrega de benefícios ao usuário e a sustentabilidade das redes pública e privada?**

Incentivando a competição ética, provendo os contratantes de planos de saúde de mais informações para que possam negociar melhor os produtos. É preciso engajar os empregadores. O mecanismo que leva à maior eficiência de qualquer mercado é a demanda do cliente. Quem contrata planos para dar aos funcionários é o agente que induz e provoca mudança de modelo assistencial. O que ele busca em termos de assistência de saúde para os seus funcionários e famílias é primordial para construir novos modelos. No Brasil, o empregador não é um ator muito ativo nessa discussão.

**Como incentivar a empresa contratante de plano de saúde a se engajar na discussão da sustentabilidade da Saúde Suplementar?**

A ANS entende como fundamental o papel das empresas contratantes de planos de saúde. Hoje nós temos 47 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares e, desses, dois terços estão em planos coletivos empresariais. Juntos, devemos trabalhar em prol da mudança do modelo assistencial vigente, saindo do cuidado em saúde fragmentada para a integrada. A transição para um sistema mais sustentável, que entregue valor em saúde a um preço suportável, é um desafio para todos nós.

**Recentemente entraram em vigor as novas regras de portabilidade para beneficiários de planos de saúde. Como esta mudança irá impactar o mercado?**

Anteriormente, uma pessoa que saía de um plano para outro precisaria cumprir o período de carência de novo, além de arcar com os custos de troca. A medida que a agência tomou, e que entrou em vigor em junho, impede a exigência de carência por parte da operadora em uma série de condições. Queremos ver na prática como vai funcionar, mas a intenção do regulador é possibilitar uma portabilidade mais fácil e estimular a concorrência entre os planos. ■

# FAKE

# NEWS

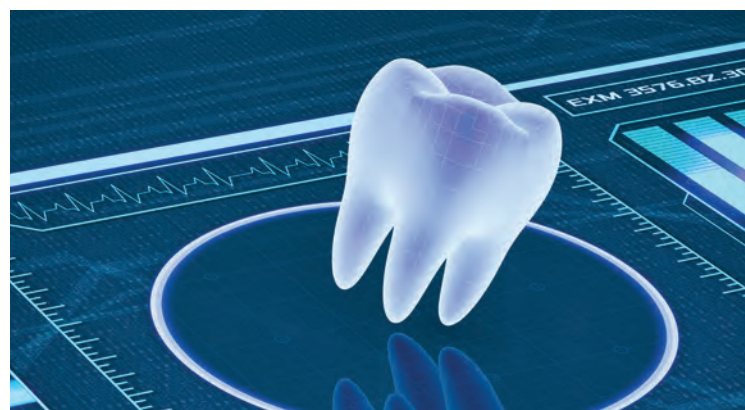
## FAKE NEWS: SOBRE REGULAMENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA PREOCUPA CONSELHOS

**A** onda de desinformação, estimulada por meio de postagens em redes sociais e compartilhamentos por WhatsApp, tem preocupado os Conselhos Profissionais que regulamentam a área de odontologia, gerando dúvidas e questionamentos.

Uma mensagem que viralizou no mês de abril distorcia informações do Decreto Presidencial nº 9.745, de 8 de abril de 2019, que dispunha sobre a estrutura regimental e de cargos comissionados no Ministério da Economia.

O boato transformava essa informação em uma suposta extinção dos Conselhos de Regulamentação Profissional. Em São Paulo, o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) se adiantou para esclarecer à população, por meio de nota, que os conselhos não podem ser extintos mediante decreto e que para isso seria necessária uma alteração constitucional para acomodar nova legislação.

A atuação dos Conselhos Regionais de Odontologia valoriza a profissão e estabelece um diálogo democrático e transparente com os pacientes. ■



## PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS ACELERAM CRESCIMENTO

A modalidade de planos exclusivamente odontológicos atingiu, em março de 2019, 24,5 milhões de usuários em todo o País. São 1,8 milhão de novos vínculos registrados no balanço no período de um ano, representando um crescimento exuberante de 7,7%.

# A CONTA AINDA NÃO FECHA

Número de operadoras com desequilíbrio de custos e receita em planos individuais cai ao longo de quatro anos, mas taxa de desequilíbrio se mantém constante

Os custos operacionais dos planos de saúde médico-hospitalares para contratos individuais estão em desequilíbrio constante nos últimos quatro anos. A queda do número de operadoras, com variação de custos e receita em planos individuais, não indica recuperação no setor, mas sim de operadoras que encerraram atividades no segmento. Modelos sustentáveis de reajuste e ferramentas regulatórias específicas para o contexto da saúde estão entre as demandas que podem reequilibrar este quadro.

No Brasil, os custos em saúde crescem a dois dígitos ao menos desde junho de

2011, segundo aponta a Variação de Custo Médico-Hospitalar – VCMH – divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O índice VCMH é um cálculo de variação anualizado que alcançou a marca de 17,5% em maio de 2018, mês em que foi aplicado o reajuste no plano individual de 10%.

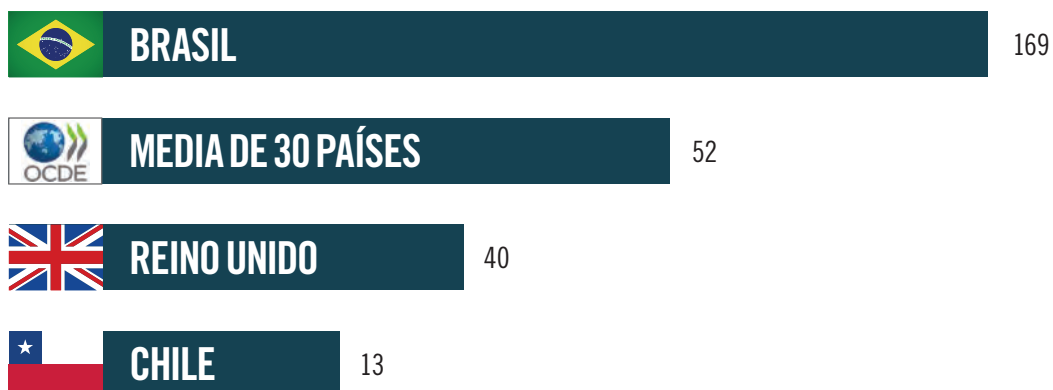
Entre 2014 e a 2018, o número de beneficiários de planos de saúde recuou de 50,5 milhões para 47,3 milhões, representando uma queda de 6,4%. A redução do número de beneficiários em qualquer mercado tradicional deveria implicar em uma

diminuição no consumo de bens e serviços ou uma manutenção do nível, o que não é verdade para este mercado. Para mais de uma centena dessas operadoras de planos de saúde, a receita de contraprestações de planos individuais não é suficiente para cobrir as despesas contratuais.

Atualmente, são quase 1,7 milhão de beneficiários que correm o risco de, no futuro, perderem seus planos devido a possibilidade de insolvência das operadoras. Caso isso ocorra, essa parcela da população necessitará buscar outros produtos no mercado. ■

## QUANTIDADE DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA REALIZADOS EM 2018

\*Número de exames para cada 1.000 habitantes ou beneficiários.



# ATUALIZAÇÃO INDISPONÍVEL

Análise complexa de impacto de incorporação tecnológica é essencial para garantir viabilidade de sua adoção na saúde pública e suplementar

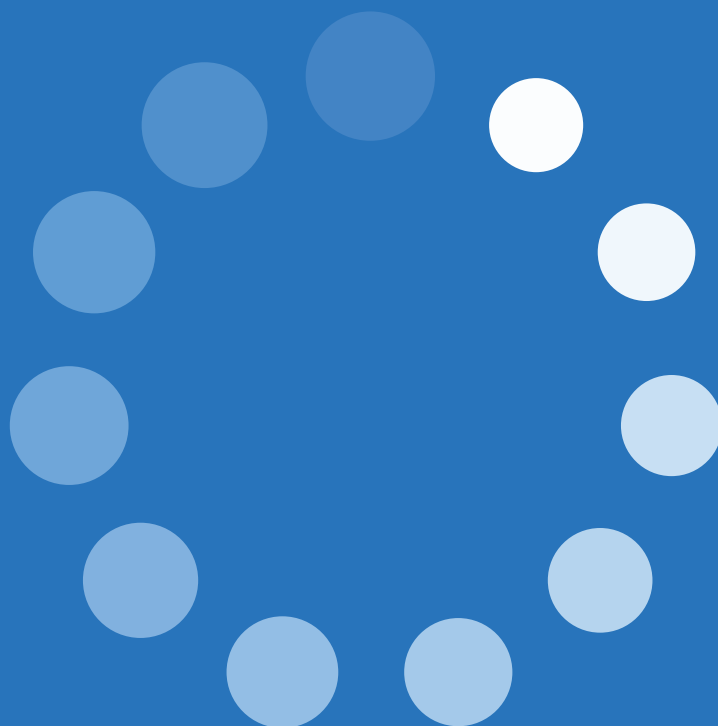
Unificação de critérios para incorporação é desafio a ser construído pela sociedade, afirmam especialistas em regulamentação

Hoje já é possível diagnosticar, de modo precoce, problemas de saúde que já foram considerados incuráveis em outros anos. Equipamentos cirúrgicos de alta precisão têm permitido, cada vez mais, que equipes médicas alcancem alto desempenho ao operar seus pacientes. Todas estas novidades contribuem para um resultado com maior valor em saúde: diagnósticos apurados, tratamentos mais seguros, menor tempo de internação e menos desperdício de materiais e medicamentos. Mas, ao incorporar novas tecnologias em saúde, os atores deste segmento pagam um preço alto, trazendo consequências para toda a cadeia de atendimento. A evolução tecnológica não para. Seus custos a acompanha.

O montante das despesas assistenciais per capita de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares encerrou 2018 com alta de 17,3%, de acordo com o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). São exames, consultas, internações e serviços ambulatoriais de beneficiários de planos médicos. Em relação ao ano anterior 2017, o índice avançou à taxa de 0,8 ponto percentual.

Segundo o IESS, a incorporação de tecnologias sem estudos de impacto mais aprofundados pode ser um dos fatores para essa alta.

A falta de ferramentas e espaços para análises mais complexas do impacto regulatório e econômico da incorporação de tecnologia na saúde brasileira pode inviabilizar os sistemas de saúde público e privado e criar distorções no modo como cada um atende aos beneficiários. A publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do último Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em 2018, gerou para os planos médico-hospitalares a adição de 18 novos procedimentos – entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades – e a ampliação de cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer. O advogado Rodrigo Pscheidt, especializado em setores regulados, alerta que a busca pelo equilíbrio socioeconômico é fundamental para a viabilidade do atendimento dos planos de saúde: “Na atualização do rol são considerados pelo menos seis fatores, sendo o alinhamento com as políticas nacionais de saúde apenas um deles”.



# UPDATE...



“Há diversos cenários em que o cuidado é oferecido de maneira adequada com os recursos tecnológicos já disponíveis e não necessariamente por meio de aparelhos eletrônicos muito sofisticados”

**VLADIMIR PIZZO**  
Gerente de Informática  
do Hospital Sírio Libanês

## ATENÇÃO BÁSICA: SEM CONTRAINDICAÇÕES

Segundo a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil, as despesas assistenciais atingem taxas médias de 15% ao ano, mais que o dobro da inflação. “Os constantes aumentos do índice de VCMH na saúde estão ligados à incorporação de novas tecnologias, ao processo de envelhecimento populacional, e também ao atual modelo assistencial. Por isso, é preciso revê-lo, investir em atenção básica que, futuramente, gera resultados positivos em saúde e diminui as despesas ligadas ao tratamento de doenças que poderiam ser evitadas”, explica Orestes Pullin, presidente da Unimed do Brasil.

Pensando nisso, a Confederação criou o programa “MudelHábito”, que tem por objetivo incentivar as pessoas a adotarem o conceito de vida saudável no cotidiano, a partir de pequenas, mas significativas mudanças. Nele, as cooperativas desenvolvem suas ações de acordo com as realidades e as necessidades locais dos beneficiários, disponibilizando atividades, como corridas, caminhadas e empréstimo gratuito de equipamentos esportivos (patins e skate, por exemplo), sempre com o acompanhamento de profissionais.

A atuação da agência reguladora é vista pela Unimed do Brasil como fundamental para atingir o equilíbrio entre despesas de inovação e sustentabilidade. “O quadro atual mostra que as companhias ainda pensam individualmente e a ANS deveria atuar mais com regulamentações indutoras em questões como a atenção primária e a remuneração médica, por

exemplo, instituindo um prazo de dez anos para que só sejam comercializados planos que contemplem o conceito da “Atenção Integral à Saúde” conclui Pullin.

Já no Hospital Sírio Libanês, um dos mais renomados centros médicos de São Paulo, a incorporação de novas tecnologias leva em conta o uso de procedimentos e técnicas já existentes e que se mantêm em adequação com os cuidados oferecidos. “Há diversos cenários em que o cuidado é oferecido de maneira adequada com os recursos tecnológicos já disponíveis e não necessariamente por meio de aparelhos eletrônicos muito sofisticados. Claro que há um grande potencial para o uso de recursos que facilitam o acesso dos cidadãos (como os equipamentos de telessaúde, por exemplo). Mas, uma das grandes inovações recentes da área da saúde é o conceito de Cuidado Baseado em Valor, pautado na entrega do que realmente importa para o paciente; experiência, satisfação e acolhimento” diz Vladimir Pizzo, gerente de Informática Clínica do hospital.

## UNIFICAÇÃO DE AVALIAÇÕES

Na saúde pública, cabe à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) assessorar o Ministério da Saúde, recomendando ou não a incorporação de tecnologias na rede pública do SUS. E isso acontece a partir de requisições de atores sociais diversos: associações de pacientes, institutos de pesquisa, conselhos profissionais, entre outros. No caso dos planos de saúde, a inclusão é realizada por meio da atualização do Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que ocorre a cada dois anos. O Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde) elabora uma nota técnica de consolidação das propostas de alteração no rol e a submete à deliberação da Diretoria Colegiada da ANS. Nesse modelo, não há órgão único e autônomo responsável pela avaliação das tecnologias. “É nesse ponto que entendo que podemos evoluir. O Brasil ganharia muito com um órgão que disponibilizasse um documento técnico único de avaliação imparcial e bem embasado na tecnologia sugerida, seja ela diagnóstica ou terapêutica”, afirma Renato Casarotti, vice-presidente de Relações Institucionais do UnitedHealth Group Brasil.

As críticas feitas por especialistas em regulação colocam em pauta que é preciso consolidar um modelo de incorporação tecnológica que leve em conta a eficácia para o paciente, mas que permita às redes pública e privada a análise de viabilidade de incorporação, de acordo com seu modelo, estrutura e capacidade – inclusive financeira. “É preciso garantir a análise correta e complexa de tecnologia em saúde. Atualmente, a Conitec é um órgão ainda em consolidação do seu papel. Por sua vez, a incorporação tecnológica na Saúde Suplementar tem sido realizada de modo quase automático. O fato é que esse desenvolvimento não para a sua marcha e a adoção de novos procedimentos nem sempre significa o abandono dos anteriores” diz Gonzalo Vecina Neto, ex-diretor da ANVISA e ex-secretário de saúde municipal de São Paulo.



SHUTTERSTOCK

## OBSOLESCÊNCIA X CUSTOS X EFICÁCIA

Novas tecnologias em telefonia celular têm uma taxa de obsolescência de dois anos depois do lançamento, quando seu preço é reduzido à metade, segundo estudos da Fundação Energia e Inovação Sustentável sem Obsolescência Programada (Feniss). Já na medicina, as inovações costumam ser incrementais, não substituindo totalmente a tecnologia anteriormente em uso. Um exemplo é a cirurgia para desobstrução das artérias coronárias ainda realizada mesmo com a popularização da angioplastia. A aplicabilidade de um procedimento é definida pela equipe médica e leva em conta dados como estado geral de saúde do paciente.

Como a evolução de tecnologias não para, é preciso ainda envolver os fornecedores na discussão sobre sustentabilidade. “O governo também deve buscar dialogar com os ofertantes de tecnologia”, complementa Gonzalo Vecina Neto. “A escalada de introdução de novos equipamentos e medicamentos vai se manter constante. Sem este diálogo para compreender a oferta e criar um modelo de incorporação tecnológica, que abarque todos os atores sociais, cairemos com frequência na distorção entre saúde de rico e saúde de pobre”.



EDUARDO TARRAN

“A melhor opção para o beneficiário deve ser aquela que proporciona a ele melhor experiência e desfecho clínico”

**RENATO CASAROTTI**  
Vice-presidente de relações  
institucionais do UnitedHealth  
Group Brasil

## CAPACIDADE DE ABSORÇÃO

Posicionamentos recentes nos últimos anos da ANS, ao seguir decisões da Conitec em relação ao acesso aos medicamentos orais para câncer no Sistema Único de Saúde (SUS), já geraram debates acalorados dos vários atores do setor de saúde. Quais devem ser os pontos de convergência das decisões da Conitec para orientar as decisões no SUS e no Sistema Suplementar?

O incremento nos orçamentos dos cuidados de saúde leva governos em todo o mundo a utilizarem os métodos da Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) para assessorar decisões relativas ao reembolso de medicamentos e outras tecnologias.

No Brasil, a Conitec primeiro avalia a qualidade e robustez da evidência científica sobre eficácia e segurança da tecnologia. O segundo passo é a análise de custo-efetividade e, por último, faz a análise de impacto orçamentário para o processo decisório de incorporar ou não uma tecnologia em saúde ao SUS.

As avaliações baseadas em evidências científicas da Conitec sobre os atributos de eficácia e segurança das tecnologias de saúde buscam ser as mesmas tanto para o SUS quanto para o Sistema Suplementar (partindo do pressuposto que a avaliação é correta). Ou seja, esses atributos são universais e os cenários, independentes. Mas para gestores das operadoras de planos de saúde a análise precisa levar em conta os contextos específicos da Saúde Suplementar.

“É importante que estas decisões considerem também a capacidade financeira, o modelo de atendimento e a cobertura de cada sistema – seja ele público ou privado. Assim, é fundamental que se leve em conta que as atualizações no rol, na Saúde Suplementar, sejam absorvidas pelos clientes dos planos de saúde (empresariais e individuais)”, explica o executivo do UnitedHealth Group Brasil

Casarotti lembra ainda que as melhores opções para o beneficiário não são necessariamente as mais caras ou aquelas de tecnologia de ponta. “A melhor opção para o beneficiário deve ser aquela que proporciona a ele melhor experiência e desfecho clínico”, esclarece. “A alternativa mais adequada para cada um é aquela que proporciona o atendimento com os recursos, hora e local certos. Na Amil implementamos nos últimos anos um robusto sistema de saúde focado na coordenação do cuidado, no qual uma equipe de medicina de família é responsável pela gestão da saúde do paciente”, complementa. Hoje, cerca de 90% dos clientes da empresa têm seus problemas de saúde resolvidos por médicos de família, sem necessidade de encaminhamento.

No Brasil, a ATS é um processo obrigatório para a incorporação de tecnologias no SUS. As operadoras atendem quase um quarto da população do país, e, por esta razão, o aumento de custos e a capacidade destas empresas absorvê-los devem ser objeto de discussão. “A saúde não tem preço, mas tem custo e não há dinheiro para tudo”, diz Vecina Neto.



O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, Denizar Vianna, afirmou em abril, em entrevista ao site JOTA, especializado em atualidades jurídicas, que há a proposta da criação de uma agência única para avaliação de tecnologias em curso dentro do Governo. A agência, em tese, teria a função de avaliar tecnologias para serem incorporadas ao SUS e à rede privada. Vianna afirmou à época que não havia prazo ou mais detalhes sobre como seria a estrutura da nova agência, cuja criação teria de ser discutida com o Congresso.

## ANS ORIENTA PARA MUDANÇAS NO CICLO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL

Consultada sobre as novidades introduzidas no processo de atualização do Rol de Procedimentos, que teve resolução normativa orientando novas etapas e a adoção de uma plataforma online para a sugestão de incorporações, a ANS afirma que “a revisão do Rol de Procedimentos da ANS, realizada a cada dois anos, trata-se de um processo contínuo e criterioso. A incorporação de procedimentos tem como princípios norteadores critérios como avaliações de segurança e efetividade, disponibilidade de rede prestadora e os custos para o conjunto de atores do setor. No final do ano passado, a agência editou uma normativa que estabelece etapas e fluxos para a revisão periódica da cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde que,



SHUTTERSTOCK

além de ampliar a participação social, aprimora as análises técnicas que subsidiam a decisão pela incorporação de novas tecnologias. Isso garante mais segurança jurídica aos atos administrativos e dá previsibilidade aos atores do setor”.

A ferramenta eletrônica, uma das principais novidades do novo processo de atualização, esteve aberta a colaborações entre fevereiro e maio deste ano para o envio das contribuições pela sociedade. O formulário online será disponibilizado no portal da ANS sempre no início dos ciclos de atualização, permitindo a

participação social em dois momentos: na fase inicial e, posteriormente, na habitual consulta pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias.

A análise das propostas será respaldada por estudos realizados, por técnicos da ANS ou por entidades públicas ou privadas, valendo-se de acordos de cooperação técnica. Também serão levadas em consideração as tecnologias avaliadas e recomendadas pela Conitec, a observância dos princípios de ATS e de saúde baseada em evidências, além da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. ■

# DAVI E GOLIAS

Operadoras de planos odontológicos de médio e pequeno portes relatam dificuldades no cumprimento às penalidades regulatórias desproporcionais, que podem até mesmo comprometer a sustentabilidade da operação e o atendimento aos beneficiários

Operadoras de planos odontológicos de pequeno e médio portes vêm enfrentando dificuldades relacionadas ao processo de autuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As multas aplicadas pelo órgão regulador apresentam muitas vezes uma relação desproporcional entre o evento que gerou a punição e o valor cobrado. O valor médio das multas está na faixa dos R\$ 80 mil e o ticket médio praticado pelas operadoras exclusivamente odontológicas é de R\$ 17,80. Deste valor, R\$ 7,60 se destinam ao custeio de despesas administrativas, tributos e resultado.

No Brasil, de acordo com dados de março de 2019 da ANS existem atualmente 285 operadoras exclusivamente odontológicas, ativas com beneficiários, representando 73,8% de todo o conjunto de empresas que oferecem algum tipo de plano odontológico. Muitas delas (78%) são de pequeno porte – atendendo a carteiras de até 20 mil clientes – e representam as principais opções à disposição de beneficiários em cidades mais afastadas dos grandes centros urbanos do país.



Para elas a atuação regulatória não segue uma cadeia gradativa que leve em conta diferentes eventos geradores de multas. Assim, o não cumprimento de prazos na entrega de uma documentação acarreta uma multa similar às aplicadas a uma operadora que deixa de oferecer a cobertura prevista em lei ou os serviços celebrados em contrato com o beneficiário.

## **NIPS: EFEITOS DRÁSTICOS PARA PEQUENAS E MÉDIAS OPERADORAS.**

“Uma Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) coloca a operadora de pequeno e médio portes em pânico”, afirma Claudio Denipoti, sócio proprietário da OdontoBase, operadora com 5,5 mil beneficiários na região da Baixada Santista. “Autorizamos milhares de procedimentos por mês e a reclamação de um consumidor, que não compreenda a negativa do cirurgião-dentista credenciado para uma restauração, por exemplo, pode nos levar a multas diárias na faixa dos R\$ 30 mil quando o lucro trimestral de uma pequena operadora pode não chegar a R\$ 40 mil”.

A intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras é realizada pela ANS através dos seus canais de ouvidoria. “Ao receber reclamações dos consumidores, notificamos as operadoras para resolução em até cinco dias úteis, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar”, informa a agência em posicionamento oficial. Apesar disso, segundo o órgão, o processo administrativo que resulta

em sanção só é aplicado após esse prazo, nos casos em que a demanda não seja solucionada. Em 2018, a ANS resolveu mais de 90% das reclamações registradas pelos canais de atendimento.

## **CONTEXTO E CONJUNTURA**

Os representantes de operadoras e advogados especialistas em regulação aplicada à área afirmam que a análise da ANS deveria levar em conta o contexto e conjuntura das regiões em que as administradoras atuam. Não há uma cadeia gradativa de penas que levem da advertência à sanção. Outro aspecto a ser considerado é o padrão de atuação. “A desproporcionalidade é injusta para todos, mas no caso das pequenas operadoras os efeitos são mais danosos”, diz Claudio Denipoti. “Se atuamos completamente dentro do padrão regulatório durante um ano, mas tivemos apenas uma notificação, deveríamos ser tratados de modo diverso das que são recorrentes em reclamações”.

Em alguns casos mais drásticos, como o da operadora SITTO de Pires do Rio em Goiás, com uma carteira de 4.355 beneficiários, a sanção pode levar à alienação da carteira pela ANS. O procedimento visa a transferência dos beneficiários para outra operadora que, nem sempre, tem aquela região ou localidade como prioridades estratégicas. Para José Pereira, representante da SITTO, os prazos da agência não levam em conta as peculiaridades das operadoras de pequeno porte: “Muitas vezes temos apenas 30 dias para fazer uma adequação que não corresponde à nossa realidade”. E veja,

a população de Pires do Rio é de apenas 28.762 habitantes.

## **MEDIAÇÃO E SUSTENTABILIDADE**

Advogados que representam operadoras ressaltam que, embora a sustentabilidade dos planos esteja relacionada também à realidade econômica do País, a grande quantidade de regras e normas que emanam do Poder Público também são causa de desequilíbrios que, na maior parte das vezes, levam os planos odontológicos de pequeno porte a serem incorporados pelos grandes, quando não fechados.

Para desafogar a crescente judicialização dos conflitos entre beneficiários e operadoras, a mediação e a arbitragem são colocadas como instrumentos para trazer uma solução mais rápida. Mas, esta via não pode ser imposta ao consumidor, de modo que a opção em judicializar é sempre do beneficiário e não da operadora.

“A ANS possui procedimentos próprios para apurar irregularidades. Mas, não tem o poder coercitivo de exigir uma conduta do plano de saúde, tampouco detém competência para apurar danos morais. Assim, é comum o consumidor demandar na esfera administrativa e, não satisfeito, ainda levar o caso ao Poder Judiciário. Alterar esse contexto mostra-se bastante complicado, porque há uma disposição constitucional que proíbe afastar do Poder Judiciário toda lesão ou ameaça de lesão a direito”, diz Kristian Rodrigo Pscheidt, Advogado Especialista em Setores Regulamentados, do escritório Costa Marfori.



DIVULGAÇÃO

“Quando o órgão regulador não atenta à peculiaridade de quem atua no interior do Brasil e em pequenas localidades, pode deixar o beneficiário sem outra possibilidade de acesso ao tratamento. Muitas das pequenas operadoras vão às fazendas e povoados, levando um serviço que muitas vezes não é atrativo para uma grande empresa do segmento”

**CLAUDIO DENIPOTI**  
Sócio proprietário da Odonto Base

## EVOLUÇÃO



SHUTTERSTOCK

Em março deste ano, 24,4 milhões de brasileiros contavam com planos odontológicos, cerca de 12% da população. Trata-se de um produto que opera em um mercado de custo mais acessível e despesas inferiores aos planos médico-hospitalares. A segmentação odontológica atravessou sempre com crescimento todo o recente período de queda no número de beneficiários de assistência médico-hospitalar. Mas, manter esta tendência depende de articulação e diálogo entre as operadoras, órgão regulatório e sociedade civil.

Outra ação da ANS para agilizar os processos como alternativa à NIP é o programa “Parceiros da Cidadania”, que permite a assinatura de termos de cooperação técnica com tribunais de justiça, ministérios públicos, defensorias públicas e PROCONS de diversos estados, além do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). De acordo com a agência, são 34 acordos vigentes em todo o País. “Aqui, há uma atenção especial às operadoras

de pequeno porte e exclusivamente odontológicas, que ficam dispensadas de unidade presencial obrigatória. É uma forma de proporcionar aos beneficiários um canal de atendimento qualificado e acolhedor, conquistando a confiança dos clientes, diferente dos oferecidos pelos SACs” Responde a agência, através de posicionamento oficial enviado à **Visão Saúde**.

A atuação das operadoras de pequeno porte é fundamental para proporcionar acesso à Odontologia Suplementar e, conseqüentemente, colaborar para que todos possam cuidar da atenção primária na saúde bucal. Outro efeito positivo é otimizar a presença dos cirurgiões-dentistas, que geralmente encontram-se em menor número em relação aos grandes centros. Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia, atualmente estão cadastrados 555 mil destes profissionais em todo o território nacional, sendo a maioria inserida nas grandes metrópoles, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. ■



## SIMPLO: SOBREVIVÊNCIA E DIVERSIDADE

O Simpósio de Planos Odontológicos – SIMPLO, evento organizado pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG, teve como pilares de discussão, neste ano, os desafios para a sobrevivência das operadoras de planos odontológicos e a atenção à diversidade como valor de gestão das empresas. O painel referente aos desafios do segmento foi apresentado por Leandro Fonseca, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, José Cechin, então diretor-executivo da FenaSaúde, e José Alves de Souza Neto, presidente da Uniodonto do Brasil.

Em sua apresentação, Leandro Fonseca resumiu alguns dados do segmento de planos odontológicos aos participantes. “As 21 maiores operadoras representam 80% do mercado de Odontologia Suplementar no Brasil. Se tratando de beneficiários, a expectativa a longo prazo é de crescimento, visto que atualmente cerca de 42,4 milhões de pessoas possuem um plano odontológico”. Ele ainda enfatizou que o órgão trabalha continuamente para o aprimoramento do segmento, por meio de uma análise profunda

sobre as normativas específicas para o mercado de planos odontológicos.

Para José Cechin, o êxito de uma operadora odontológica depende de um processo de comercialização que seja econômico. “É preciso investir em tecnologias, como os canais online, como meios alternativos para conduzir o negócio. Atualmente, cerca de 12% dos brasileiros possuem planos odontológicos, mas há um amplo espaço para o crescimento do segmento: 20% de cobertura potencial”, explica. O executivo também enfatizou que a questão das multas é um dos principais fatores que preocupam as empresas, que atuam no segmento.

José Alves, da Uniodonto Brasil fez uma análise sobre a perspectiva da agência reguladora, as operadoras e o consumidor. “No caso da ANS, é preciso diferenciar operadoras médicas e odontológicas, além de aplicação de sanções proporcionais para a sustentabilidade das operadoras”. Para ele, o órgão regulador é o agente que une os três atores, propicia e estimula os ajustes necessários para o desenvolvimento do segmento.

# NOVOS CAMINHOS

OPERADORAS E REDES CREDENCIADAS BUSCAM CONSENSO SOBRE MODELOS DE REMUNERAÇÃO



## ANS PUBLICA GUIA COM SUBSÍDIOS E ANÁLISES PARA ADOÇÃO DE NOVOS FORMATOS

As operadoras de planos de saúde vêm acompanhando atentamente o aumento desenfreado dos custos do setor de saúde nos últimos anos. Um grandioso exemplo deste total desarranjo é notado ao se analisar dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre 2014 e 2017 os planos de saúde perderam mais de três milhões de beneficiários. No mesmo período a quantidade de exames, terapias e internações continuou crescendo à ordem de 14,7%, 36,9% e 5,2%, respectivamente.

Operadoras e prestadores de serviços têm estado atentos à busca por soluções que possam barrar a escalada dos gastos. Rediscutir o modelo de remuneração é uma das estratégias mais apontadas. A ANS lançou em março um guia para auxiliar a implementação de modelos de remuneração baseados em valor. O objetivo é dar subsídios para que as

operadoras dos planos possam adotar novos modelos a fim de remunerar profissionais e rede credenciada.

Em 2018, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz implementou um novo modelo de remuneração com previsibilidade de preços na unidade Vergueiro. A instituição segue protocolos médicos já definidos por meio de acordos com as operadoras de saúde. Mais de 80 procedimentos de 20 especialidades, como cardiologia, ginecologia e pneumologia foram agrupados em pacotes fechados. Os riscos são compartilhados entre o hospital, as operadoras dos planos e os fornecedores.

Quando os custos de uma cirurgia ultrapassam o que foi previsto no pacote, o adicional é pago pelo hospital. Se o valor fica abaixo do estipulado,

a unidade absorve o ganho. “A oportunidade de oferecer transparência e previsibilidade para os contratantes foi o que nos motivou a já inaugurar a unidade com esta metodologia”, explica o Luiz Henrique de Almeida Mota, diretor executivo da unidade. “Claro, em todos os acordos, nossa prioridade é a qualidade do atendimento. Em menos de um ano de funcionamento, o hospital já foi certificado pela *Joint Comission International*, uma das mais importantes instituições em análise de qualidade do mundo.

Grandes operadoras como o UnitedHealth Group estão apostando na flexibilidade de diálogo com a rede credenciada para emplacar novas formas de remuneração. “Somos reconhecidos pelos nossos prestadores como uma empresa aberta, que se adapta às necessidades, além de ter

uma excelente capacidade de análise de dados para dar suporte à tomada de decisão. Isso inclui a discussão sobre a adoção de modelos alternativos de pagamento. Hoje, já contamos com 37 hospitais fechando suas contas médicas em modelos alternativos ao *fee for service* (pagamento por serviço), somando 30% dos nossos custos”, afirma Eduardo Maia, diretor de Inovação e Estratégia do UnitedHealth Group Brasil.

## ALTERNATIVAS À CONTA ABERTA

O padrão no Brasil é a utilização do modelo *fee for service*, conhecido também como conta aberta. Ele prevê que os reembolsos da rede credenciada aumentem de acordo com a quantidade de procedimentos realizados, de exames a internações, de cirurgias a outros eventos. A natureza aberta do modelo desperta críticas por induzir o desperdício de materiais ou procedimentos sem necessidade efetiva.

Para o superintendente de Serviços Ambulatoriais e Comercial do HCor, Ary Costa Ribeiro, é preciso estar atento à transição do método tradicional de remuneração por serviço para os modelos alternativos. Segundo ele, isto implica que a rede credenciada passe a assumir mais riscos: “As alternativas de remuneração devem evoluir lado a lado com o modelo assistencial. O objetivo deve ser entregar uma experiência melhor para o paciente. A diminuição das despesas é uma consequência”, afirma.

O HCor tem trabalhado há quase uma década com uma introdução gradual de modelos alternativos, como os de remuneração por “diária global”, e diferentes tabelas por grupos de serviço. “Estamos negociando com as operadoras outros formatos de remuneração, sempre em busca de uma composição plural de modelos que viabilizem o atendimento e tragam mais previsibilidade na composição de contas”, finaliza Ribeiro.

O FFS continua sendo o método de pagamento predominante na atenção especializada fora do Brasil, em conjunto ou não com outros modelos de remuneração, em países como Bélgica, Áustria, Dinamarca, França, Holanda, México e Suíça, entre outros. No entanto, alguns como a Suécia e o Reino Unido incorporaram formas mistas, como orçamentos globais e pagamento por desempenho por meio de bônus.

Comum em países como a Alemanha e os EUA, o modelo DRG (*Diagnosis Related Group*) classifica os pacientes hospitalares de acordo com os tipos de diagnóstico e o quanto cada tipo implica em uso de materiais, medicamentos e processos. Estas informações montam um perfil clínico que tem sua média de custos analisada e levada em consideração na hora de remunerar, em vez de remuneração caso a caso.

Desde 2017, hospitais como o Santa Paula e o Santa Catarina, em São Paulo, aderiram ao sistema ABP (*Adjusted Budget Payment*), que preconiza o pagamento por orçamento ajustável. Nesse modelo, o histórico de custos do hospital é analisado para modelar uma média anual que dá origem a uma remuneração fixa mensal.



DIVULGAÇÃO

“As alternativas de remuneração devem evoluir lado a lado com o modelo assistencial. O objetivo deve ser entregar uma experiência melhor para o paciente e a diminuição das despesas é uma consequência”

**ARY COSTA RIBEIRO**  
Superintendente de serviços  
Ambulatoriais e Comercial do HCor



DIVULGAÇÃO

“A oportunidade de oferecer transparência e previsibilidade para beneficiários e operadoras foi o que nos motivou a inaugurar a unidade da Vergueiro, já com a modalidade de procedimentos a preços fixos”

**LUIZ HENRIQUE DE ALMEIDA MOTA**  
Diretor executivo da Unidade Vergueiro  
do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

# ANS: MUDANDO A LÓGICA DA REMUNERAÇÃO

Para o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, os novos modelos propostos pela agência em seu guia buscam mudar a lógica da remuneração. “No modelo hegemônico não importa a qualidade do serviço e nem o resultado em saúde para o paciente. Os novos modelos de remuneração baseados em valor propõem mudar essa lógica de estímulo à produção, colocando o foco no valor: baseando a remuneração no que for mais saudável para a população”, explica.

Resultado do trabalho do Grupo Técnico de Modelos de Remuneração da ANS, o guia analisa diversas possibilidades de remuneração entre operadoras e rede credenciada vinculadas às boas práticas de gestão. Há formatos como o tradicional *fee for service*, mas também há modelos baseados em assalariamento, quando os credenciados são remunerados por um valor fixo. Existem outros menos conhecidos, como o de *capitation* que envolve a cogestão com a unidade de saúde credenciada, que recebe da operadora uma verba de remuneração para administrar o atendimento aos beneficiários, porém fica responsável por manter indicadores positivos avaliados pela população atendida.

O passo seguinte previsto pela agência será a experimentação de modelos de remuneração inovadores em experiências concretas. A ideia é que operadoras e prestadores se dispõem a buscar

melhores alternativas, contando com a cooperação técnica da ANS para o estabelecimento de ganhos sucessivos de confiança. Em publicação lançada em março deste ano, a ANS afirma acreditar “que este é um caminho sem volta, mediante a convicção de que a sustentabilidade do setor da saúde perpassa por avanços necessários na eficiência da gestão dos recursos financeiros e no alcance de melhores resultados em saúde”.

A visão da ANS é compartilhada também por operadoras. “Os modelos alternativos ao *fee for service* tendem a ser, em futuro próximo, a principal metodologia de pagamento. A gestão de uma população com modelo de remuneração atrelado ao desfecho clínico permite que tenhamos foco nos resultados, independentemente do tipo de recurso utilizado no tratamento”, explica Eduardo Maia do UnitedHealth Group. “Ou seja, o principal incentivo passa a ser a entrega de valor em saúde, atributo diretamente relacionado à eficiência do sistema”, conclui.

As operadoras não são obrigadas a adotar as novas formas de remuneração. O guia apresenta os modelos como sugestão com base em análises, que levaram em conta contextos nacionais e a experiência internacional de iniciativas como o *Affordable Care Act* (ou *ObamaCare*) americano.



# DATA SCIENCE PARA APOIAR NEGOCIAÇÕES ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS

A análise de dados é uma realidade e tem ajudado os hospitais brasileiros e planos de saúde a configurar novos modelos de remuneração. Uma das soluções já implantadas pelos hospitais e que permite melhorar a performance das unidades de saúde e imprimir maior eficiência do sistema, é a plataforma OPG – Agrupador de Internações da Optum, empresa de serviços de saúde e inovação do UnitedHealth Group, dedicada no país à análise de dados e gestão de saúde populacional.

A OPG analisa e compara dados como tempo de internação, desempenho de diferentes equipes médicas, consumo de materiais, uso de UTI e ocorrência de reinternações, entre uma série de outros indicadores estratégicos. Essa massa de dados é comparada a benchmarks nacionais, o que permite melhorar a performance das unidades de saúde.

Segundo Luiz Rodrigo Barros e Silva, presidente da Optum no Brasil, os dados também estão sendo usados pelos hospitais para estabelecer um ciclo virtuoso de relacionamento com as operadoras. “O mercado de hospitais tem demonstrado interesse em modelos de remuneração alternativos às contas abertas e, por isso, está recorrendo à análise de dados para trazer maior transparência e racionalidade à mesa de negociação. Assim, é possível ter mais segurança ao projetar formatos de remuneração mais previsíveis em termos de valor final, usando dados que são claros e aceitos pelos dois lados”, afirma. ■

# NOVO IRPI: ENTENDA O CÁLCULO

O método de cálculo dos reajustes de planos de saúde individuais mudou. Todos os anos os índices de reajuste aplicados são objeto de audiências e consultas públicas.

Em 2018, a ANS estabeleceu uma nova metodologia de cálculo para o reajuste. Neste ano, a agência divulgou que o percentual máximo de reajuste que poderá ser aplicado nas mensalidades dos planos de saúde individuais ou familiares é de 7,35%. Importante lembrar que o reajuste só pode ser aplicado pelas operadoras a partir da data de aniversário de cada contrato – para os planos que fizeram aniversário de contrato entre maio e junho há cobrança retroativa.

O novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) é resultado da combinação de dois outros indicadores: o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) e o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), excluindo deste último o subitem “plano de saúde”.

Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA, de 20%. O IPCA é a medida oficial da inflação brasileira, calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incidindo sobre custos como despesas administrativas.

Já o IVDA leva em conta três componentes relacionados aos custos das operadoras de saúde com o atendimento aos beneficiários dos planos: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE).

O VFE deduz da receita das operadoras a parcela que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária dos beneficiários. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais. Segundo a ANS, o FGE vai transferir para os consumidores a eficiência média do setor, evitando um modelo de repasse automático da variação de custos. ■

## PARA QUEM VALE A NOVA METODOLOGIA?

Todos os beneficiários de planos individuais e familiares contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656/98.

## QUANDO COMEÇA A VALER?

Em geral, a ANS publica a autorização entre maio e junho de cada ano. Até o fechamento desta edição, a resolução ainda não havia sido autorizada.


## COMO INFORMAR O BENEFICIÁRIO?

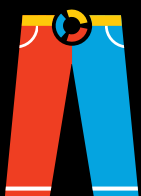
No boleto deve constar o índice de reajuste autorizado pela ANS, o mês previsto para o próximo reajuste e número do ofício de autorização da ANS.

# Conheça 125 milhões de formas para vender mais.

Cento e vinte e cinco milhões. Esse é o número de cartões Elo pelo país. Não é à toa que somos a maior bandeira brasileira. Faça como os grandes players e conte com a Elo para vender mais todos os dias no seu e-commerce.



Vai na sua. Vai com 





# SAÚDE SUPLEMENTAR:

SUSTENTABILIDADE PASSA POR ARTICULAÇÃO EM PROL DE CICLO VIRTUOSO DA SAÚDE

ISTOCK

O 3º Congresso Jurídico da Abramge reuniu especialistas e representantes do Poder Judiciário e órgão regulador, que reforçaram a necessidade de maior apoio técnico e compartilhamento de informações para combater judicialização excessiva

A articulação entre operadoras, sistema judiciário e órgão regulador é essencial para avançar na sustentabilidade da Saúde Suplementar no Brasil. Esta foi a tônica do 3º Congresso Jurídico da Abramge, que reuniu representantes de todos estes campos e especialistas em saúde, legislação e regulamentação para promover metodologias de trabalho conjuntas que possam beneficiar, principalmente, o acesso a planos de saúde. O Congresso foi realizado em São Paulo, no dia 13 de maio com cerca de 200 participantes.

A conferência de abertura contou com o Ministro Presidente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), João Otávio de Noronha, que abordou o ativismo judicial e os reflexos na sustentabilidade da Saúde Suplementar. De acordo com o magistrado,

temas relevantes do setor de saúde são pautas debatidas frequentemente pelo STJ, com decisões que impactam diretamente o fornecimento e o tratamento de saúde da população.

Para o Ministro, o ativismo judicial é a recusa de um tribunal ou de um juiz de aplicar a norma jurídica tal como posta. “Não há ativismo judicial quando o juiz, em uma margem razoável de interpretação, escolhe este ou aquele caminho. Não é dado a ele (a possibilidade de) escolher quem vai beneficiar com essa ou aquela medida protetiva. É a lei que escolhe”, afirma. Ele ressaltou ainda que um dos papéis da Justiça é promover o equilíbrio econômico do contrato: “O cidadão contrata um plano de saúde e requer um benefício de outro mais caro? Isso causa um desequilíbrio na relação”.

# APOIO TÉCNICO ESPECIALIZADO É FUNDAMENTAL PARA DECISÕES JUDICIAIS

O Conselheiro Arnaldo Hossepian, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), foi um dos convidados do painel “Importância do apoio técnico nas decisões judiciais x Ética Médica x Segurança do Paciente”. Hossepian ressaltou a importância do conhecimento dos comitês estaduais de saúde na orientação de juízes. “Não é factível exigir que o magistrado corra atrás de informação científica. Defronte a esse cenário, o projeto dos comitês de saúde se desenvolve para dar um conforto ao magistrado, apoiando com informações científicas atualizadas e de qualidade”. Arnaldo Hossepian destacou ainda as iniciativas de consolidação dos Núcleos de Apoio Técnico dos Tribunais de Justiça / Tribunais Regionais Federais (NAT-JUS) e a criação do Banco Nacional de Pareceres.

Também presente ao painel, Luciana da Veiga, juíza do Tribunal Federal da 4ª Região, ressaltou o quão importante é o apoio técnico nas decisões judiciais. “Quando há falta de conhecimento técnico por parte do juiz, as decisões podem estar sujeitas a uma abordagem subjetiva ou emocional, que desconectam o caso em julgamento da ordenação do sistema jurídico”, esclarece. ■

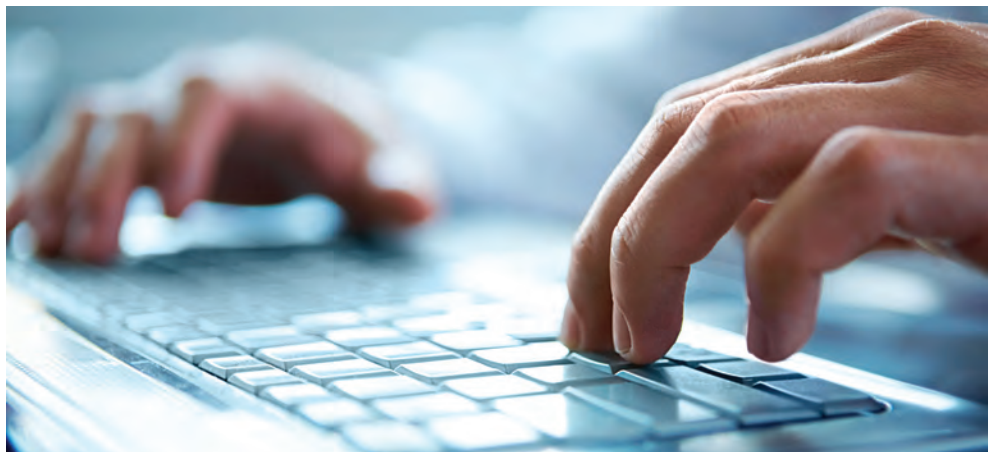




“Luciano Timm aprofundou a discussão sobre os gastos com a judicialização da saúde e apresentou ferramentas de mediação e conciliação de conflitos, como o canal online [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br). O procedimento tem reconhecimento como instrumento público e pode ser acessado de qualquer lugar e a qualquer momento”

**LUCIANO TIMM**  
Secretário-executivo da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).

## JUDICIALIZAÇÃO E RELAÇÕES ENTRE ÓRGÃO REGULADOR, AGENTES REGULADOS E DEFESA DO CONSUMIDOR



Para o professor Elival da Silva Ramos, da Faculdade de Direito da USP, o impacto da judicialização da saúde soma-se ao ativismo judiciário como um entrave à sustentabilidade da Saúde Suplementar. As demandas de saúde cresceram 130% entre 2008 e 2017, enquanto os gastos do Ministério da Saúde com o cumprimento de decisões judiciais aumentaram 1.205% entre 2010 e 2016, de acordo com dados do Insper. “O ativismo é uma disfunção, pois o juiz deixa de aplicar o direito e passa a administrar ou legislar o que pode dar ocasião a um quadro de insegurança jurídica, enfraquecimento da democracia e até a desestruturação das políticas públicas de saúde que buscam democratizar o acesso à saúde”.

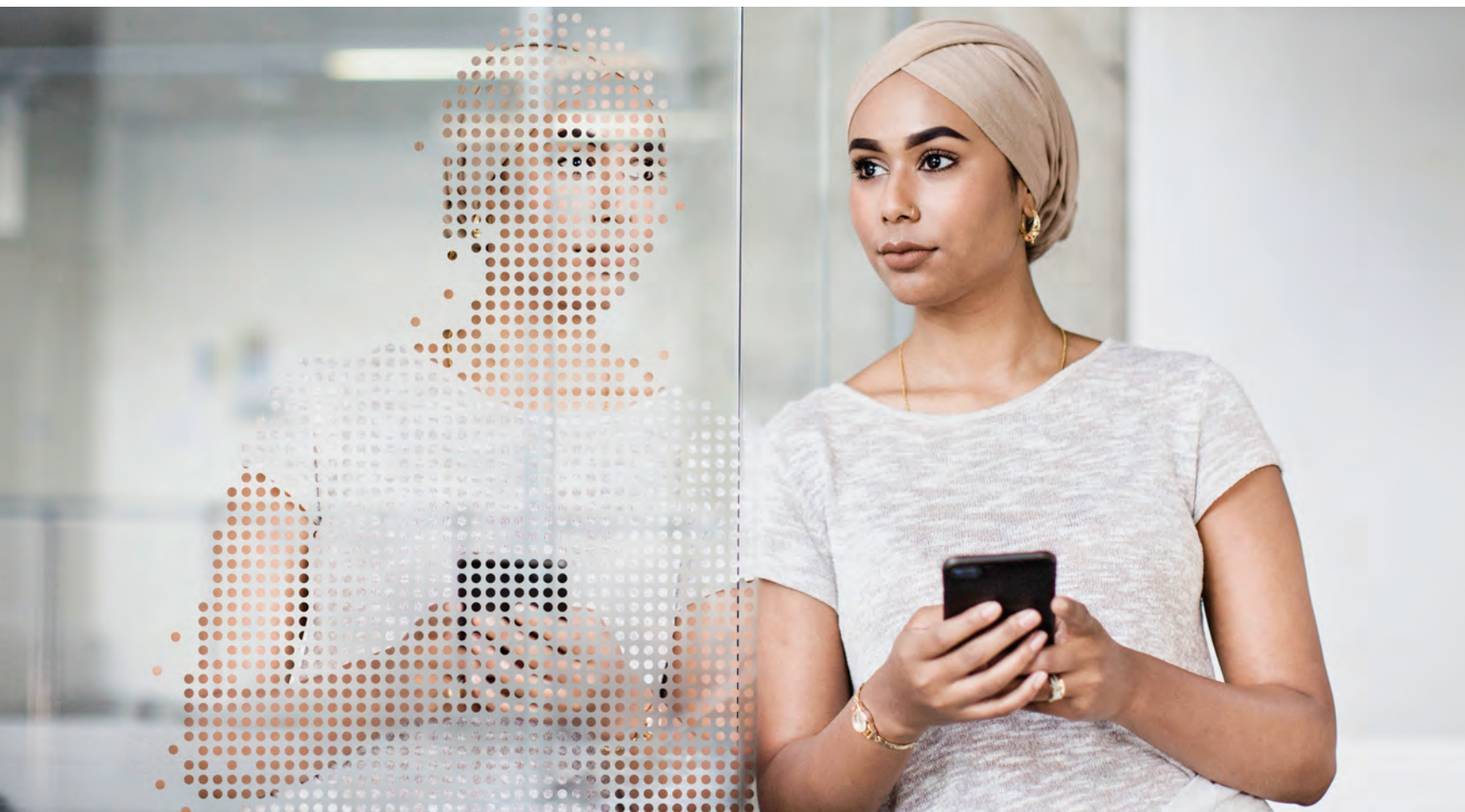
O presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Leandro Fonseca, abriu os debates da mesa “O papel da Administração Pública na sustentabilidade do setor - as visões dos agentes envolvidos: defesa do consumidor, agência reguladora e agente

regulado”. Para Fonseca, o objetivo da regulação econômica é amortecer o risco de quebra, evitando a sobrecarga do sistema público e a exposição do beneficiário. “A necessidade de adotar um ciclo virtuoso, baseado no valor em saúde, é essencial para a produtividade do setor e que contribua para a desjudicialização das relações nesta área”.

Já o secretário-executivo da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), Luciano Timm, aprofundou a discussão sobre os gastos com a judicialização da saúde e apresentou ferramentas de mediação e conciliação de conflitos, como o canal online [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br). Disponível desde 2016, a plataforma também conta com uma versão em aplicativo para celular. Por meio de um cadastro, o consumidor pode se comunicar, via plataforma, com a operadora, dispensando a abertura de processo administrativo. O procedimento tem reconhecimento como instrumento público e pode ser acessado de qualquer lugar e a qualquer momento. ■

## *Imagine um mundo...*

*Em que todos os pacientes possam receber o tratamento mais adequado às suas necessidades.*



***Um novo conceito  
para a medicina  
personalizada.***

Genômica

Registros Médicos  
Eletrônicos

Saúde Digital

Imagens Avançadas

Patologia Digital

Sistemas de Informações  
Laboratoriais

***Para obter uma  
visão de alta  
precisão***

*de cada paciente e  
sua jornada.*

## OPERADORAS FOCAM NO EMPODERAMENTO DO BENEFICIÁRIO

A atenção básica à saúde bucal traz impactos positivos para os beneficiários das operadoras odontológicas e permite a prevenção e diagnósticos precoces de problemas como o câncer.

Durante a última Semana Nacional de Prevenção ao Câncer Bucal, realizada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2018, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) divulgou a estimativa de pessoas que deveriam ser afetadas pelo problema até o final do ano passado. Esperava-se que 14,7 mil pessoas desenvolvessem algum tipo da doença na cavidade oral: nas gengivas, bochechas, céu da boca e língua (principalmente as bordas), além da região embaixo da língua. Atentas à importância da prevenção e atendimento primário, inclusive em regiões mais afastadas dos centros urbanos, as operadoras odontológicas têm realizado programas de atenção básica e parcerias com centros de diagnóstico em todo o Brasil.

Com objetivo de dar mais eficiência assistencial e ter o cliente no foco da operação, a Unimed Odonto vem



SHUTTERSTOCK

conduzindo um projeto de Atenção Integral em Saúde Bucal, em parceria com a Unimed Goiânia, desde outubro de 2018. O piloto, inicialmente direcionado aos colaboradores da própria empresa, contempla hoje cerca de 15 mil beneficiários da operadora odontológica na região Centro Oeste.

A abordagem deste projeto tem como foco a prevenção e o cuidado com a saúde e não só o tratamento de doenças. Com esse intuito, além de um exame clínico detalhado e abrangente, que conta com profissionais capacitados para realização de “*screenings*” bucais e coleta de indicadores epidemiológicos,

trabalha-se fortemente com a orientação e o empoderamento do beneficiário, que passa a assumir o protagonismo na gestão de sua saúde bucal.

Para atender esta proposta, foi implantado um consultório equipado com aparelhos e ferramentas modernas na NAIS (Núcleo de Atenção Integral à Saúde) da operadora, que conta com um “escovódromo” privativo e um aparelho de radiografia digital, dentre outros recursos. A expectativa é ampliar o serviço para outras regiões ao longo de 2019 e incentivar a cultura de promoção da saúde bucal nos beneficiários do plano odontológico.



Brena Gonçalves, 20 anos, é colaboradora da Unimed Goiânia e conta que o programa de atenção básica foi um dos atrativos para que ela aderisse ao plano oferecido pela operadora. “Eu tinha outro plano, que me atendia bem, mas o modo e o serviço oferecido pela Unimed Odonto, que traz informação para o meu dia a dia, me ajudou na maneira como eu trato a saúde da minha boca. Meus hábitos de escovação e limpeza mudaram. Trouxe isso para dentro de casa, orientando também a minha família”, afirma.

Além da atenção básica, Brena destaca o acompanhamento por parte dos dentistas credenciados. “Não é só fazer a restauração. Agora eu sei porque a restauração deve ser feita e como eu posso me cuidar para prevenir outros problemas. Recentemente, extraí os quatro sisos e tive orientação antes e depois do procedimento, o que fez com que eu perdesse o receio e me recuperasse rapidamente”.

Dentre os diferenciais do modelo deste projeto destacam-se: o atendimento preventivo e direcionamento eficaz, de acordo com a necessidade do beneficiário (serviço personalizado); o foco na promoção da saúde com a conscientização da necessidade de buscar cuidado preventivo e menos curativo; e promover o autoconhecimento da condição de saúde bucal.

Para Fábio Nogi, gerente de Produtos e Estratégia Comercial da Unimed Odonto, iniciar o projeto com a própria base de colaboradores garantiu maior engajamento, que se reflete

no atendimento ao beneficiário: “Mudar uma cultura de atenção bucal é redirecionar o condicionamento cultural do Brasil. Começando por dentro de casa, queremos promover uma guinada no modo como as pessoas cuidam da saúde bucal e trazer impacto positivo para todo o quadro de bem-estar do beneficiário”.



“Mudar uma cultura de atenção bucal é redirecionar o condicionamento cultural do Brasil”

**FÁBIO NOGI**

Gerente de Produtos e Estratégia Comercial da Unimed Odonto

## DIAGNÓSTICO PRECOZE

Outra operadora que oferece um programa de impacto social é a OdontoPrev, que firmou uma parceria estratégica, em 2016, com o A.C. Camargo Câncer Center, em São Paulo, para o diagnóstico precoce do câncer bucal, que está entre os dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil e o quinto que mais acomete os homens.

Pelo acordo, quando um dos mais de 29 mil dentistas que compõem a rede credenciada da operadora identifica

uma lesão suspeita pode fotografar e enviar as imagens por meio de um aplicativo para que os especialistas do A.C. Camargo deem seu parecer.

A tecnologia do aplicativo Rede UNNA permite que o dentista fotografe a cavidade bucal do paciente com qualidade, a uma distância segura da boca e sem identificá-lo, o que garante privacidade e biossegurança. O projeto quer colaborar com o diagnóstico precoce do câncer de boca, já que a descoberta tardia da lesão, comum na maioria dos casos, diminui drasticamente a sobrevida do paciente. “Este programa inovador, em parceria com o A.C. Camargo, reforça nosso pilar de oferecer serviços da mais alta competência técnica”, afirma Regina Juhás, superintendente de Qualidade da OdontoPrev. “Em 2018, nossa rede no Brasil realizou 12 mil procedimentos odontológicos, cerca de 200 procedimentos por minuto, reforçando o potencial que temos em prevenir o câncer bucal no País”, conclui. ■



“Este programa inovador, em parceria com o A.C. Camargo, reforça nosso pilar de oferecer serviços da mais alta competência técnica”

**REGINA JUHÁS**

Superintendente de Gestão de Qualidade da OdontoPrev

# CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

POR UM MODELO CENTRADO NO PACIENTE

POR RODRIGO AGUIAR E ANA PAULA CAVALCANTE\*

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no decorrer dos últimos anos, vem induzindo a melhoria da qualidade em saúde e a adoção de boas práticas pelo setor através de projetos como *Parto Adequado*, *Idoso Bem Cuidado* e *Oncorede*, que foram de extrema relevância para a estruturação de um programa de certificação ainda mais abrangente: o programa *Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde*, que estabeleceu uma *Certificação em Atenção Primária à Saúde*.

A *Certificação* direcionada à qualificação das operadoras de planos de saúde utiliza-se de entidades acreditadoras independentes para a verificação *in loco* de requisitos de boas práticas definidos previamente pela Agência descritos em um Manual de Certificação, baseados nos eixos da APS, proporcionando imparcialidade e celeridade aos processos de certificação.

A opção pela *Atenção Primária à Saúde (APS)*, objeto central da primeira certificação em boas práticas, se baseia no estudo de fatores contingenciais de rápida evolução, como a transição demográfica brasileira, decorrente do aumento da expectativa de vida, e a transição epidemiológica, que pode ser observada a partir do significativo aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, degenerativas



e câncer. Destaca-se que a maioria das condições crônicas está também relacionada com as escolhas e hábitos de vida desta população.

Com o lançamento da certificação, a ANS visa fortalecer a implementação da atenção primária na Saúde Suplementar, priorizando ações preventivas, curativas, educativas e de conscientização. Especialistas em saúde coletiva consideram que uma atenção primária resolutiva seja capaz de resolver de 80% a 85% dos problemas de saúde de maior frequência e relevância.

A certificação fortalece estratégias voltadas à APS, tais como a coordenação e integração do cuidado em saúde centrado na pessoa. Isso porque é necessária a realização de uma transição na organização da rede de serviços de saúde, que atua de forma desarticulada, com diversas “portas de entrada, centrada em cuidados médicos isolados e em doenças agudas. Essa transição visa fortalecer um modelo centrado na *Atenção Primária*, de modo a dar conta das novas demandas da população, ligadas ao aumento das condições crônicas de saúde.


A certificação proposta prioriza ações centradas nos principais pilares de sustentação da APS, em acordo com Bárbara Starfield: Atenção primária como “porta de entrada” prioritária; Acolhimento; Longitudinalidade do cuidado; Altacoordenação; Integralidade da atenção; Heterogeneidade das demandas; Centralidade na pessoa e sua família; e Orientação ao paciente e à comunidade.

A indução da organização de uma rede assistencial das operadoras baseada na APS intenciona consolidar um modelo assistencial que tem se mostrado mais resolutivo e mais eficiente. O modelo de cuidado integral centrado na pessoa é a base referencial contemplada pelo programa de *Certificação em APS*.

A disponibilidade de serviços de cuidados primários na Saúde Suplementar oferece oportunidade ímpar ao setor. Oportunidade de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade da atenção.

O grande desafio consiste em enfrentar a atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos de saúde, em benefício da população, alterando a centralidade dos cuidados para beneficiar o paciente. ■

\* RODRIGO AGUIAR, DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL DA ANS, E ANA PAULA CAVALCANTE, GERENTE-EXECUTIVA DE ESTÍMULO À INOVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ANS.



# FOQUE NOS SEUS OBJETIVOS QUE NÓS FOCAMOS NOS SEUS TREINAMENTOS

Participe dos cursos de curta duração da UCA.  
Conhecimento, atualização e *networking* de alto  
nível em pouco tempo.

## Cursos de curta duração disponíveis:

12 a 17 de agosto  
Gestão Jurídica na Saúde Suplementar

31 de agosto a 23 de novembro  
Excelência em Gestão de Operadoras  
Odontológicas

23 a 25 de setembro  
Desenvolvimento em Governança, *Compliance*  
e Gestão de Riscos

Tel.: 11 **3289.7511**  
**[www.abramge-uca.com.br](http://www.abramge-uca.com.br)**

Rua Treze de Maio, 1540 - Bela Vista - São Paulo / SP - CEP: 01327-002





24º Congresso Abramge  
15º Congresso Sinog



Saúde Suplementar: Desafios e Perspectivas  
**AS TRANSFORMAÇÕES DE UM SETOR DINÂMICO**

Dias 22 e 23 de agosto - Hotel Renaissance - São Paulo/SP

Inscreva-se

[ABRAMGE.COM.BR/CONGRESSO](http://ABRAMGE.COM.BR/CONGRESSO)

Realização



Patrocínio



Apoio Institucional

