

# VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

OUT/NOV/DEZ • 2019



abramge • sinamge • sinog

ANO 4 Nº 14  
ISSN 2448-0630

## REGULARIZAÇÃO

CARTÕES DE DESCONTOS E CLÍNICAS POPULARES REALMENTE ATENDEM AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO?

## CONSCIENTIZAÇÃO

O PAPEL DA ODONTOLOGIA VAI ALÉM DE GARANTIR A SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS.

## LUIZ HENRIQUE MANDETTA

EM ENTREVISTA, MINISTRO DA SAÚDE APRESENTA UM CENÁRIO PROMISSOR DO SETOR NO PAÍS.



# ATUALIZAÇÃO DA LEI DE PLANOS DE SAÚDE

MUDANÇAS SÃO NECESSÁRIAS, MAS QUAL O MOMENTO IDEAL?

# Home Doctor inaugura nova unidade em FORTALEZA-CE.



Mais um estado do Nordeste se beneficia com a implantação de uma Unidade de Negócios da Home Doctor. Desta vez, Fortaleza, no estado do Ceará, foi a cidade eleita para sediar a 13ª filial da empresa pioneira em Atenção Domiciliar, presente em mais de 150 cidades em todo o país.

Um significativo aporte de investimentos em infraestrutura e capital humano levará a tradição da Home Doctor em oferecer qualidade de serviço e atendimento humanizado a todos os seus pacientes.

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

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



/homedoctorbrasil  
www.homedoctor.com.br



comercial@homedoctor.com.br  
(11)3897-2306 / 3897-2381 / 3897-2931

# RENOVAR PARA PERSISTIR

Neste ano, a Lei dos Planos de Saúde chegou aos seus 21 anos e, se sua prevalência mostra maturidade do mercado e confirma o quanto sua criação foi necessária para regularizar o setor, sua idade expõe também a necessidade de atualização frente a um panorama que não parece confortável para nenhum dos lados: operadoras perdem beneficiários, sentem-se pressionadas por exigências que soam desequilibradas e se veem impossibilitadas de oferecer planos individuais aos clientes. Na outra ponta, consumidores não conseguem arcar com os custos dos planos e clientes apelam à judicialização quando se sentem descobertos.

Está mais do que claro que a saúde brasileira depende da Saúde Suplementar para se manter em pé. A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) não suporta atender 100% da população em todas as suas necessidades, da prevenção ao tratamento. Durante o 24<sup>a</sup> Congresso Abrange e do simultâneo 15<sup>o</sup> Congresso Sinog, realizados no fim de agosto em São Paulo, tivemos a oportunidade de ouvir do ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que, mais do que nunca, como gestor do SUS, precisa da concorrência das operadoras para manter o sistema rodando. Saiba o ponto de vista do ministro em relação ao SUS, futuro da Saúde e os próximos passos de sua gestão [1].

Ainda sobre o evento, ouvimos Dráuzio Varella afirmar que não é novidade que a crise econômica sobrecarregou ainda mais o SUS, sendo fundamental à população brasileira que os planos expandam sua rede de atendimento.

Voltando à questão da necessidade de modernização da lei de 1998, fomos ouvir

consultores, advogados e professores sobre a possibilidade de atualização de seu conteúdo, quais meandros deveriam ser concebidos ou poderiam ser considerados para essa renovação da lei [2].

Simultaneamente, fizemos um levantamento de como anda a oferta no mercado de cartões de saúde e dos serviços das chamadas clínicas populares [3] – que, de certa forma, se tornaram concorrentes dos planos de saúde, sem oferecer a mesma cobertura e segurança.

Olhando para a Odontologia, buscamos entender o que pode ser feito para se conquistar novos beneficiários. Entenda também a função social dos planos odontológicos à saúde da população brasileira.

Discorremos, também, sobre a criação do Manual de Orientação: RN 443/2019 – Governança Corporativa com ênfase em Controles Internos e Gestão de Riscos para fins de Solvência da Abrange e exploramos os principais resultados da recente pesquisa de satisfação dos usuários com os planos médico-hospitalares e odontológicos, realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Por fim, contamos um tocante trabalho desenvolvido pela Sermed Sertãozinho, que desenvolveu uma iniciativa que foca o desenvolvimento motor, reforço muscular, resistência, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora de crianças com distúrbios neurológicos [4].

Boa leitura!



[1]

ADOBÉ STOCK



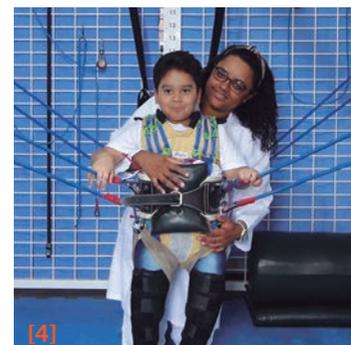
[2]

ADOBÉ STOCK



[3]

ADOBÉ STOCK



[4]

VICENTE CORNETTA



06

## PÁGINAS AZUIS

Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, aponta perspectivas, necessidades e o que realmente está sendo feito para melhoria do setor da Saúde no Brasil.

ISTOCK



CAPA 16

## MODERNIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Especialistas em Saúde explicam sobre a necessidade de modernizar as leis dos planos de saúde e apontam se este é o momento certo para esta mudança.

ISTOCK

## 26 CRESCIMENTO

Brasil é o país com mais cirurgiões-dentistas no mundo. O número de pessoas que aderem aos planos odontológicos é cada vez maior, mas, mesmo assim, ainda há muito a crescer.

## 30 CONCORRÊNCIA

Em tempos de crise, surgem novas opções de serviços de saúde à população, além do SUS e dos planos médico-hospitalares. Mas, também, precisam ser regulamentadas.

## SEÇÕES

- 12 Notas
- 14 Raio X
- 34 Check-up
- 38 Por Dentro
- 40 Acesso
- 42 Diagnóstico



ISTOCK

CAPA: ISTOCK



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)  
 Andréa Almeida (COORDENAÇÃO)  
 Lillian Mallagoli (REPORTAGEM)  
 Paula Higa (DIREÇÃO DE 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

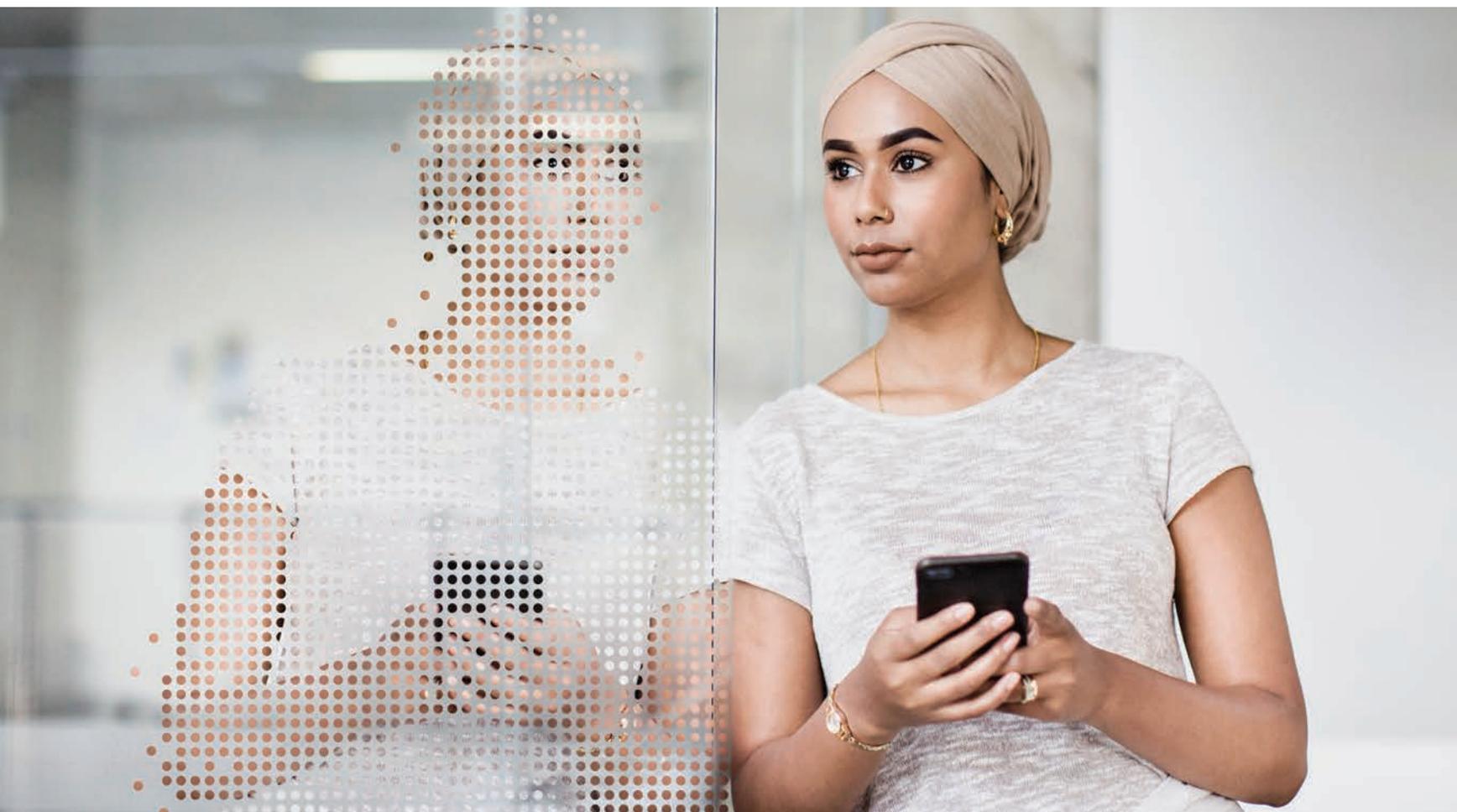
**REVISTA VISÃO SAÚDE** Rua Treze de Maio, 1540 São Paulo - SP  
 CEP 01327-002 TEL.: (11) 3289-7511

**SITE** www.abramge.com.br | www.sinog.com.br | www.visaosaude.com.br

**E-MAIL** redacao@visaosaude.com.br | comercial@visaosaude.com.br

## *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.*



# CURA, AO INVÉS DE TRATAMENTO

**L**uiz Henrique Mandetta formou-se médico pela Universidade Gama Filho, no Rio de Janeiro, em 1989. Três anos depois, finalizaria sua pós-graduação em Ortopedia Pediátrica na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em Campo Grande, e, em 1995, concluiria ainda uma especialização em Ortopedia Pediátrica, como *fellow* da *Emory University*, em Atlanta, Geórgia, Estados Unidos.

No entanto, a Medicina ocuparia uma parte de sua carreira profissional; o campo-grandense que, em novembro, completa 55 anos, enveredou-se também pela Política, tendo sido eleito Deputado Federal em 2011 e em 2015. Na legislatura de 2015 a 2019, licenciou-se do mandato para assumir o cargo de Ministro de Estado da Saúde, a partir de 1º de janeiro deste ano, sob o governo de Jair Bolsonaro.

Em agosto foi convidado a abrir o 24º Congresso Abramge, simultâneo ao 15º Congresso Sinog, em São Paulo. Na ocasião, conversou com a *Revista Visão Saúde* sobre o setor em geral, suas necessidades, perspectivas e os trabalhos já desenvolvidos neste mandato.

FOTO: KATIA GARDIN

**Como avalia a situação político-econômica do Brasil?**

Vivemos um momento de debate, de atenção. O País passa por uma releitura de muitas crises. Atualmente lemos nos jornais o início da sequência das privatizações. Antigamente, se você pensasse em falar em privatização, já havia uma enorme resistência, e hoje em dia há uma percepção de que nós precisamos deixar o Estado mais enxuto, focado no que ele tem que fazer, para a iniciativa privada poder exercer a melhor concorrência, a melhor prática.

**De que forma a criação da Lei dos Planos de Saúde – Lei n. 9656/1998 – foi benéfica para o setor?**

Quando se iniciou no Brasil a construção do setor de Saúde Suplementar, no início do nosso parque industrial, as montadoras trouxeram como conceito de valor agregado para seus funcionários a cultura de plano de saúde. Depois, isso rapidamente chegou à classe média, que começou também a ter como objeto de desejo o plano de saúde.

Quando a lei de 1998 foi instituída, muitos contratos tiveram que ser relidos, pois estavam parados, pouco abrangentes, que cobriam um exame ou o famoso período de três dias de internação. Como executar uma cláusula dessas, com um cidadão que precisa estar entubado por dias? O indivíduo está sem condições de negociar naquele momento. Esse tipo de situação foi o que serviu de pretexto, de argumento à época para se fazer diametralmente o oposto, que é como as coisas se dão no nosso País. Passamos de um mercado totalmente desregulado, sem nenhum tipo de controle, para um mercado em que se criou uma agência, um rol de procedimentos, no qual o contrato é igual entre as operadoras, e elas disputam a prestação de serviço.

**Como corrigir essas questões, diante das dificuldades pelas quais passa o Brasil agora?**

Esse cenário exige uma avaliação muito focada – passamos pela discussão da Reforma da Previdência de forma muito madura e agora iniciamos também a

da Reforma Tributária, que também deve trazer muitas novidades ao setor; há a discussão sobre não descontar do imposto de renda o serviço de Saúde, isso é algo que a sociedade brasileira terá que discutir ou se deve haver um limite, como em alguns países. Essas discussões deverão trazer uma simplificação do modelo do Estado brasileiro.

**Quais as perspectivas para o Sistema Único de Saúde [SUS]?**

Um dos maiores elementos de definição na hora da compra de um plano de saúde é o SUS. As pessoas falam: o SUS não funciona, olha a fila, a espera por cirurgia, não tem vaga para todos. A opção dos brasileiros pelo plano de saúde é orientada pelo medo da desassistência.

Porém, em um Estado mais leve, mais estruturado, livrando-se dessas estatais, organizando sua balança tributária, soltando a economia, o Sistema Único de Saúde brasileiro será o grande concorrente dos planos de saúde. Ele irá a passos mais lentos, mas muito sólidos. O setor terá que fazer uma discussão muito séria ao analisar um plano no qual o indivíduo tem o seu seguro, a sua apólice, o seu contrato em caso de tal doença e buscará os seus direitos; e outro sistema que vai lutar de forma muito intensa pela prevenção.

Um paciente diabético, na sua carteira de plano de saúde, tem um potencial de despesa extremamente elevado e aguardar que essa despesa chegue é não reconhecer o risco que isso pode ter. Então, o primeiro ponto é a Saúde Suplementar construir um sistema que ensine gerenciar essa carteira, paralelo e coirmão ao SUS.

Quando lançamos o programa *Médicos pelo Brasil*, entendemos que, nos primeiros dois anos, vamos fazer uma bolsa de especialização e o profissional só terá carteira de trabalho assinada caso seja especialista em medicina da família. É importante que o sistema de saúde suplementar fique atento e possa, inclusive, ajudar a construir, a ocupar o espaço dos pacientes do plano de saúde com a mesma lógica, de maneira inteligente.

### **O que precisa ser revisto, modificado ou melhorado no texto legal atual?**

Temos uma infinidade de situações no texto infralegal. Essa parte foi construída basicamente nas funções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. É preciso que o setor assuma suas responsabilidades. Existem alguns preciosismos. Por exemplo, por que precisamos fazer o aviso via AR? Com tantos meios de comunicação, email, WhatsApp, não é possível deixar de exigir uma AR? Qual o custo disso para o setor?

Ainda, quando olhamos as normatizações do setor, há muito que discutir. Como fazer a calibragem de multa, como tornar algo mais bem dimensionado?

Os lastros são extremamente importantes, garantem a energia, a consistência das carteiras? Garantem, mas será que o objetivo das provisões de eventos ocorridos e não avisados está sendo discutido? Ele basicamente dá a segurança de que, se aquela firma romper, ela teria o suficiente para cumprir suas obrigações para com todos os seus consumidores. Mas, há o por quê dele existir? Quais são os possíveis instrumentos para se garantir a mesma lógica e não necessariamente ter que imobilizar, em tempo de crédito tão difícil, uma quantidade enorme de recursos dentro de um setor, que poderiam ser investidos no próprio setor? Se houvesse um seguro de carteira, será que seria melhor?

O sistema de reajuste dos planos praticamente desconstrói a lógica do indivíduo pessoa física poder adquiri-lo, por basicamente uma concessão de metodologia. Não é possível que a metodologia aritmética, econômica, social, não nos dê uma fórmula para que o indivíduo possa contratar. Há três ou quatro fórmulas em discussão, fatores temporários de ajustes técnicos de contrato, conceitos que podem dar essa segurança, a criação de intermediários obrigatórios entre contratante e contratado.

Enfim, vêm aí mudanças na infralegal, alterações que podem dar para o setor uma oportunidade de se preparar

para um País que procura ser capitalista, liberal. Ao ser liberal, não significa ser irresponsável, mas dizer que o capitalista tem regras e tem vasos comunicantes que dialogam. E o bom empresário sabe valorizar o seu produto, a sua força de trabalho.

A força de trabalho dos planos de saúde é o capital intelectual dos médicos: não se pode esquecer disso nunca.

### **Quais são próximos passos de seu mandato e da gestão do governo? Em que momento a Saúde terá a oportunidade de se equilibrar, se reorganizar nesse cenário?**

O País vai dar passos neste momento – e não se iludam os que são pautados pela sensação midiática imediatista; o País real vai acontecendo em uma velocidade em que aquele país subjetivo não consegue entender. É um País que está com a menor inflação da história, que abaixa sua taxa de juros, gera emprego, apresenta uma bolsa de valores que passa de 100 mil pontos, sustentável, que recupera sua percepção – o mundo olha para o Brasil como a melhor oportunidade de investimento.

Em pouco mais de seis meses de governo, reabriram-se os acordos do Mercosul e com a Europa, que estava há 20 anos em uma prateleira. Isso muda o eixo político, que volta para o Brasil, abre negociações de acordo com os Estados Unidos. A gente vai atrás desse Brasil. Esse País que foi pensado, inspirado pelos imigrantes, reforçado nas suas teses na Revolução Constitucionalista de 1932, aqui no Estado de São Paulo – que, quando sufocada, apostou na criação da Universidade de São Paulo [USP] e apostou que o conhecimento traria a grande vitória. Nós vamos atrás desse País, que precisa se reafirmar, reconstruir uma imagem que diariamente muitos brasileiros desconstroem lá fora e mostrar que a gente está aqui para trabalhar.

Vamos, agora, passar por uma fase extremamente interessante. As reformas vão começar a surtir os seus

devidos defeitos (ou seria efeitos?). A economia dará sinais de que já está começando a se erguer. Ainda atravessamos 2019, que é o ano mais difícil, e em 2020 começaremos a crescer de forma sustentável, não mais pelo crescimento fácil em bolhas de consumo, mas pela produção.

Esse País vai, sim, atrás do seu sistema de Saúde desafiado geracionalmente, como exemplificado pelos constituintes de 1988, que colocaram na máxima constitucional que saúde era dever do Estado. O Estado que se prepara com um conceito de saúde amplo e, quando chega a parte de atendimento, começa a perceber que precisa se reinventar, se repaginar no campo da saúde pública.

---

**“O Estado que se prepara com um conceito de saúde amplo e começa a perceber que precisa se reinventar, se repaginar no campo da saúde pública.”**

---

#### **O que a Saúde reserva para o futuro?**

O século 21 vai ser absolutamente fantástico. Nós vamos viver melhor, por mais tempo, eu vou poder curtir meu neto por muito mais tempo do que minha mãe e meu pai puderam curtir os netos deles. Quando fizemos o *Projeto Genoma*, as pesquisas começaram a cruzar todas as situações de doença para entender qual gene estaria envolvido naquela doença. São pesquisas já muito bem definidas. Como é a terapia gênica? Eles pegaram genes e marcaram – começaram pelas doenças raras, que são de alto custo. Ao encontrar esse gene, foram identificar o que acontecia quando ele era inativo – viam que faltava tal substância. Foram atrás disso, desenvolveram a molécula e, por fim, o medicamento.

Uma paciente em estado terminal – metástase cerebral, hepática e pulmonar: o gene não deixava produzir um tipo de célula que ajudava a combater o tumor. Os pesquisadores isolaram aquela célula, cultivaram-na e fizeram a regressão da metástase das três regiões. Naquele momento, inauguraram a geração do *tailor made*, ou seja, sob medida.

E qual o problema do *tailor made*? Não se dilui custo. O custo é individual por paciente, a patologia e o seu tratamento. Infelizmente, a primeira terapia gênica para atrofia, registrada no FDA há um mês, veio pelo preço de US\$ 2,8 milhões por paciente.

Ao mesmo tempo em que vamos atrás da fronteira do conhecimento da genética, e que lançamos editais de pesquisa, não se esqueçam: sem atenção primária não chegaremos a canto algum! Vai ser por ali que vamos reestruturar o SUS.

#### **De que forma o SUS tem atuado para resguardar essa atenção primária?**

Neste ano de 2019, iniciamos pela primeira vez na história a Secretaria Nacional da Atenção Primária, que não existia no Ministério da Saúde. Na sequência, lançamos um programa chamado *Saúde na Hora* – os postos brasileiros trabalhavam das 7h às 11h e depois das 13h às 17h. Qual é o horário que o trabalhador sai de casa? Que horas ele almoça? Que horas volta pra casa? Em todos esses momentos, o posto estava fechado. O que sobra para a massa brasileira? O pronto-socorro e a Unidade de Pronto Atendimento [UPA], como únicos espaços onde ele pode tentar atendimento. Mas por que trabalhar somente 40 horas semanais? Por que fizeram uma regra de que, em cada prédio de um posto de saúde, só pode ter no máximo três equipes?

Então, negociamos com os prefeitos e eles têm liberdade, podem contratar por mais horas, colocar até seis equipes em cada unidade. Estenderam o horário das 7h às 22h. A adesão está sendo maciça e a saúde suplementar terá um

belo concorrente, que é o SUS e aprendam: ele negocia bem! Ele está lá, respondendo por 83% dos atendimentos de saúde no País. Todas as empresas do mercado de saúde suplementar juntas cobrem em torno de 15%, 16%. Então, vejam o tamanho desse concorrente e ele vai melhorar. Eu o defendo com unhas e dentes, eu sou o *manager*; mas eu preciso que a saúde suplementar conquiste mais mercado. Diferente dos concorrentes da área – um quer tirar mercado do outro –, eu quero muito que os planos possam atender mais.

**À saúde suplementar cabe, portanto, desobstruir o SUS? Qual é o ponto de equilíbrio dessas duas pontas no setor?**

A crise econômica sobrecarregou ainda mais o nosso SUS. Por isso, queremos dar leveza, transparência, confiança, e deixá-los, dentro de um mercado que exige extrema responsabilidade, que cada um execute aquilo pelo qual abriu sua empresa, pelo qual trabalha.

É um prazer poder trabalhar com um produto cujo grande objetivo é enfrentar de peito aberto a luta pela vida e a luta eterna contra a morte. A todos que militam

nesse setor, saibam que o Ministério da Saúde é a casa de vocês. A porta está aberta, sempre. Venham, dialoguem, façam sugestões – não temos segredos. Não há nada que seja tratado por nós que não seja público. E assim eu peço sempre à ANS: fale, dialogue, seja auscultador da sociedade. Nossos princípios são liberdade, democracia, responsabilidade àqueles que vão empreender, respeito ao consumidor, facilidade para diminuir o novelo de regras, para que o setor possa ser versátil e possa comemorar sua expansão.

Por mais que aquele modelo não regulamentado da década de 1990 tivesse os seus problemas, havia cerca de 2.500 operadoras no nosso País. Hoje temos 780. Será que é correto comemorar que o setor encolheu? Identificar que cinco ou seis operadoras dominam 70% do mercado – isso é bom? Ou o bom é que a gente tenha um sistema vibrante, que possa se comunicar, dialogar, garantir que a gente tenha concorrência? Que o consumidor seja o grande beneficiado, que a saúde prevaleça, que as pessoas tenham os seus ganhos – e, principalmente, que todos possam andar de cabeça erguida no Brasil, que está sendo construído, reerguido por cada um de vocês. ■



# ABRAMGE FIRMA ACORDO COM CEJUSC DA SAÚDE PRIVADA



ADOBE STOCK

Com mais de 250 Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania instalados, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo ganha o primeiro temático na área da Saúde

Em setembro, a Abramge celebrou junto ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), a assinatura de Termo de Cooperação Técnica. Seu principal objetivo é solucionar conflitos por meio de conciliação e mediação.

Com o acordo, todas as operadoras associadas à Abramge passam a ter o direito de participar do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (Cejus) do Setor de Saúde Privada. Para tanto, devem assinar o termo de adesão.

## CELERIDADE ACIMA DE TUDO

Para Eduardo Gil, diretor jurídico da Amil, contar com um Cejus focado na Saúde é um grande avanço, já que permite fortalecer as boas práticas de conciliação e diminuir o número de processos no Poder Judiciário. “Entendemos que a judicialização excessiva é um dos maiores desafios da sociedade brasileira. Por isso,

precisamos buscar a solução amigável de conflitos como a primeira solução para a pacificação. O litígio deve ser sempre o último recurso das pessoas e das empresas”, defende.

O principal benefício visto é a celeridade, pois a conciliação permitirá que os cidadãos resolvam suas questões com as operadoras de saúde de forma muito mais ágil, sem precisar judicializar a sua demanda. Eduardo especifica que o convênio estabelece que todo cidadão que entrar com uma ação na Justiça envolvendo a Saúde Suplementar poderá passar pela conciliação prévia com as operadoras e com a mediação do próprio TJSP: “O juiz que receber um processo dessa natureza poderá encaminhá-lo para o núcleo do tribunal e uma audiência deverá ser marcada em até 30 dias. Ao agir logo no início do problema, evitamos processos demorados e todo o estresse que o consumidor enfrenta ao aguardar uma decisão judicial”. ■

# Conheça mais de 130 milhões de formas para vender mais.

Mais de cento e trinta milhões. Esse é o número de cartões Elo pelo país. Não é à toa que estamos entre as maiores empresas de tecnologia de pagamento do Brasil. Faça como os grandes players e conte com a Elo para vender mais.



Vai na sua. Vai com 



# O TERMÔMETRO DA SAÚDE

IESS divulga resultado da pesquisa realizada este ano e aponta: satisfação entre beneficiários dos planos de saúde se mantém estável e fidelidade aumenta; maior obstáculo para novas adesões continua a ser o preço



O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) divulgou sua pesquisa bianual sobre planos de saúde.

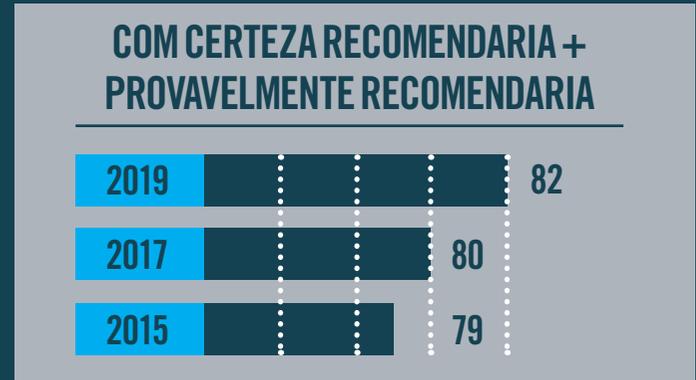
A pesquisa foi realizada com beneficiários e não beneficiários, em oito capitais do País: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Manaus e Brasília. Foram 3.200 entrevistas no total. Considera-se a margem de erro de dois pontos percentuais para mais ou para menos e o nível de confiança da pesquisa é de 95%.

## SATISFAÇÃO, RECOMENDAÇÃO E FIDELIDADE

A satisfação com os planos de saúde se manteve estável nos últimos anos:

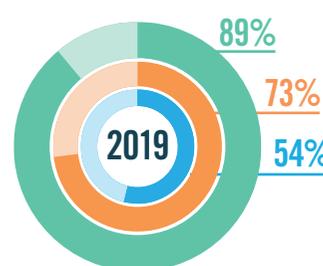
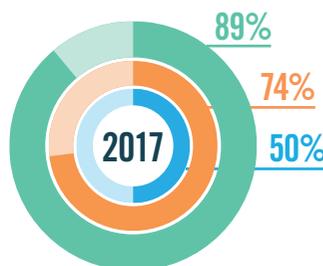
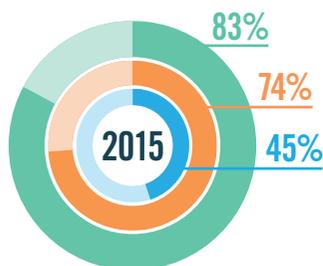


A possibilidade de recomendação do plano atual para um amigo ou familiar também se manteve estável:



## QUEM NÃO TEM, GOSTARIA DE TER

Aumentou o percentual dos que já tiveram assistência particular e hoje não a possuem mais:



**LEGENDA**

- Já possuíram
- Gostariam de ter
- Valorizam ter

# PLANO ODONTOLÓGICO

Foi tão bem avaliado quanto o de saúde e é também extremamente recomendado por quem já o utiliza. Por outro lado, notou-se um aumento na avaliação para o grupo de beneficiários apenas de plano odontológico:



Os muito satisfeitos e satisfeitos somaram **86%** em 2019, contra **80%** em 2017;



'Provavelmente recomendaria' somado a 'com certeza recomendaria' subiu de **84%** em 2017 para **93%** neste ano.

A intenção em continuar usando o plano odontológico também é alta e apresenta evolução na avaliação dos beneficiários atingindo 91% neste ano, ao passo que em 2017 este índice foi de apenas 74%. ■



ISTOCK

# É HORA DE MUDAR?



## Lei dos Planos de Saúde completa 21 anos em um cenário controverso; queda no número de beneficiários médico-hospitalares, desestímulo à venda de planos individuais, alta exigência de lastro às empresas e obrigatoriedade de atualização tecnológica constante fomentam a necessidade de modernização. Planos segmentados ou regionalizados seriam opção?

O Brasil e o resto do mundo têm vivido anos de mudanças cada vez mais aceleradas em diversas áreas. Com a evolução tecnológica, o que outrora era novidade passa, em pouco tempo, a ser ultrapassado. Assim, é necessário reavaliar, periodicamente, as regulamentações vigentes, a fim de promover a competição e para que se adequem às evoluções tecnológica e de mercado. Nesse sentido, é natural que leis criadas há mais de uma década sejam amplamente atualizadas.

Foi o que aconteceu, por exemplo, com a Lei Geral das Telecomunicações (LGT), que recebeu uma nova versão no último dia 3 de outubro, graças à aprovação do Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 79, de 2016. Já no setor elétrico, duas propostas de mudanças vêm sendo discutidas: o PLC nº 1.917, de 2015, e o Projeto de Lei do Senado nº 232, de 2016. Outro campo próximo de um novo marco regulatório é o do saneamento básico, cujo PL 3261, de 2019, foi aprovado pelo Senado e está em tramitação na Câmara dos Deputados. No entanto, por que para a Saúde, setor tão fundamental à vida, ainda não há previsão de um novo marco regulatório?

Em 1998, éramos 170 milhões de brasileiros. Naquele ano, foi decretada e sancionada a Lei 9656, em 3 de junho, dispondo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Pela primeira vez, surgia um olhar oficial, político e jurídico para o tema; ela trazia restrição à liberdade das operadoras, ampliação da cobertura mínima e chegava para garantir e dar maior segurança no atendimento aos beneficiários.

O Brasil passava por uma década de desestatização e pela elevação de investimentos privados em esferas de interesse social. Não era mais possível ao Estado prover todos os serviços fundamentais ao bem-estar e à economia do País. Havia concorrência entre desejos políticos e econômicos,

a fim de que a iniciativa privada executasse diferentes atividades de importância social, mas com uma espécie de supervisão externa do Estado.

Entretanto, inicialmente as empresas de medicina de grupo, depois as seguradoras de saúde, cooperativas médicas e entidades de autogestão começaram a atuar com os serviços do setor ainda na década de 1960, antes mesmo da publicação da Constituição Federal, devido aos problemas gerados pela saúde pública.

Antes da lei, a cobertura assistencial era regida por contratos com restrições de atendimentos, períodos de carências e a livre definição, por parte de cada documento, sobre o que poderia ser ou não coberto. Com a lei, períodos de carência passam a ser definidos, bem como os critérios de reajustes e encerram o limite para internação e a pré-seleção de beneficiários de acordo com riscos.

Em junho de 2019, mês em que a chamada Lei dos Planos de Saúde alcançou a maioria, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou 47 milhões de beneficiários dos planos privados médico-hospitalares no Brasil – um aumento de 56% dessa população em relação a 1998, no entanto, desde o início da crise econômica em 2015, houve perda superior a três milhões de beneficiários (quando eram mais de 50 milhões de conveniados). Neste momento, somos 210 milhões de brasileiros, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Não foram só os números que mudaram: a tecnologia desenvolveu-se, ampliando possibilidades de atendimentos e tratamentos, os beneficiários têm mais expectativas quanto aos serviços prestados e as empresas mais desafios, em um cenário que não permite o fechamento das contas.

## ORDEM NA CASA

Não há quem não concorde que a criação da lei era necessária e precisa: ajudou a regulamentar um setor que estava sem rumo, contribuiu para a profissionalização das estruturas das operadoras e para a criação de regulamentações básicas dos contratos.

“O advento da lei foi um marco regulatório importante; antes, os planos eram vendidos sem determinação e os contratos eram feitos com inclusões e exclusões conforme se entendia ser vantajoso de acordo com o perfil do cliente”, afirma Sheila Mittelstaedt, sócia-diretora da KPMG, que já viveu, em 20 anos de atuação na Saúde, todos os lados da cadeia.

Segundo a própria ANS, foram estabelecidas regras de funcionamento, antes inexistentes para o setor, e assegurados direitos fundamentais aos beneficiários de planos de saúde: “a não limitação do tempo de internação dos pacientes; a padronização dos prazos de carência e a limitação a períodos efetivamente necessários para reduzir a seleção adversa; a atualização periódica do rol mínimo de coberturas, que busca compatibilizar as novas tecnologias em Saúde com a sustentabilidade setorial; o estabelecimento de regras econômico-financeiras capazes de sanear gradativamente o mercado, promovendo uma gestão mais profissional e prudente dos recursos e, portanto, tornando o setor mais solvente”.

Mas, passadas duas décadas, naturalmente a percepção é de que é hora de rever seu conteúdo e ajustá-lo às condições mais modernas e ao panorama que vivemos. Inicialmente, é preciso ressaltar que seu texto original já foi muito bombardeado: “Desde 2001, a lei foi modificada 45 vezes por medidas provisórias e desde agosto de 2001 é regida pela Medida Provisória 2177-44.



ISTOCK

Não podemos ficar com uma medida provisória, isso tem que ser revisto”, ressalta Maria Stella Gregori, advogada e professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Ela defende, então, que o marco regulatório seja aperfeiçoado: “É essencial que o Congresso revise esse tema, envolvendo a participação de todos – operadoras, prestadores de serviço e consumidores. O debate tem que ser aberto com a participação do Poder Executivo por meio da ANS. Precisamos construir um novo paradigma”.

Para Raquel Marimon, diretora do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e presidente da Prospera, consultoria atuarial especializada em *data analytics* na Saúde, a Lei dos Planos de Saúde precisa de uma releitura. “O que observo como mais crítica entre as regras da lei atual é a questão das faixas etárias. A lei havia definido isso de uma forma, mas depois o Estatuto do Idoso trouxe um artigo expresso em que planos de saúde não poderiam ter reajuste por faixa

etária a partir dos 60 anos. Ou seja, exclusivamente para os planos de saúde, ele altera a referência dos 65 anos. Com isso a ANS teve que fazer a divisão em dez faixas etárias: um mesmo grupo até 18 anos, depois a cada cinco anos, e quando chega aos 60 anos ou mais, torna-se uma única faixa etária.”

A atuária indica que dos 60 aos 65 anos, o custo não é fora do normal, por isso o reajuste do valor do plano não precisaria ser tão alto. Dos 68 até os 75 anos, o gasto já sobe para outro patamar. E após os 75 anos, a elevação é ainda mais fora do comum. “O que acontece hoje quando o atuário vai calcular o preço do plano de saúde: como não será possível um reajuste a partir dos 60 anos, é necessário cobrar o que a pessoa custará quando completar 80 anos. Do contrário, o plano não se sustentará. Então, romper essas faixas etárias traria mais viabilidade para o idoso de 60 a 75 anos permanecer no convênio”, explica. “Na maioria das famílias, quando a pessoa completa 60 anos, o valor torna-se tão elevado que não é possível manter o pagamento por muito tempo. Assim, ou ela deixa de ter o benefício ou a família toda tem de se unir para juntar o montante necessário”, completa.

Outro ponto negativo destacado por Raquel Marimon é a impossibilidade de as operadoras fazerem replanejamento de rede por produto. Caso uma operadora registre um produto com uma determinada rede hospitalar, só é possível alterá-la se houver substituição por algo equivalente. Em resumo, se

o plano está um hospital com 250 leitos em uma determinada região, e a operadora quer transferi-lo para outro estabelecimento em uma área diferente da cidade, ela até pode fazer isso, mas terá que encontrar um hospital com o mesmo número de leitos e as mesmas condições assistenciais. “Isso não faz sentido. Hoje, o modelo considerado pela ANS é de número de leitos, de pontos de atendimento e não do perfil de demanda dos beneficiários que já estão na carteira”, reprova a diretora do IBA. “Depois de um determinado tempo, a carteira característica está formada, portanto temos como, atuarialmente, determinar qual é a demanda de assistência à saúde, em quais regiões da cidade ou em quais municípios se encontram os beneficiários, dentre outros fatores”, acrescenta.

## É PRECISO MODERNIZAR

Em julho deste ano, em entrevista ao jornal O Globo – disponível para assinantes em <https://glo.bo/2ne7Jjz> –, o presidente da Câmara dos Deputados Rodrigo Maia já havia levantado a questão da necessidade de atualização da lei, ao avaliar o protagonismo do parlamento como um todo; ao ser questionado sobre a Saúde Privada, afirmou: “Ela hoje inviabiliza o acesso de quem tem menos recursos. Há a necessidade de [o plano privado] cobrir tudo. A legislação, que deveria ser uma ampla desregulamentação, é uma regulamentação excessiva que

prejudica a necessidade de ter mais pessoas na base do setor privado. O problema é que eu tenho certeza de que nenhum ente federado vai ter recursos para investir na área de Saúde nos próximos dez anos”.

Ele ressaltou, ainda, que os planos passaram, nos últimos anos, a ter uma situação parecida com o setor público, e que é preciso haver uma solução porque, sem reforma, “a saúde, educação e segurança vão continuar piorando. O estado vai continuar tentando tirar mais dinheiro da sociedade para financiar sua estrutura básica”.

Muitos especialistas defendem a revisão e atualização da lei por seu próprio tempo de vida; sócio-fundador da Arquitetos da Saúde, Adriano Londres acredita que não há dúvidas de que alterações são essenciais, “seja pelo fato de que a paisagem da Saúde hoje é completamente diferente da que era em 1998, seja porque temos novas tecnologias disponíveis, uma mudança de cenário e do papel dos atores”. Para ele, já vivemos uma grande revolução na área da Saúde Suplementar, provocada pela crise econômica, especialmente a partir de 2014.

Em nota à *Revista Visão Saúde*, a ANS afirma que a lei não ficou estante nesses mais de 20 anos: “Por meio das normativas instituídas e aprimoradas pela ANS, o mercado de planos de saúde seguiu evoluindo e passou por diversas transformações, acompanhando o desenvolvimento do País e da sociedade de maneira geral”.

Ainda, mais recentemente, iniciativas e regras impostas pela Agência teriam tentado incentivar as melhores práticas de gestão pelas operadoras, promover a concorrência no setor (por meio da ampliação da portabilidade de carências) e induzir o mercado a novos modelos de assistência em Saúde e de remuneração de prestadores, que privilegiem a qualidade, combatam o desperdício e assegurem a sustentabilidade do Sistema de Saúde.

“Essas iniciativas, dentre tantas outras que foram implementadas ao longo de duas décadas, têm contribuído para modernizar o estoque regulatório e promover mudanças capazes de adequar a regulação do setor à evolução pelas quais o País tem passado. E, nesse processo, o diálogo com todos os entes do setor tem sido fundamental para o bom funcionamento e para as melhorias que ainda se fazem necessárias. Ciente disso, a ANS tem fortalecido os mecanismos de transparência e participação social, por meio de grupos e câmaras

técnicas, comitês, consultas e audiências públicas. Dessa forma, acreditamos estar qualificando e estreitando cada vez mais o relacionamento com o mercado regulado e com a sociedade, ampliando o debate e envolvendo todos os interessados nessas discussões”, conclui.

Fernando Bianchi, sócio da Miglioli e Bianchi Advogados, especializado em Direito da Saúde Suplementar e membro da Comissão de Estudos de Planos de Saúde da OAB/SP, afirma que “a legislação técnica não pode ser assistencialista; é preciso modernizar a lei, definir melhor os limites de cobertura e reduzir a quantidade de exigências econômico-financeiras para as empresas. Da mesma forma, com regras claras, o beneficiário saberá onde está entrando. Temos hoje uma política institucional de penalização das operadoras, que precisa ser alterada. Também, é preciso acabar com a retirada de pequenas e médias operadoras do mercado, o que não beneficia nem as empresas, nem seus segurados”.

“ É PRECISO MODERNIZAR A LEI, DEFINIR MELHOR OS LIMITES DE COBERTURA E REDUZIR A QUANTIDADE DE EXIGÊNCIAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS PARA AS EMPRESAS. DA MESMA FORMA, COM REGRAS CLARAS, O BENEFICIÁRIO SABERÁ ONDE ESTÁ ENTRANDO. ”

**Fernando Bianchi**, sócio da Miglioli e Bianchi Advogados e membro da Comissão de Estudos de Planos de Saúde da OAB/SP





## SEGURANÇA JURÍDICA

Há a sensação de desequilíbrio entre o que é esperado das empresas e dos beneficiários. Para Bianchi, a lei passou do ponto e o plano de saúde virou o constante vilão da história. “É excessiva, desproporcional e intolerável a exigência, pela ANS, de artigos garantidores, reservas técnicas, lastro econômico-financeiro. É necessário entender que os planos auxiliam o Estado ao fornecer Saúde e não se pode retirar deles essa relevância pública”.

De fato, o dono de operadora de saúde é um dos poucos empresários atualmente, se não o único, a sofrer indisponibilidade pessoal caso haja falência, ou seja, ele responde com seu patrimônio de pessoa física se ocorrer algum problema financeiro na justiça. Por vezes, esse cuidado para “proteger” o mercado, como prega a ANS, acaba por inviabilizar operações, fazendo com que o empresário simplesmente desista. Bianchi completa defendendo que é possível ter previsibilidade e passar a exigir menos lastro dos planos por meio de políticas de *compliance*.

Quanto ao papel da ANS, Maria Stella pontua que precisa, na verdade, ser fortalecida, para que tenha condições de fiscalizar adequadamente o mercado, atendendo seus consumidores e prestando serviços de qualidade. Ao olhar para os altos índices de judicialização, ela avalia que se devem a problemas na lei vigente em relação ao Código de Defesa do Consumidor. Dados do Conselho Nacional Justiça (CNJ) indicam que havia cerca de 2,2 milhões de ações envolvendo direito à saúde em março deste ano. “A judicialização é um fenômeno crescente e não há uma perspectiva de diminuição enquanto não houver limites claros e objetivos impostos pelo legislador ou pelo próprio poder judiciário”, afirma Luciana Veiga, juíza federal que coordena o Comitê Executivo da Saúde do CNJ no Paraná.

Segundo Raquel Marimon, o desafio no Brasil é fazer com que toda a esfera técnica seja respeitada pelo sistema judiciário: “Hoje, os juízes estão aprovando qualquer coisa.

Por mais que a ANS tenha o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, um médico pode assinar um documento dizendo que seu paciente precisa de um procedimento experimental, um medicamento importado ou um procedimento que não é reconhecido no Brasil para tratar certo tipo de doença”.

A diretora do IBA ressalta que existem casos nos quais todo o processo de judicialização da ação é feito no próprio consultório do médico: “Não se pode generalizar, mas há interesses diversos na prática da Medicina, assim como médicos que solicitam procedimentos experimentais ou sem comprovação científica. Já o juiz, como não tem condições de decidir tecnicamente, acata a opinião do médico. Além disso, os advogados apresentam o caso pouco antes do fim do expediente semanal, em caráter de urgência, para que não haja tempo de a operadora se defender. Assim, o juiz é obrigado a decidir rapidamente, pois os casos são apresentados como de risco de morte”. E opina: “Se tivéssemos uma vinculação automatizada com protocolos clínicos, como o que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde [Conitec] está produzindo, teríamos, obviamente, uma saúde muito mais organizada no Brasil”.

Luciana Veiga concorda que seja necessário um preparo técnico maior por parte dos juízes ao tomarem uma decisão: “As demandas que envolvem direito à saúde são complexas e exigem uma gama de conhecimentos técnicos que não está entre aqueles exigidos de um magistrado. Quando ele se depara com uma ação judicial, envolvendo direito à saúde, ou seja, demandas que normalmente exigem certa urgência na apreciação e envolvem questões relevantes tanto do lado ético quanto emocional, a tendência é que, na ausência de mais informações técnicas sobre as especificidades do caso, as alternativas terapêuticas, o prognóstico, as evidências científicas, entre outros fatores, o pedido seja deferido”.

No entanto, a juíza Federal já vê sinais de progressos técnicos na atuação dos magistrados: “Apesar de pesquisas apontarem que há uma tendência em se decidir a favor dos pacientes, isso é reduzido nas varas especializadas, o que demonstra a eficácia de sua criação e mostra que a especialização traz mais qualificação para a demanda e um maior

aprofundamento na matéria pelo juiz. Ainda, a realização de cursos de aperfeiçoamento e a utilização dos Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário [NAT-Jus] para análise das demandas são ferramentas importantes na busca de uma decisão mais técnica e adequada ao caso concreto”.

Além de qualificar a atuação de todos os atores (médicos, advogados, defensores, promotores, gestores e magistrados), trazendo informações e conhecimento técnico, bem como sanar falhas de gestão e vazios assistenciais, tanto na esfera pública quanto na suplementar, Luciana Veiga crê que o mais importante seja abrir um debate coletivo sobre o que deve ser oferecido pelos Sistemas de Saúde, estabelecendo quais os limites. “Esse debate passa por, além do necessário regramento legal ou constitucional, uma maior transparência e legitimidade dos órgãos que tratam da incorporação de novas tecnologias, seja na saúde suplementar ou na saúde pública. Somente com a legitimidade a aceitação desses órgãos se caminhará para uma maior deferência às suas decisões.

## SEGMENTAR É A SOLUÇÃO?

A impossibilidade da venda e aquisição de planos individuais incomoda o mercado de forma geral; com os reajustes, ficou impossível ao beneficiário adquirir o produto e, às operadoras, mantê-los. “Tem que ter metodologia, transparência. Sou a favor de certa flexibilização, desde que esse cálculo seja avaliado com isenção”, afirma Adriano Londres.

Sheila Mittelstaedt concorda que o reajuste imposto pela lei dificultou o cenário: “Um aumento de 14% pode ser mais do que justo para um beneficiário adulto, pelo uso que ele faz do serviço, mas talvez seja aquém para um idoso, que teria que pagar, por exemplo, 80% a mais no ano subsequente para cobrir seu uso. Fica inviável para os dois lados”, afirma.

A coordenadora do GV Saúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas, Ana Maria Malik, avisa: “Não se pode pensar em planos que sejam só baratos. É preciso ver o que eles oferecem de fato”.

A segmentação deveria ser tratada como alternativa – e não segmentar por quantidade, mas por tipo de serviço, de acordo com Adriano Londres. “Porém deve ser uma escolha muito clara, bem comunicada; é preciso que, desde o início, isso fique claro para ele. Sou favorável a criar um produto que caiba no bolso, sem a necessidade de contratar tudo. Plano de saúde não é o SUS; nem o SUS dá direito a tudo, então realmente não acho que o plano tenha que oferecer tudo. Se o caminho é os planos terem menores coberturas, por qual motivo não tratar dentro de uma razoabilidade que não envolva quantidade e que envolva uma definição muito clara de começo, meio e fim?” Ainda, um segundo ponto a discutir seria a incorporação tecnológica, para integrar o que já está disponível no Serviço Público ao Privado.

Sheila Mittelstaedt ressalta que, só em 2018, foram incorporadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS 16 novas tecnologias, que representaram um aumento de R\$ 5,4 bilhões nos custos para as operadoras. Assim, a cobertura mediante o rol faria sentido se previsse o estudo do impacto econômico-financeiro que as novas inclusões causariam à Saúde Suplementar. “Para o SUS, a CONITEC faz esse papel, desenvolve esse estudo, mas a Saúde Privada não tem isso regulamentado, então o rol fica muito inchado. E, como beneficiários, nós temos direito a quase tudo – e se não nos entregam, nós judicializamos”, afirma.

## SEU MÉDICO

Adriano Londres defende o cálculo avaliado por região, até pelas proporções do País. “Devemos respeitar a regionalidade e até a própria demografia. Por que não? Se é uma população mais envelhecida, com certeza a evolução de custo daquele público não é igual à de uma jovem. Precisamos trazer um pouco de inteligência e coerência para a discussão”, diz.

Maria Stella concorda que uma solução seria repensar a metodologia dos reajustes. Hoje, a ANS os define para planos individuais e de forma linear para o Brasil inteiro. “Porém o País é muito desigual, então considerar em reajustes regionais seria uma hipótese”.

Gerente médico da Clinipam, Paulo Poli Neto concorda que existe uma cultura de utilização e organização dos serviços de Saúde que pode dificultar uma melhor gestão sobre os recursos disponíveis e o mais efetivo cuidado às pessoas: “Se olharmos como o próprio SUS se organizou ou o modelo das cooperativas Unimed, veremos uma gestão muito centrada em municípios ou pequenas regiões. No Brasil temos um número muito grande de pequenos hospitais, com menos de 100 leitos, o que impede uma economia de escala mais racional”.

De fato, as operadoras de saúde nascem em grandes centros urbanos; por isso ele acredita que, as que se verticalizam, como fez a Clinipam, criam um modelo mais sustentável no que se refere à distribuição epidemiológica dos problemas de saúde e à oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares. “Acho necessária uma modernização da Lei dos Planos de Saúde em várias frentes; uma delas, para facilitar a interiorização, é a possibilidade de uma oferta mais racional dos serviços de saúde baseada nas grandes regiões. Ainda que existam determinadas especialidades médicas em pequenos municípios [e às vezes formam-se grupos muito fechados a diferentes protocolos clínicos], o maior custo-efetivo para uma operadora poderia ser a organização de serviços baseados na Atenção Primária, na oferta de especialidades e serviços hospitalares nos centros maiores, não necessariamente contíguos à cidade de origem do beneficiário”, defende Poli.

Sheila Mittelstaedt concorda com a regionalização da oferta: “Quanto mais você abre a rede, mais difícil fica o controle da operação. Ao restringir por áreas, você facilita os cuidados, cria uma jornada orientada ao paciente, uma porta de entrada inteligente e a possibilidade de ter um médico para chamar de seu”.

## **PROFISSIONAIS E SERVIÇOS**

Para o gerente médico da Clinipam, outra regra que dificulta muito a assistência à saúde é a da Resolução Normativa 259, do prazo das especialidades. “Muito mais importante do que criar uma regra geral para qualquer situação clínica, de 7

ou 14 dias, é termos um paciente avaliado em no máximo 24 ou 48 horas por um médico de referência, como o da família ou o pediatra geral, e esse profissional, por meio de critérios técnicos, dizer-nos o prazo necessário para esse atendimento. Esse contato entre médico da família [ou APS] e especialidades, aliás, pode muitas vezes ser feito a distância (telemedicina), evitando deslocamentos e custos desnecessários ao beneficiário, outro fator que ajudaria muito na interiorização dos planos”, ressalta.

Ainda que um caminho mais longo, a racionalização dos prestadores de serviços seria uma alternativa, segundo ele: “Se olharmos a distribuição atual dos recursos de Saúde no Brasil, ou seja, médicos, clínicas, hospitais e equipamentos, não faz muito sentido termos uma enorme divisão operacional entre diferentes entidades gestoras [SUS, autogestões, seguradoras, medicinas de grupo e cooperativas]. Racionalizando os profissionais, eles poderiam oferecer atendimento de qualidade a diferentes fontes pagadoras.

Outro ponto levantado por Sheila Mittelstaedt é a questão do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde quando o sistema público atende um paciente levado em caráter de emergência, sem que a operadora seja informada, impossibilitando o acompanhamento do tratamento e até mesmo, se possível, transferi-lo para sua rede própria ou credenciada, abrindo espaço na rede pública para quem não tem plano de saúde. “O problema é que o Sistema Público não é obrigado a comunicar a ocorrência ao plano com agilidade”, lembra.



## **UMA QUESTÃO ALÉM DA LEI**

Ao se discutir a atualização do marco, naturalmente, o foco é sempre o aspecto legal. Porém Adriano Londres afirma que não depositaria todas as fichas só nessa lacuna, pois outras mudanças são necessárias, especialmente de cunho técnico. “Eu vejo isso como um trabalho complementar. O aspecto legal é importante, mas precisamos principalmente mudar a cabeça dos gestores”, provoca.

Para ele, isso seria possível se os gestores da cadeia conseguissem retrair os papéis de maneira a tornar o sistema mais sustentável e fazê-lo crescer de um modo eficiente, sem precisar de lei. “Acho que estamos vivendo um grande repensar do papel dos membros da cadeia. O pagador de contas – leia-se as empresas – está entendendo que precisa se tornar cogestora, com o objetivo de cuidar melhor da saúde do colaborador de forma sustentável. A operadora está repensando o seu papel e avaliando se quer deixar de ser prioritariamente o intermediário financeiro e se tornar o gestor de Saúde. Os planos deveriam ter políticas de Saúde, deveriam ser quase que secretarias de Saúde, no sentido de ter uma visão pública dela.”

### Desta Forma:

O hospital deixaria de apenas tratar doenças para ser um gestor também – e poderia aí ter uma área de intersecção com o plano de saúde, ao deixar de ser um intermediário financeiro e passar a cuidar da gestão da saúde das pessoas;

O corretor precisaria tornar-se um consultor - aquele que só faz agenda estaria com os dias contados;

A indústria de insumos necessitaria participar mais do risco no processo;

E o usuário, o paciente, deveria também ter a sua corresponsabilidade e o cuidado com a sua saúde.

**“No fim do dia, vamos conseguir gerar mais valor para quem paga a conta não coloque a culpa na crise por termos perdido três milhões de beneficiários”, crítica Adriano.**



## UM OLHAR PARA A ODONTOLOGIA



Muitos não se dão conta, mas a Lei 9656/1998 também cobre os planos odontológicos. Até o início da década de 1990, não existia política pública de Saúde Bucal; a primeira surge nessa década, ainda de forma embrionária. Em 2000, foi criado o Brasil Sorridente, Programa Público focado na área; é o início dos planos odontológicos.

A área odontológica vem tendo um forte e constante crescimento nos últimos anos, mesmo com a crise econômica, pois os planos são financeiramente acessíveis à população. “Quando a lei foi criada há 21 anos, havia uma operadora com uma carteira significativa de clientes, mas o restante do mercado era algo muito esparsa, de pouca relevância e com uma taxa de cobertura populacional muito pequena”, lembra Raquel Marimon.

Na opinião da atuária, o setor merece uma regulamentação específica, pois um plano exclusivamente odontológico vive uma realidade bem diferente do plano de assistência médica. “O risco de morte em odontologia é extremamente baixo.

Além disso, não existem procedimentos que custem somas absurdas como os da assistência médica”, exemplifica.

Quando a ANS regula o setor, ela pensa na norma adequada para ele, mas analisa primeiramente as grandes operadoras. Um plano de saúde tem um ticket médio de cerca de R\$ 300, enquanto o do plano odontológico é de R\$ 12, R\$ 15.

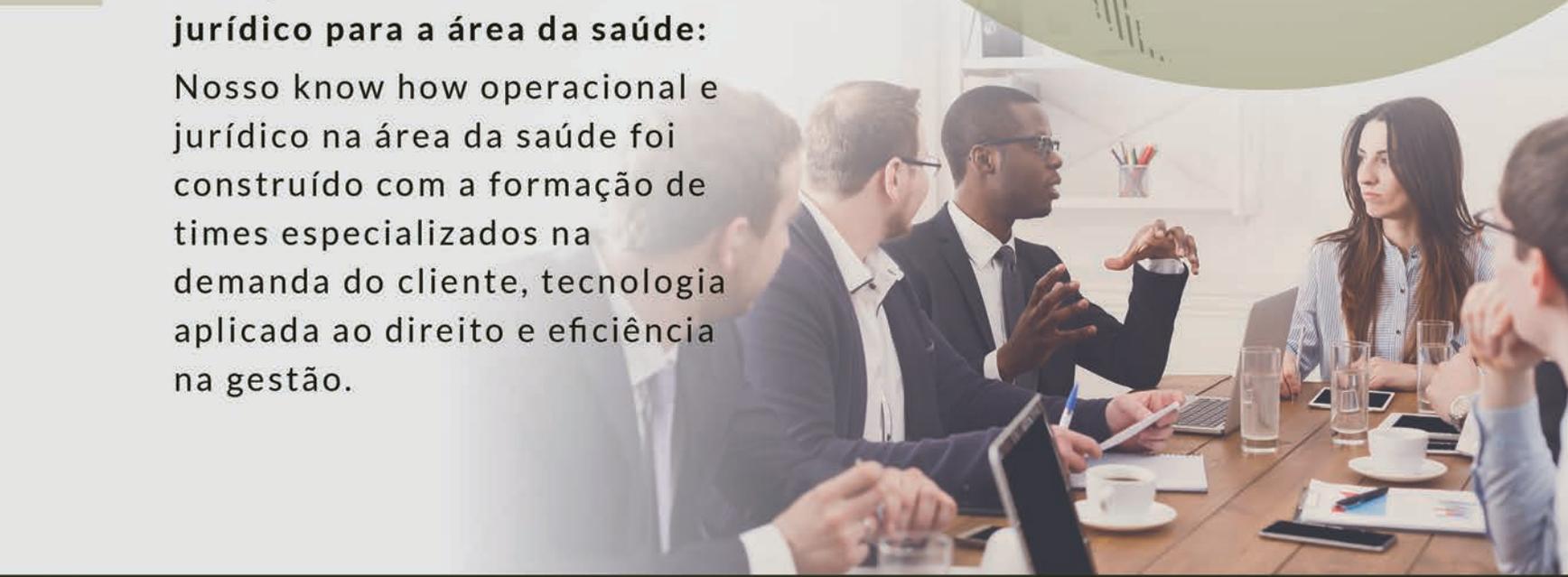
“É muita diferença. Como é possível estabelecer uma multa de mesmo valor para os dois segmentos, sendo que as duas operações são completamente distintas? É uma desproporção regulatória”, analisa a diretora do IBA, ressaltando que o problema é mais facilmente percebido no valor das multas, mas essa desproporção permeia toda a regulamentação infralegal.

Em comunicado, a ANS afirma entender que vem mantendo com as operadoras setoriais um produtivo diálogo para o reconhecimento das especificidades desse segmento, que tem crescido ano a ano e vem demonstrando grande potencial. ■

Há mais de 30 anos, o **Grupo Barcelos** trabalha com soluções jurídicas para demandas de diversos portes com atuação nacional e filiais próprias em todas as capitais.

### Atuação em contencioso jurídico para a área da saúde:

Nosso know how operacional e jurídico na área da saúde foi construído com a formação de times especializados na demanda do cliente, tecnologia aplicada ao direito e eficiência na gestão.



Conhecimento dos tribunais e suas individualidades em todo o país.



Performance e qualidade com uso de business intelligence e soluções digitais.



Painéis online para gestão completa e análise de resultados.



Aceleração de resultados e ganhos com plataforma online de acordos.



Soluções de jurimetria e análise preditiva de dados.



Segurança da informação, gestão de grandes volumes e alinhamentos à LGPD.



Nossas unidades:  
**Belo Horizonte - MG**  
**São Paulo - SP**  
e outras 24 capitais



Fale com o nosso time:  
**(11) 96076.5464**  
[comercial@grupobarcelos.com.br](mailto:comercial@grupobarcelos.com.br)

**GRUPO BARCELOS**  
SERVIÇOS JURÍDICOS  
E RECUPERAÇÃO DE CRÉDITO

# CONSCIENTIZAÇÃO PODE AMPLIAR ODONTOLOGIA

Brasil é líder em número de dentistas, mas busca por consultas ainda é pequena. Diferentemente dos planos de assistência médica, o número de usuários dos produtos odontológicos aumentou nos últimos anos. No entanto, há muito a crescer

O Brasil é o país com mais cirurgiões-dentistas no mundo – os números foram publicados no Atlas Global de Odontologia da Federação Dentária Internacional. De acordo com o levantamento, divulgado em 2009, cerca de 19% dos dentistas estão no País. Naquele momento, a estimativa era de pouco mais de um milhão de dentistas no mundo.

Nos últimos nove anos, o número de cirurgiões-dentistas ativos no Brasil cresceu 49,02%, passando de 219.575 para 327.218, segundo o sistema de cadastro do Conselho Federal de Odontologia (CFO). Em suma, são 642,22 habitantes por dentista no País.

Entretanto, o número de profissionais da área em terras brasileiras ser elevado não significa que boa parte da população tenha acesso aos serviços odontológicos. É fato que a Odontologia tem ganhado mais representatividade

nas políticas públicas de Saúde nos últimos anos, mas a desigualdade ainda é muito grande. Além disso, cerca de 66% dos dentistas trabalham como autônomos, em atendimentos particulares, com um custo que a maior parcela da população não consegue suportar, afastando ainda mais as pessoas da possibilidade de algum tipo de tratamento.

Para se ter uma ideia da desigualdade, 52,67% dos dentistas estão na região Sudeste, sendo que três estados concentram 50,78% deles: 29,17% estão em São Paulo, enquanto Minas Gerais tem 11,66% e o Rio de Janeiro possui 9,95% dos cirurgiões-dentistas do Brasil.

Quando se pensa em operadoras de saúde, dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que houve crescimento no número de usuários que possuem planos

exclusivamente odontológicos no Brasil nos últimos quatro anos, passando de 20.845.243 em dezembro de 2015 para 24.961.132 em julho de 2019. O aumento vai no sentido inverso dos planos de assistência médica, que perderam quase três milhões de beneficiários no mesmo período. Parece muito, mas levando-se em conta a população de 210.147.125, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em agosto deste ano, ainda há muito a crescer.

“No Brasil, temos um tabu que ainda precisa ser vencido, que é o de que a Odontologia é cara e inacessível. É preciso haver uma conscientização sobre a necessidade do cuidado e prevenção odontológicos, além de sua real popularização”, afirma Claudio Aboud, diretor administrativo financeiro do Instituto de Previdência e Assistência Odontológica (Inpao Dental). O plano está presente em todos os estados do

País, realizando cerca de 1 milhão de procedimentos por ano e possui uma carteira de planos empresariais com mais de 1.500 clientes, o que representa por volta de 350 mil beneficiários.

Para Alessandro Pimenta, gerente comercial da Prima Vida Odontologia de Grupo, que atua no Rio de Janeiro, um dos problemas vem de quem produz as vendas, ou seja, das corretoras e consultorias: “Não existe foco na comercialização de produtos odontológicos, pois seu ticket médio é inferior ao do plano médico, o que dificulta o investimento em divulgação dos serviços”.



FALCÃO JUNIOR

“Ampliamos nossas parcerias com varejistas e instituições financeiras e passamos a oferecer novas plataformas de compras aos clientes. Além disso, é importante ressaltar a venda *cross sell* de carteiras das operadoras, oferecendo planos odontológicos para quem só possui planos médicos, além do direcionamento que o setor tem realizado com foco nas empresas de pequeno porte”

**JAQUELINE SENA**  
Superintendente do Hapvida+Odonto

Superintendente do Hapvida+Odonto, terceiro maior plano odontológico do Brasil, com mais de 1,6 milhão de clientes, Jaqueline Sena entende como extremamente importante o aumento dos canais de comercialização das operadoras. “Ampliamos nossas parcerias com varejistas e instituições financeiras, ganhando ainda mais capilaridade de distribuição, assim como passamos a oferecer novas plataformas de compras aos clientes. Além disso, é importante ressaltar a venda *cross sell* de carteiras das operadoras, oferecendo planos odontológicos para quem só possui planos médicos, além do direcionamento que o setor tem realizado com foco nas empresas de pequeno porte”, explica.

Mas afinal, são poucos os profissionais de Odontologia que aderem aos planos? E que vantagens têm ao aceitá-los em suas consultas e tratamentos? Segundo

Alessandro Pimenta, grande parte dos profissionais odontólogos credencia-se às operadoras e boa parcela da receita dos consultórios dentários vem dos planos dentais.

É preciso salientar a importância do plano odontológico para as clínicas odontológicas. “Um dos diferenciais é o aumento do fluxo de atendimento no consultório, tanto por beneficiários quanto por suas indicações”, comenta. “Além disso, garantimos o recebimento de todos os procedimentos realizados”, acrescenta Claudio Aboud.

Outro destaque das operadoras que facilitam o trabalho dos credenciados é o Guia de Tratamento Odontológico Online. A ferramenta valida regras no momento do negócio (cobertura do plano, elegibilidade do beneficiário, etc.), evitando que o credenciado receba glosas administrativas. Com

isso, ele sabe, no próprio consultório, quais procedimentos pode realizar em cada paciente, descartando a necessidade de conhecimento de manuais de atendimento ou regras de negócio em função da parametrização do guia. “O fluxo de pacientes é uma constante para o dentista credenciado e, conseqüentemente, aumenta o faturamento do profissional com o atendimento aos clientes, fortalecendo a parceria e, principalmente, permitindo um maior controle de consultas para os pacientes”, enfatiza Jaqueline Sena.

Outra oportunidade que os cirurgiões-dentistas têm em seus atendimentos é a possibilidade de oferecer aos beneficiários de planos odontológicos a realização de procedimentos não cobertos pelo rol mínimo regulamentado pela ANS, tendo em vista a confiança que o paciente já adquiriu com o profissional.



DIVULGAÇÃO

“No Brasil, temos um tabu que ainda precisa ser vencido, que é o de que a Odontologia é cara e inacessível. É preciso haver uma conscientização sobre a necessidade do cuidado e prevenção odontológicos, além de sua real popularização ”

**CLAUDIO LUIZ MARTINS ABOUD**  
Diretor administrativo financeiro do Instituto de Previdência e Assistência Odontológica - INPAO Dental

## AÇÕES PREVENTIVAS E ATENDIMENTO DIFERENCIADO

Os dentes têm uma grande importância nas relações sociais e na apresentação pessoal diante dos demais indivíduos, sendo considerados por muitos a “porta de entrada” de cada pessoa em uma relação. Uma boa aparência dentária influencia diretamente quando se procura um emprego ou se está em busca de um relacionamento, por exemplo. Ao conhecer alguém sem ter qualquer informação prévia a respeito, é natural, em um primeiro momento, analisar sua aparência e conduta para saber como agir da melhor maneira naquela situação. Isso leva a uma preocupação em preservar a imagem e guardar a autoestima ao interagir com os demais.

Levando-se em consideração toda a questão social envolvida, quando se pensa exclusivamente no paciente, é mesmo vantajoso ter um plano dental? O gerente comercial da Prima Vida resume: “O beneficiário passa a ter acesso a um serviço de saúde, que ainda custa muito caro para grande parte dos brasileiros”.

Claudio Aboud explica algumas diferenças entre a utilização de um plano e o tratamento com dentistas particulares. “Quando um paciente vai a um dentista particular, verifica apenas se o que o profissional propôs está dentro de seus recursos financeiros,

pois não tem conhecimento técnico para analisar se o procedimento realmente é adequado à sua necessidade. Em contrapartida, o beneficiário de um plano odontológico tem uma equipe de auditores internos [cirurgiões-dentistas] que avaliam se o que é solicitado é realmente adequado tecnicamente, o que se trata de um grande benefício.”

O diretor administrativo financeiro do Inpaio Dental adiciona que também são realizadas ações preventivas, como limpeza e aplicação de flúor, além das curativas (restaurações, cirurgias, próteses e colocação de aparelhos ortodônticos, entre outras). Além disso, por ter uma rede credenciada, a operadora disponibiliza todo o apoio ao beneficiário, caso ele tenha algum desconforto ou dificuldade, e faz auditoria da rede para garantir o melhor atendimento aos pacientes.

As restaurações também são oferecidas pela Hapvida+Odonto, que, dentre outros serviços, disponibiliza tratamento de canais e exames histopatológicos. O cliente tem, ainda, a possibilidade de fazer, em caráter de urgência, tratamentos como curativos, controle de hemorragias, drenagem de abscessos, fraturas dentárias, reimplantes de dentes avulsionados e demais procedimentos que amenizem sua dor.

# É PRECISO MELHORAR

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicada pelo IBGE em 2015, expôs alguns dos principais desafios a serem enfrentados no País. Os dados apontam que a saúde bucal está longe de ser prioridade por parte dos brasileiros, seja por questões financeiras ou simplesmente pela falta de hábito. Um exemplo disso é que em torno de 55,6% da população não se consultam com o cirurgião-dentista anualmente. A recomendação dos profissionais é que isso aconteça a cada semestre. A pior situação ocorre nas regiões Norte e Nordeste, onde, respectivamente, 65,6% e 62,5% da população

não se examinam com esse profissional todo ano. Outro dado relevante da pesquisa é que 11% das pessoas entre 18 e 59 anos perderam todos os dentes, enquanto o índice é de 41,5% para quem estava acima dos 60 anos.

Além da má distribuição geográfica, ainda mais se considerado o número de cirurgiões-dentistas no Brasil, algumas áreas de tratamento são pouco exploradas, como os do mau hálito e da boca seca – e ambos possuem alta demanda de pacientes. ■

## 55,6%

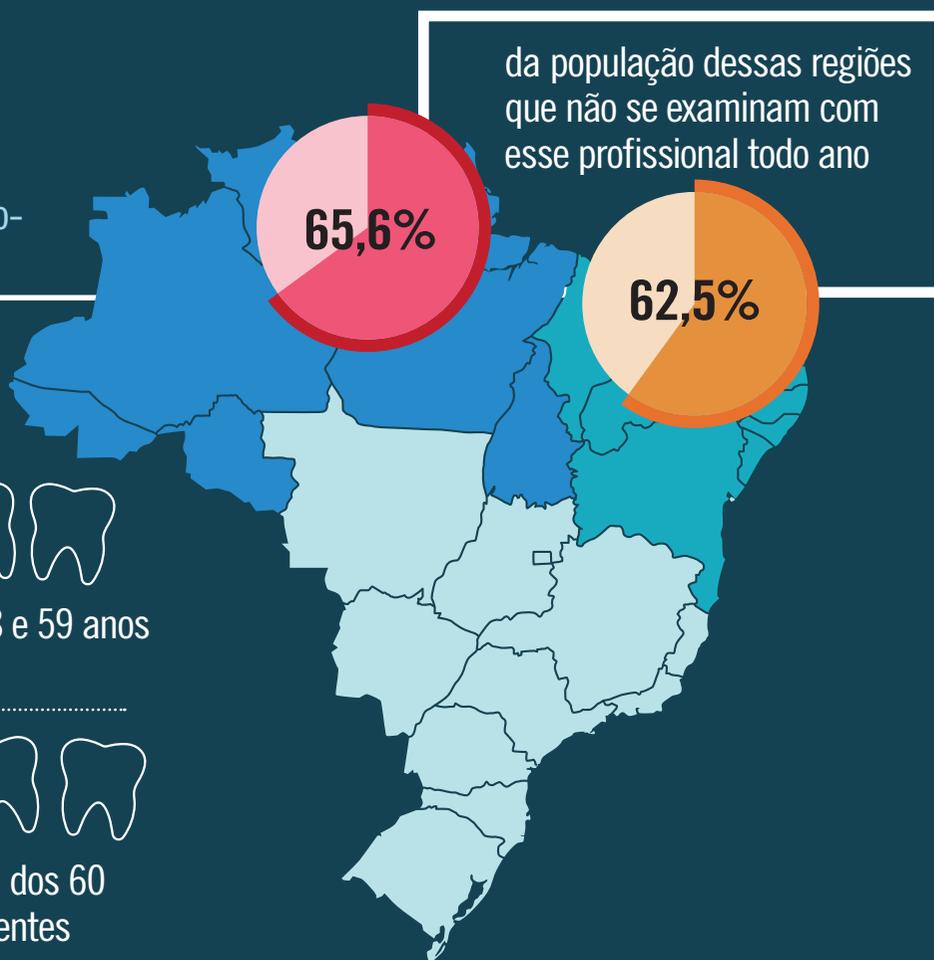
da população **NÃO** se consultam com o cirurgião-dentista anualmente



11% das pessoas entre 18 e 59 anos perderam todos os dentes



41,5% das pessoas acima dos 60 anos perderam todos os dentes



# OPORTU NIDADE

# OPORTU NISMO

FALTAM ESCLARECIMENTOS SOBRE COMO FUNCIONAM AS CLÍNICAS POPULARES E OS CARTÕES DE DESCONTO E O QUE, DE FATO, COBREM

“Cansado de esperar na fila do SUS?”, “Sua saúde vale muito! Cuidar dela agora custa pouco”, “Excelentes médicos por um preço que cabe no seu bolso”, “Um novo jeito de se cuidar com qualidade, rapidez, praticidade e, ainda, de forma acessível”. Esses são alguns casos de como clínicas tidas como populares e empresas de cartões de desconto vendem seus produtos na internet. A ideia de oferecer um custo mais baixo parece interessante em um primeiro momento, mas até que ponto isso realmente vale a pena para os pacientes?

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) afirma que não acompanha o trabalho das chamadas clínicas populares, visto que não comercializam planos de saúde, mas atua junto ao consumidor no sentido de evitar qualquer mal-entendido, esclarecendo as diferenças entre os dois produtos. “É importante frisar que as clínicas médicas de baixo custo, bem como, os cartões pré-pago e de desconto para serviços de saúde, eventualmente oferecidos, não são regulados pela ANS. Esses serviços não estão previstos na lei dos planos de saúde e, portanto, possuem características distintas às dos convênios: não oferecem garantias como o atendimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; não são obrigados a atender nos prazos máximos de atendimento estipulados pela ANS e não garantem o acesso ilimitado

aos serviços que devem ser oferecidos obrigatoriamente pelos planos de saúde”, esclarece a Agência.

“O cartão de descontos constitui-se numa prática, paralela ao Sistema Suplementar de Saúde, de corretagem de serviços de assistência à saúde, claramente antiética, com renda certa para o intermediário que não tem custos e nem riscos. Vende ao cidadão descontos que não são concedidos por ele, ou garante ao indivíduo um preço abaixo do mercado que não é praticado por ele”, critica Salomão Rodrigues, coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina (CFM). O conselheiro destaca que o cartão é camuflado com nomes pomposos: cartão de desconto, cartão fidelidade, cartão saúde, cartão família, cartão do assinante, cartão de benefício, cartão de vantagem e cartão parceria, entre outros.

Sobre as clínicas populares, Salomão também faz uma análise negativa: “São caracterizadas como empresas intermediárias que exploram o trabalho do médico. Os custos de procedimentos mais complexos decorrentes do atendimento correm integralmente por conta do paciente”. De acordo com o conselheiro do CFM, tanto os cartões de desconto quanto as clínicas populares passam para o cidadão a ideia de tratar-se de uma operadora de plano de saúde, o que, na realidade, não são: “Os anúncios

publicitários oferecem o que não vão cumprir: consultas, exames e outros procedimentos sem carência, mensalidade e limite de idade. Na verdade, oferecem tudo o que o paciente vai pagar”.

Um fato relevante é que, segundo números da ANS, embora seja constatada certa estabilidade nos últimos dois anos, os planos de saúde perderam mais de 3 milhões de usuários, passando de 50,5 milhões em meados de 2015 para 47,1 milhões no último mês de junho. Os números indicam uma migração das pessoas para o já combatido sistema público de saúde, que devido a demora na prestação de serviços, procuram apoio em clínicas populares e cartões de desconto.

A Nipomed possui cerca de 150 mil associados com a oferta de um produto cuja característica é a *assistência médica por credenciamento*. “Estamos ajustando o nosso modelo de atendimento para mantermos a qualidade oferecida aos nossos usuários”, enfatiza Celso Kokubu, diretor de desenvolvimento da empresa.

Outra rede é a Clínica Fares que, de janeiro a agosto de 2019, registrou um acréscimo no número de atendimentos de 8% ao mês. “O desemprego, especificamente a perda do emprego formal, que tira do colaborador a possibilidade de acesso a um plano médico-hospitalar, contribuiu para o aumento da nossa carteira, afirma Marcelo Abrahão, CEO da Clínica.

A agência reguladora afirma que a influência da conjuntura econômica é mesmo muito grande no setor de planos de saúde, isto porque o comportamento e a expansão deste mercado estão

vinculados às empresas privadas, que oferecem planos de saúde coletivos para seus funcionários, e ao poder de compra dos cidadãos. “É natural, portanto, que a situação econômico-financeira e o crescimento ou queda da empregabilidade no País influenciem empresas e consumidores, que, diante da perda de emprego e do benefício do plano de saúde, recorrem à Saúde Pública e à Saúde Privada”, diz a ANS.

“Cartões de desconto e clínicas populares iludem os pacientes, mas não trazem solução. Esse grupo de pessoas terá que usar os serviços oferecidos pelo SUS até que a crise econômica seja superada e o emprego aumente”, afirma Salomão. O conselheiro do CFM acredita que uma relação que some forças entre operadoras e beneficiários de planos de saúde, além dos prestadores de serviços certamente vai favorecer o equilíbrio do sistema e torná-lo mais atraente para o usuário: “É necessária a regulamentação do funcionamento de clínicas populares e cartões de descontos de forma a dar ao médico melhor remuneração e ao paciente segurança”.

## CONCORRÊNCIA

Segundo Rogerio Medeiros, coordenador nacional da Rede Saúde Filantrópica, que pertence à Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), os cartões de desconto estão se tornando concorrentes das Santas Casas, do SUS, e sem supervisão e garantia. Ele os considera, atualmente, a melhor ferramenta para o acesso a uma assistência médica



“O cartão de descontos constitui-se numa prática, paralela ao Sistema Suplementar de Saúde, de corretagem de serviços de assistência à saúde, claramente antiética, com renda certa para o intermediário que não tem custos e nem riscos.”

**SALOMÃO RODRIGUES**  
Coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina (CFM)

rápida: “Para o que é básico, eles resolvem bem, por isso as clínicas populares estão tendo sucesso: é útil para uma dor de cabeça, um resfriado ou uma pequena pneumonia”. No entanto, acredita ser um serviço incompleto: “Muitas vezes, não ajuda no processo de continuidade do tratamento. Por exemplo, o paciente consegue fazer uma consulta e descobrir a necessidade de um procedimento cirúrgico, mas como a continuidade não existe, a pessoa volta para o final da fila do SUS”.

A questão da falta de continuidade é um tema bastante polêmico, já que gera perda financeira e de tempo. Na forma como funciona o SUS hoje, um paciente que é atendido fora dele e busca realizar o procedimento terapêutico em serviço público, custeado pelo Sistema, recomeça todo o processo, realizando novamente todos os exames. “Isso implica em desperdício e ‘joga para cima’ os custos do sistema”, explica o conselheiro do CFM. Segundo Salomão, a solução está no Prontuário Único Nacional: “Trará importante economia, coibindo as despesas com a realização repetida e desnecessária de exames. O melhor caminho, até a superação da crise, é um programa governamental de estímulo às empresas que assumirem a assistência à saúde de seus colaboradores”.

“A fragmentação dos cuidados leva à sobrecarga, ao retrabalho e aumento de custos para toda a cadeia de Saúde, e o mais grave: o paciente pode não ter suas reais necessidades de saúde atendidas. Essa integração só será possível por meio do uso intensivo de tecnologia que

permita o compartilhamento de dados entre todos os elos do cuidado”, afirma Gentil Jorge Alves Junior, diretor de Relações com o Mercado da Amparo Saúde, clínica com foco na atenção primária e que tem forte atuação do médico da família.

## REGRAS DA ANS DEVEM SER RESPEITADAS, MAS NOVAS OPÇÕES PRECISAM SER CRIADAS

Rogério Medeiros informa que cerca de 300 hospitais filantrópicos têm interesse em oferecer planos de saúde para equilibrar os custos, mas a regulação e, em particular, o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, exigem uma cobertura muito ampla, o que dificulta o processo.

A CMB vem discutindo com a ANS um mecanismo de flexibilização do sistema. Um exemplo: em uma cidade com cerca de 50 mil habitantes, o que um paciente de uma Santa Casa muitas vezes deseja é um plano básico para fazer uma consulta ou um exame, e ter um atendimento sem, necessariamente, ficar na fila do SUS. Nessa Santa Casa, pode haver um neurologista que não atende pelo SUS e se o paciente precisar de um atendimento SUS de Neurologia, será necessário ir à cidade vizinha.

“Se ele tivesse um plano básico, poderia ter sua necessidade resolvida. Entretanto, caso a CMB abrisse um

plano naquela Santa Casa, seria preciso oferecer cobertura de tudo, inclusive Oncologia e transplante, o que deixaria muito caro para ela arcar com os custos. Por esse motivo, as Santas Casas não têm conseguido desenvolver um plano de saúde que dê conta de responder a essa demanda, única e exclusivamente por esse processo de como ela faz para bancar isso, porque não tem esse dinheiro. E vale lembrar que não há interesse em lucrar com a situação, mas em cobrir aquilo que não é repassado pelo SUS”, explica o coordenador da Rede Saúde Filantrópica. Ele afirma que as Santas Casas são as principais fornecedoras e parceiras do SUS, cujo valor da Tabela de Procedimentos Unificada está defasado há muitos anos.

Para o diretor da Amparo, a flexibilização do modelo de planos de saúde pode contribuir para levar a saúde suplementar a uma parcela da população que hoje está desassistida e ajudar a desafogar o SUS. Além disso, lembra que os planos empresariais, que atualmente têm uma representatividade de aproximadamente 70% das carteiras das operadoras, também procuram alternativas. “Cada vez mais vemos os RHs das empresas buscando soluções personalizadas. O uso intensivo de tecnologia permitirá a criação de políticas de RH e ações preventivas em locais onde for identificado maior risco de a população manifestar as doenças”, destaca.

Gentil afirma que diversas empresas da área da saúde já têm ações muito bem customizadas para demandas de suas populações: investindo em atendimento primário, montando estruturas de



atendimento em ambulatorios próprios e fazendo a gestão de dados da saúde dos funcionários. “A possibilidade de contratações modulares pode facilitar esse processo, permitindo eventualmente às fontes pagadoras a contratação de serviços médicos diretamente de redes moduladas conforme as necessidades dos empregados e, por exemplo, contratando planos somente para internações e procedimentos médicos de alto custo. E aqui novamente o uso de tecnologia que permita uma medicina mais preditiva se torna uma ferramenta vital para as empresas. Esse é um movimento que vem ganhando força no mercado americano e essa deve ser uma tendência no Brasil para os próximos anos”.

O CEO da Clínica Fares acredita que haja mercado para todos aqueles que prestam serviços de qualidade. No entanto, faz algumas ressalvas. “Hoje, é fundamental que todos os participantes dessa cadeia entendam que é necessário um novo modelo de negócio para o setor, que contemple

a todos, pois não acreditamos na segmentação da saúde a partir do preço. Por isso, não nos consideramos uma clínica popular. Somos uma empresa que oferece serviços de saúde humanizado, com foco na jornada do paciente, ou seja, queremos que ele deixe nossas instalações com o problema resolvido”, explica o executivo, enfatizando que o modelo atual é fora da realidade da maioria da população brasileira e todos acabam sofrendo as consequências disso.

De acordo com Celso Kokubo, a Nipomed, em seu modelo, busca sempre viabilizar com a sua rede de parceiros o acesso, a qualidade e a segurança aos usuários. “Temos consciência de que a saúde é uma necessidade social que suplanta a questão mercadológica”, exalta.

“Se analisarmos a origem da Lei dos Planos de Saúde [9656/98], veremos que ela precisa passar por uma renovação, porque o mercado e o mundo evoluíram muito, mas a regulação dos planos, não”, finaliza o coordenador da CMB. ■



“Se analisarmos a origem da Lei dos Planos de Saúde [9656/98], veremos que ela precisa passar por uma renovação, porque o mercado e o mundo evoluíram muito, mas a regulação dos planos, não”

**ROGERIO MEDEIROS**  
Coordenador nacional da Rede  
Saúde Filantrópica

# ABRAMGE REGISTRA GOVERNANÇA CORPORATIVA EM MANUAL



O Sistema Abramge/Sinamge/Sinog apresenta mais uma edição da série “Manual de Orientação”, publicação que objetiva auxiliar as operadoras de planos de saúde associadas na implantação e ou implementação de processos internos que atendam às normas e regras do setor de Saúde Suplementar.

A demanda por materiais orientativos que alcancem a todas as operadoras associadas foi identificada a partir de dúvidas e solicitações enviadas pelas próprias empresas, bem como, a necessidade de uniformizar entendimentos. A partir daí o Sistema Abramge/Sinamge/Sinog resolveu consolidar todo o material referente às novas normas e transpor regras para um conteúdo orientativo.

O tema desta edição é a Resolução Normativa (RN) nº 443 que prevê a adoção de práticas mínimas de Governança Corporativa para as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, com o objetivo de assegurar a estabilidade financeira das empresas e a continuidade dos seus serviços.

## ANS OFICIALIZA RESOLUÇÃO COM FOCO NO TEMA

Em 25 de janeiro deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a RN nº 443, que dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde.

Antes dessa edição, a Agência aplicou um questionário de risco, respondido pelas operadoras, com o objetivo de identificar qual era o nível de maturidade das governanças reguladas no mercado de Saúde Suplementar. Os resultados mostraram que a maioria das operadoras tinha problemas relacionados à gestão. Dentre os índices identificados pela enquete estavam:



Diante desse cenário, o tema ganhou importância dentro da ANS, que passou a tratar o assunto em uma Comissão Permanente de Solvência, iniciando assim a formatação da RN 443 que trata de governança corporativa com ênfase em controles internos e gestão de riscos.

A RN dispõe sobre a adoção das práticas mínimas de governança corporativa, tanto para a operadora de assistência médica quanto odontológica de médio e grande portes, assim como, para as administradoras de benefícios. Seu principal objetivo é reduzir o risco de solvência das operadoras e tentar garantir uma estabilidade financeira por meio das práticas de governança corporativa e *compliance* que a ANS descreve dentro de todos os requisitos.

A norma busca evitar que as operadoras de planos de saúde sejam interrompidas por problemas financeiros ou por má gestão de seus riscos ou, ainda, pela corrupção que pode ser envolvida em seus processos. Tenta evitar também que essas intercorrências comprometam o sistema de saúde e prejudiquem os beneficiários, garantindo a assistência e o atendimento.

A implementação da governança visa a alcançar um equilíbrio por meio de controles internos e gestão de riscos minimamente descritos na resolução, que passa a instituir a apresentação de um relatório previamente acordado, que deve ser apresentado à ANS a partir de 2023 em relação ao exercício de 2022, e também deve ser elaborado por auditor independente. A partir daí, pode-se obter a aprovação de modelos próprios de capital baseado em risco com a possibilidade de reduzir o lastro financeiro. A norma também fala sobre o programa de integridade – a operadora tem de estar em estado de conformidade com normas internas e externas, no que diz respeito às leis e regulamentações específicas.

A prática do compliance deve representar uma cultura empresarial, de forma a engajar que todos os colaboradores gerem fortalecimento da marca e da organização. O compliance tenta criar um ambiente propício para a prática da ética – ética e valores morais são muito importantes e um grande desafio para as organizações atualmente.

Para que todos os envolvidos tenham visibilidade das práticas da estrutura da governança e dos controles internos, a RN traz a adoção de um conjunto de disciplinas de integridade para identificação, a fim de evitar e tratar qualquer não conformidade que possa ocorrer na operadora. De acordo com a RN, processos e políticas têm que estar formalizadas com a estrutura de cada operadora e com a instância máxima de governança corporativa de cada uma. A responsabilidade pela implementação e monitoramento dessas práticas do programa de integridade como também da governança como um todo – controles internos e gestão de riscos – está, assim, apoiada nos administradores da operadora.

## A NORMA ESTÁ APOIADA EM QUATRO PRINCÍPIOS:



### A EQUIDADE

o princípio que vincula o tratamento imparcial de todas as partes, respeitando a igualdade de direitos;



### A PRESTAÇÃO DE CONTAS

as operações da operadora devem ser claras, concisas, compreensíveis e relativas à responsabilidade das decisões e suas consequências, que devem ser assumidas pelos administradores. Também abrange os aspectos de diligência quanto às ações ou omissões no escopo das atribuições da operadora;



### A TRANSPARÊNCIA

que prevê que a organização deve divulgar as informações da operadora aos envolvidos e à sociedade, ou seja, é a transparência da comunicação;



### A RESPONSABILIDADE CORPORATIVA

a ação da operadora deve ser condizente com seu papel social, zelando pela estabilidade econômico-financeira e também levando em consideração o aspecto intelectual, humano, social e ambiental no curto, médio e longo prazos.

## OS PASSOS PARA ESTRUTURAR UMA GOVERNANÇA CORPORATIVA

São oito os passos essenciais para a operadora estruturar uma governança corporativa, de acordo com o que define a RN443



ADOBESTOCK

1

Estabelecer um conselho de administração ou equivalente atuante;

2

A operadora deve elaborar uma política de gestão de riscos;

3

Implantar uma cultura de gestão de risco, abrangendo cinco tipos de riscos de que trata a RN – subscrição, crédito, mercado, legal e operacional;

4

Definir quais os canais de comunicação interna irão utilizar – TV corporativa, e-mail, jornais, intranet, portal;

5

Implantar auditoria interna;

6

Implantar e documentar um manual de conduta ética e todos os colaboradores, prestadores e beneficiários devem ter ciência desse manual;

7

Acompanhar a análise econômico-financeira de forma periódica para que a ANS entenda que ela está acompanhando esses dados, garantindo sua perenidade e mostrando que sabe atuar onde problemas estão ocorrendo;

8

Evidenciar as práticas de gestão de risco em relatório próprio, ou seja, mais do que evidenciar, é necessário monitorá-los e saber quais foram assumidos e em quais irá atuar, delegando-os para as áreas corretas e propor planos de contingência e ação para tratar o caso. ■



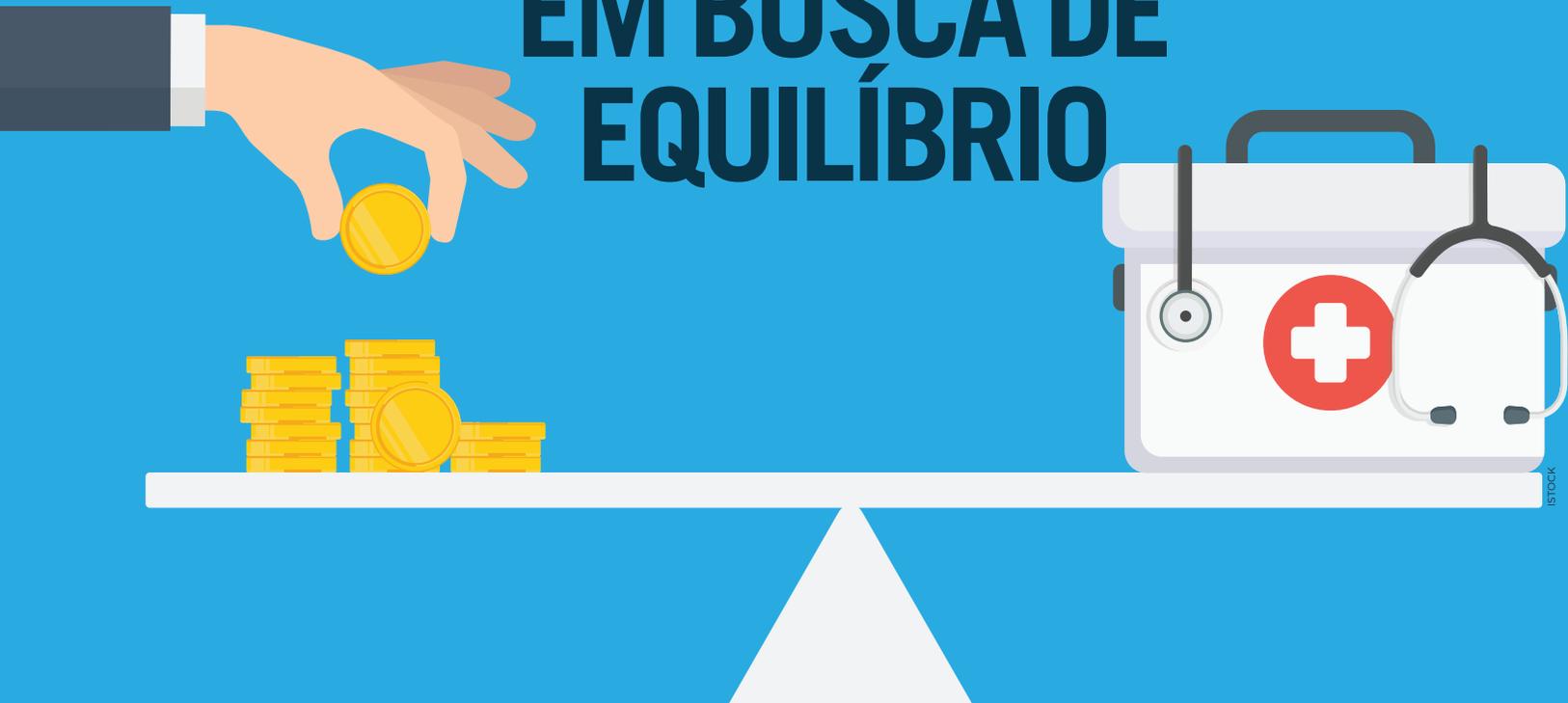
# EXPERIÊNCIA, TALENTO E SOLUÇÕES ESTRATÉGICAS DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE SUPLEMENTAR.

- Governança e Compliance
- Regulatório
- Estrutura e Gestão
- Planejamento e Soluções Financeiras
- Contratos
- Consultivo
- Contencioso Judicial e Administrativo
- Tributário
- LGPD, Direito Digital e Inovação



**RAEFFRAY BRUGIONI**  
ADVOGADOS

# EM BUSCA DE EQUILÍBRIO



A Saúde brasileira precisa de prevenção e educação, além de mais sinergia entre os sistemas público e privado.

Do 24º Congresso Abramge e 15º Congresso Sinog realizado em agosto, em São Paulo, como acompanhar as transformações de um setor dinâmico como o da Saúde? “Este tem sido um ano de muitas novidades. O atual cenário político está sendo um desafio para todos nós e o econômico também passa por importantes reestruturações, como as reformas da previdência e tributária, que acelerarão o crescimento do Brasil e impactarão diretamente a Saúde Suplementar. Nossa expectativa é positiva e continuamos acreditando na superação dos nossos desafios”, discursou durante a abertura Reinaldo Camargo Scheibe, presidente da Abramge.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua integração com a Saúde Suplementar foram assuntos abordados por Luiz Henrique Mandetta e Drauzio Varella – enquanto o primeiro falou como atual administrador do SUS, o segundo levou aos participantes sua experiência de 50 anos de Medicina

no Brasil. Além de médico e pesquisador, Drauzio é escritor e apresentador de série de temas médicos no programa *Fantástico*, da TV Globo.

Considerado por Drauzio como a maior revolução da história da Medicina brasileira, já que nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou oferecer saúde a todos, é consenso que o SUS seja preservado. Para isso, os únicos caminhos são a atenção primária, integrando ações preventivas e curativas, bem como, a atenção a indivíduos e comunidades. “É preciso conhecer o paciente e, então, ter uma abordagem antes dele desenvolver a doença. Do modo como está, esse sistema vai falir. Se acabar o dinheiro do SUS, ele para de atender. Já a Saúde Suplementar não tem essa possibilidade”, opinou Drauzio Varella.

A crise econômica sobrecarregou ainda mais o SUS, que responde atualmente por 83% dos atendimentos da Saúde no Brasil.

Outro fator preponderante para a elevação do número de atendimentos em saúde foi o envelhecimento da população nos últimos 50 anos. Hoje, a expectativa de vida no País é de 76 anos, sendo 72 para os homens e 80 para as mulheres. Esse envelhecimento tem um custo considerável, especialmente no caso do povo brasileiro, que envelhece mal, com obesidade, diabetes, hipertensão (aos 60 anos, metade da população é hipertensa) e todas as complicações decorrentes. Drauzio argumentou que essas doenças se tornaram tão comuns, que muitos acreditam serem esperadas ou até mesmo intrínsecas aos idosos do Brasil.

Além disso, há a questão da baixa renda, que não permite a contratação de um plano privado. “O sistema de reajuste praticamente desconstrói a lógica do que o indivíduo pode adquirir. Não é possível que não consigamos encontrar uma forma de o cidadão contratar (um plano de saúde) a um valor que também fique justo para o contratante”, criticou Luiz Henrique Mandetta.

Por outro lado, é importante lembrar que, em função da tecnologia (cumulativa), o aumento de preços na área da saúde é sempre progressivo. No fim das contas, gera-se um perigoso sistema de todos contra todos: a população acha que a Saúde Suplementar é um mercado altamente lucrativo, pois os planos não têm valores baixos, e os reajustes são sempre significativos, e com isso acabam utilizando o sistema mais do que o necessário. Os médicos sentem que são mal remunerados e pedem mais exames, mesmo quando é possível resolver o problema clinicamente,



para mostrar atenção e cuidado. Na terceira ponta, estão as operadoras, que não conseguem arcar com os elevados custos de tantos exames e consultas desnecessários.

Essa maior conscientização, tanto por parte dos profissionais da área da saúde quanto da população, se faz essencial para uma melhora de todo o sistema. “Saúde, em primeiro lugar, é um dever do cidadão, porque

quando ele fica doente, quem paga o tratamento é a sociedade”, lembrou Drauzio Varella.

Mandetta deixou as portas do Ministério da Saúde abertas para diálogo com as operadoras.

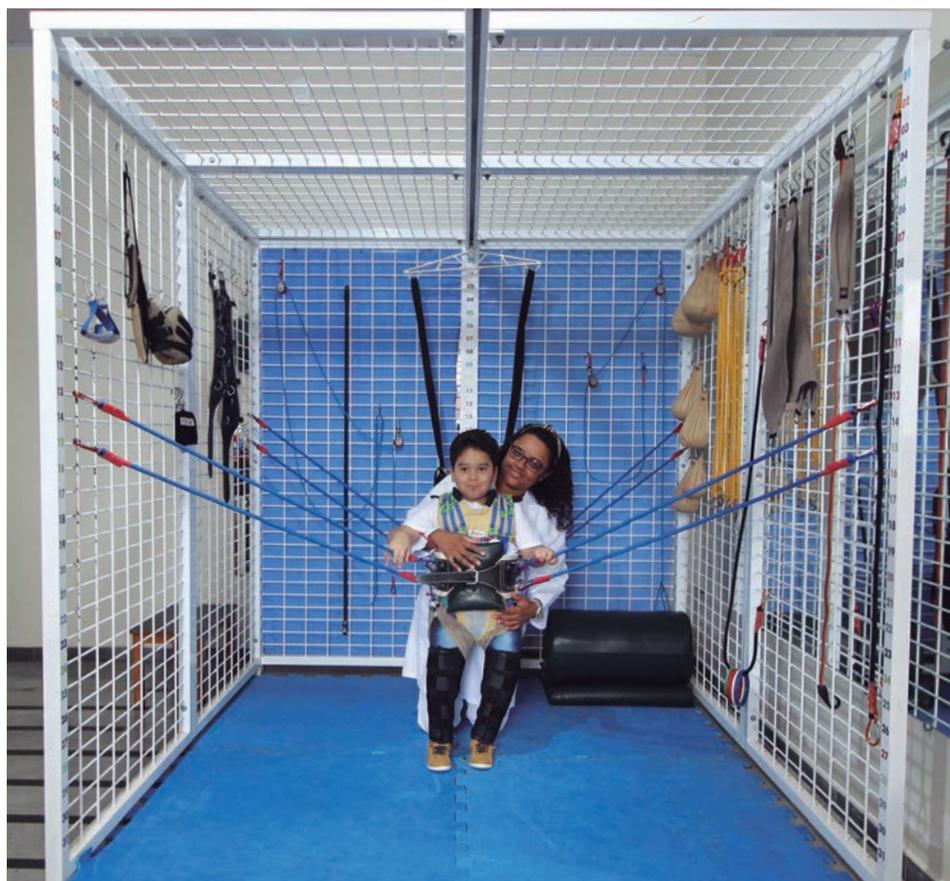
Ele lembrou que esse deixou de ser um mercado totalmente desregulamentado para outro com uma agência reguladora e um rol de procedimentos. ■

## OPERADORA AUXILIA CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS

*Método PediaSuit* foca o desenvolvimento motor, reforço muscular, resistência, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora

Em um mercado competitivo como o das operadoras de planos médico-hospitalares, oferecer opções que diferenciem um serviço dos demais é algo muito importante na busca de novos clientes e na fidelização de quem já utiliza o plano. Um dos exemplos dessa atuação é o da operadora Sermed Saúde, que disponibiliza, em sua Unidade de Prevenção e Reabilitação na cidade de Sertãozinho, interior de São Paulo, atendimento com o método *PediaSuit*, terapia intensiva com uma abordagem holística para o tratamento de crianças com distúrbios neurológicos como paralisia cerebral, atrasos no desenvolvimento, lesões cerebrais traumáticas, autismo e outras condições que afetam funções motoras e/ou cognitivas.

O método passou a ser disponibilizado pela operadora em fevereiro de 2014, graças à demanda de um de seus



A fisioterapeuta Ana Paula Cândido e o paciente Luís Gustavo Souza Magalhães durante tratamento do *PediaSuit* na Sermed Sertãozinho

beneficiários. Desde então, tem trazido resultados positivos, já que as crianças tratadas passaram a ter melhor controle de cabeça e tronco, aumento da força muscular e do equilíbrio, além de desenvolvimento e aprimoramento da marcha. Na fisioterapia convencional, tais ganhos seriam mais difíceis e levariam muito mais tempo para serem atingidos.

“A Sermed foi buscar informações sobre o método, pois pouco se sabia a respeito dele e eram raros os profissionais que ofereciam o serviço no interior de São Paulo. Após obtermos conhecimento sobre os valiosos

ganhos para os pacientes submetidos ao *PediaSuit*, investimos no traje ortopédico-terapêutico e nas gaiolas funcionais, assim como qualificamos nossos profissionais”, explica Rodrigo Mafra, gerente de Negócios da operadora. O uso do traje combinado com o protocolo de terapia intensiva foca o desenvolvimento motor, reforço muscular, resistência, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora.

O traje para realizar o *PediaSuit* é composto por chapéu, colete, calção, joelheiras e calçados adaptados com ganchos e cordas elásticas que ajudam no posicionamento do corpo

em uma disposição física apropriada, tendo como conceito básico criar uma unidade de suporte para alinhar o corpo o mais próximo possível do normal, restabelecendo a postura correta e a descarga de peso que são essenciais para a normalização do tônus muscular e das funções sensorial e vestibular. As bandas elásticas são ajustáveis, o que significa que se pode aplicar no esqueleto axial – no conjunto de ossos do corpo – uma descarga de 15 a 40 quilos.

Já as gaiolas funcionais são de dois tipos: a do macaco e a da aranha. A primeira é feita de metal tridimensional rígido com polias metálicas, que são arranjadas para alongar e fortalecer os grupos musculares. Na segunda, o paciente, por meio de cabos elásticos, pode realizar transferência de peso, saltar e ajoelhar-se.

É fundamental destacar que o *PediaSuit* é realizado por profissionais pós-graduados em Fisioterapia Neurofuncional e especialistas no método de terapia intensiva. Depois de ser encaminhado pelo médico neurologista e passar por uma avaliação fisioterapêutica específica, a fim de saber se possui condições de ser inserida no método, a criança deve realizar o procedimento diariamente, com o intuito de promover um ajuste biomecânico, alinhando seu corpo de forma correta e desencorajando os movimentos não funcionais.

A Sermed atende frequentemente casos de anóxia neonatal (condição de privação ou diminuição da oferta de oxigênio ao cérebro), hidrocefalia,

síndrome de Down, mielite transversa (inflamação na medula), lisencefalia (falta de sulcos e reentrâncias no cérebro), entre outros. Uma das crianças tratadas com o protocolo *PediaSuit* na Unidade de Prevenção e Reabilitação é Luís Gustavo Souza Magalhães, de cinco anos, que teve constatada mielite transversa quando tinha um ano e cinco meses. “Iniciamos o tratamento no final de 2015. Desde então, noto um controle e uma força maiores no tronco, braços, cabeça e pescoço. O tratamento tem sido fundamental para a qualidade de vida e o progresso dele”, conta Tatiane Magalhães, mãe de Luís Gustavo. “Temos recebido grande suporte e cuidado por parte dos profissionais e todo o auxílio quanto às informações a respeito do caso. O bem-estar do meu filho é um grande motivo para nos fidelizarmos ao plano da Sermed”, acrescenta.

Todos os pacientes da operadora passam, inicialmente, pela fase de tratamento intensivo, de segunda a sexta-feira, quatro horas por dia, nos primeiros 30 dias. Depois disso, a manutenção é feita por 15 dias, três vezes por semana, duas horas por dia. Por fim, a fisioterapia convencional é realizada em 30 minutos, três vezes semanais, em um mês. Em seguida, o ciclo é reiniciado.

A fisioterapeuta neurofuncional Ana Paula Cândido vem trabalhando com o protocolo na Sermed desde que realizou o curso do *PediaSuit* em maio do ano passado: “Percebo muitos avanços nos pacientes, incluindo a diminuição de quedas. Crianças que mal conseguiam levantar-se da cama agora podem

descer e engatinhar. Nas transferências, são capazes até de ficarem em pé”.

A profissional comenta que o maior desafio do *PediaSuit* é lidar com as expectativas das famílias, que veem no método uma solução para todas as deficiências da criança. “No entanto, apesar de ser eficaz, os resultados são diferentes, de acordo com a capacidade cognitiva de cada paciente”, lembra.

“O tratamento ainda não está no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso, sem dúvida, torna a Sermed diferenciada para quem busca um plano de saúde que cubra um procedimento para crianças com distúrbios neurológicos, como é o caso do *PediaSuit*”, conclui Rodrigo Mafra. ■



VICENTE CORNETTA

“O tratamento ainda não está no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso, sem dúvida, torna a Sermed diferenciada para quem busca um plano de saúde que cubra um procedimento para crianças com distúrbios neurológicos”

**RODRIGO MAFRA**  
Gerente de Negócios da Sermed

# A NIP E OS RESULTADOS DO MERCADO

POR SIMONE SANCHES FREIRE\*



Criada como uma medida alternativa ao processo administrativo sancionador, a Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, tornou-se um indispensável insumo regulatório e, não à toa, é base de programas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, como o monitoramento da garantia de atendimento, Índice de Desenvolvimento Setorial, e, ainda, o Índice Geral de Reclamações. A NIP é um instrumento totalmente eletrônico, que visa à solução de conflitos entre beneficiários e empresas do setor de saúde suplementar, constituindo-se em fase pré processual, uma vez que, resolvida a questão, o procedimento se encerra.

Tal medida é positiva para o beneficiário, que busca o órgão regulador para ter sua situação atendida, mas é também benéfica para a operadora, já que através da NIP, além de evitar um custo regulatório maior decorrente da abertura de processo sancionador, também amplia a possibilidade de preservar a boa relação com seu cliente.

Como ferramenta de gestão pública, a NIP é um inegável sucesso, um projeto vencedor de prêmios. Basta

lembrar que a estruturação inicial da Fiscalização de planos de saúde foi feita para que cada manifestação dos beneficiários se transformasse num processo administrativo individual, o que resultou no colapso do passivo superior a cinquenta mil processos. Com a implementação da NIP, o órgão regulador passou a permitir que empresa e consumidor tivessem um canal de comunicação alternativo, uma possibilidade de resolver um conflito antes de sua atuação mais rigorosa, utilizando as informações coletadas para fundamentar e balizar a regulação do setor.

Certo é que não se pode falar nos resultados da NIP sem considerar que a aderência das operadoras de planos de saúde é parte de seu êxito – em 2019, a tendência é de resolução superior a 92%. As empresas se organizaram, montaram estruturas para o atendimento das demandas de seus usuários, e a ascensão dos números de questões resolvidas demonstra isso.

Há, é claro, desafios para a melhoria contínua dessa ferramenta, tanto para a ANS quanto para o mercado. A qualificação das respostas apresentadas às NIPs deve ser uma busca constante, ou, caso contrário, a demanda será encaminhada para lavratura de auto de infração. A ANS conta com uma equipe de profissionais dedicada a fazer a análise das reclamações à luz das normas, mas é essencial que a empresa

apresente todos seus argumentos nesse momento, para a correta classificação do caso. A defesa, já na fase de processo administrativo, pode ser suficiente para o arquivamento do auto de infração, mas a classificação recebida na NIP não pode mais ser alterada nesse momento, causando os impactos já conhecidos em outros programas regulatórios.

O órgão regulador também deve se preparar para promover mudanças e/ou aperfeiçoamentos, inclusive em seu atuar fiscalizatório, em especial quando observa uma resposta positiva de suas ações. Isso significa que, à medida que implementa ações para regular o mercado, deve, necessariamente, mensurar os resultados alcançados e avaliar se a prática ainda se aplica ao momento, se precisa ser alterada ou reformulada, para que atenda ao dinamismo necessário à sua atuação.

Nesse sentido, a Diretoria de Fiscalização tem atuado fortemente nos últimos anos para dar uniformidade a seus entendimentos, deixando-os, inclusive, no site da ANS, para conhecimento público. A atuação transparente e pautada em critérios técnicos, previsíveis, serve para fornecer segurança jurídica ao mercado que é regulado, o que invariavelmente traz benefícios para todos os envolvidos, principalmente ao consumidor. ■

\* SIMONE SANCHES FREIRE  
DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS



## ANTICORPO MONOCLONAL PRODUZIDO NO BRASIL<sup>1</sup>

Biotecnologia, para nós, é uma chance de aproximar realidades: aproximar pacientes dos melhores tratamentos, quebrar barreiras entre profissionais e tecnologia de ponta, aproximar o Brasil do cenário mundial de desenvolvedores de biológicos e biossimilares.

**Nossa Biotec é a primeira fábrica de anticorpos monoclonais em escala industrial do país e tornou nossas aspirações realidade.**

**Referência bibliográfica: 1.** MOC - Manual de Oncologia Clínica do Brasil. Notícias – Anticorpo monoclonal aprovado no Brasil [internet]. 2019 [acesso em 17 set 2019]. Disponível em: <https://mocbrasil.com/blog/noticias/rituximabe-biossimilar-aprovado-no-brasil/>.

# FAÇA SEUS PLANOS PARA 2020

## MBA UNIVERSIDADE CORPORATIVA ABRAMGE

Desenvolvido para profissionais e empresas que desejam uma gestão de excelência voltada para as pessoas.

- MBA Gestão de Planos de Saúde;
- MBA Gestão da Promoção de Saúde nas Organizações.

Saiba mais e inscreva-se em [www.abramge-uca.com.br](http://www.abramge-uca.com.br)

Tel.: 11 **3289.7511**

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

 /universidade-corporativa-abramge---uca  /AbramgeUCA  /abramgeuca

