

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

ABR/MAI/JUN • 2017

 abramge • sinamge • sinog

ANO 2 Nº 04
ISSN 2448-0630

O RESGATE DA MEDICINA

PLANOS DE SAÚDE
AUMENTAM OS
INVESTIMENTOS EM
ATENÇÃO BÁSICA, PARA
PREVENIR DOENÇAS
E REDUZIR GASTOS

A INSENSATEZ DAS MULTAS
OPERADORAS ODONTOLÓGICAS PEDEM
MUDANÇA NOS CÁLCULOS DAS SANÇÕES
PECUNIÁRIAS, CUJOS VALORES ESTÃO ACIMA
DE SUA CAPACIDADE DE PAGAMENTO

VAMOS IMITAR?
CONHEÇA A LEAPFROG, ORGANIZAÇÃO
SEM FINS LUCRATIVOS QUE COLETA
E TORNA PÚBLICAS INFORMAÇÕES
SOBRE A REDE HOSPITALAR DOS EUA

A HISTÓRIA COMPLETA
NOVO LIVRO DETALHA A DIMENSÃO E O
FUNCIONAMENTO DA MÁFIA DAS PRÓTESES
NO BRASIL, UM MAL PARA A SAÚDE DOS
PACIENTES E DAS OPERADORAS



2º CONGRESSO JURÍDICO

Tema

**Revisão dos Preceitos Jurídicos no
Brasil, Implicações no Setor da Saúde
e Segurança Clínica do Paciente**



29/05/2017



Hotel Unique

Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 4700
Jardim Paulista - São Paulo - SP

Informações

(11) 3289-7511

eventos@abramge.com.br

congressojuridico.abramge.com.br

REALIZAÇÃO



APOIO INSTITUCIONAL



Volta ao princípio

Muito já ouvimos sobre a medicina que se praticava várias décadas atrás, quando não havia tomografias computadorizadas e outras ferramentas tecnológicas disseminadas nos hospitais e clínicas de nossas cidades atuais. A figura central era o médico de família, que sabia de memória o nome e o histórico de todos seus pacientes. E ainda dava um doce para as crianças que se comportavam durante a consulta.

Bom, esse tempo passou. E, hoje, uma pequena parcela da população tem um clínico geral de sua confiança, que o encaminha para o especialista apenas quando há real necessidade. Isso faz muita falta. Como revela a reportagem de capa desta edição, estudos demonstram que em 80% dos casos em que alguém procura um serviço de saúde, o problema poderia ser resolvido na atenção básica [1]. Sem a necessidade de exames e consultas adicionais, que desperdiçam tempo dos pacientes e recursos dos sistemas de saúde.

Cientes dessa realidade – e pressionadas pela crise financeira – muitas operadoras privadas de assistência médico-hospitalar estruturam programas de atenção primária, que apoiam seus clientes na busca de maior qualidade de vida, diminuindo a chance de desenvolverem doenças, e direcionam melhor os tratamentos, com foco na eficiência. É um antigo paradigma que parece ter voltado para ficar.

Em outra reportagem [2], abordamos um problema que ameaça o desenvolvimento dos planos odontológicos no país: a desproporcionalidade das multas impostas pela ANS. Contamos o caso de uma pequena operadora condenada pela agência a pagar R\$ 32 mil devido à negativa para a realização de uma única restauração dentária. Detalhe sórdido: a autorização foi concedida e a multa foi imposta devido a uma falha do processo de fiscalização. Por isso, antes de uma reforma mais ampla que considere a diferenciação desse segmento, é urgente mudar os critérios de cálculo e aplicação das multas.

Não deixe de ver, ainda, os outros destaques desta edição. Apresentamos o Leapfrog, uma iniciativa de indicadores de qualidade, nos EUA, que poderia ser replicada no Brasil; o lançamento de um livro [3] que expõe a dimensão e o funcionamento da máfia das próteses; e outras seções com conteúdos relevantes sobre o universo da saúde suplementar.

Boa leitura.





DIVULGAÇÃO

6 PÁGINAS AZUIS

O economista do Banco Mundial e especialista em saúde André Medici, entrevistado desta edição, defende mudança constitucional que permite integração entre o SUS e o sistema privado

CAPA

18 ATENÇÃO PRIMÁRIA

Operadoras de planos de saúde passam a investir mais em programas de promoção de saúde, visando à maior qualidade de vida do paciente e redução de gastos assistenciais

24 MULTAS DESPROPORCIONAIS

Sinog pleiteia mudança do critério de cálculo das sanções pecuniárias de planos odontológicos

28 EXPERIÊNCIA INSPIRADORA

Conheça o sistema de indicadores de qualidade do sistema de saúde dos EUA

SEÇÕES

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



RENATO PIZZUTTO



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
 Pedro Ramos DIRETOR DA ABRAMGE
 Lício Cintra DIRETOR DO SINAMGE
 Francisco Eduardo Wisneski SUPERINTENDENTE

DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO

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



PROJETO EDITORIAL E GRÁFICO

MIOLO EDITORIAL
 miolo@mioloeditorial.com

PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Eduardo Lima e Gustavo Magaldi (EDIÇÃO)
 Verônica Fraidenaich (REPORTAGEM)
 Kátia Shimabukuro (REVISÃO)
 Marcio Penna (ARTE)

PUBLICIDADE

Nominal Representações
 11 3063-5677 / 11 98187-5880

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

ABRAMGE Associação Brasileira de Planos de Saúde
SINAMGE Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINOG Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

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

SITE: www.abramge.com.br | www.sinog.com.br | www.visaosaude.com.br
E-MAIL: redacao@visaosaude.com.br comercial@visaosaude.com.br

RESOLVA SEUS PROBLEMAS
DE TI DEFINITIVAMENTE

Sistema de Gestão para Operadora Odontológica



MANTENHA O FOCO
NO SEU NEGÓCIO

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

DATASYS

Quanto você vai ter que investir em **computadores**?

ZERO

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

ZERO

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

ZERO

Qual o nível de **segurança** garantido?

TOTAL

O sistema permite **treinamento** online?

SIM

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

SIM

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

SIM

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

SIM

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

SIM

O sistema permite o uso de câmeras intraoral online com carimbo de tempo nas fotos?

SIM

O sistema permite que os próprios beneficiários mantenham seus **dados atualizados**?

SIM

O sistema está integrado ao Ministério da Saúde para garantir a qualidade dos dados cadastrais?

SIM

O sistema pode ser integrado ao Guia Odontológico para **smartphones/tablets**?

SIM

A **DATANEXT** garante a migração de meu sistema atual para o **DATASYS**?

SIM

VENHA PARA O
DATASYS!

+ 1,5 Milhão de Beneficiários

+ 200 mil GTO's em Auditoria Online

+ 2,5 Milhões de GTO's Online

SOLICITE UMA DEMONSTRAÇÃO. NÓS IREMOS ATÉ VOCÊ!



(19) 3327-1643
0800 040 8008



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





Integrar público e privado

Para o economista **André Medici**, do Banco Mundial, o Brasil precisa de uma reforma na Constituição que permita fazer da saúde complementar um sistema complementar ao SUS

Há 35 anos ele estuda temas relacionados à economia e à gestão de saúde. É administrador pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo (USP) e especialista em seguridade social pela Universidade de Harvard. Vive em Washington, nos Estados Unidos, desde 1996. Trabalhou para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Hoje, ocupa um cargo no Banco Mundial. Escreveu mais de uma dezena de livros. Tem centenas de artigos publicados em vários idiomas. E toma parte frequentemente de iniciativas internacionais nos campos de acreditação, segurança de pacientes, planejamento estratégico e economia da saúde, entre outros.

O dono desse currículo é o carioca André Medici, 61 anos, homem de múltiplas competências cuja trajetória não se resume a ambientes acadêmicos e organismos multilaterais. Antes de ir morar fora do país, ele passou por diferentes instâncias da administração pública, incluindo a Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo, e participou do movimento de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso possivelmente explica, pelo menos em parte, suas posições contundentes sobre a gestão da saúde no Brasil. Na entrevista a seguir, Medici fala sobre público e privado, mercado em tempos de crise, modelos de remuneração, planos acessíveis e judicialização.

FOTOS: DIVULGAÇÃO

VISÃO SAÚDE – O senhor enxerga, em algum lugar do mundo, uma política pública de saúde que possa servir de modelo para o Brasil?

ANDRÉ MEDICI – Políticas públicas devem ser desenhadas sob medida, não existem receitas mágicas. Você até pode aplicar em um país a política bem-sucedida de outro, mas sempre é preciso passá-la por um processo de adaptação. Em termos globais, eu diria que as políticas de saúde são histórias de sucesso. Quem poderia imaginar, por exemplo, um aumento tão rápido da expectativa de vida ou uma redução tão drástica de endemias como se verificou nos últimos 50 anos? Ainda enfrentamos problemas graves, entre eles, o da equidade. A condição socioeconômica da maior parte da população segue limitando o acesso à saúde. Há também os gargalos de eficiência, com muitos gastos desnecessários, e o déficit de investimento em prevenção e promoção de hábitos saudáveis. O que vem funcionando melhor no mundo são justamente os esforços de prevenção e promoção. O Brasil teria muito a ganhar com isso. O câncer é uma das principais causas de morte no país justamente porque a maioria dos pacientes não detecta a doença precocemente. Outra frente importante de trabalho deveria ser a redução dos fatores de risco sociais e ambientais. Muitas mortes seriam evitadas se houvesse maior controle da violência, tanto a criminal quanto a de trânsito. Mas isso depende de uma integração eficiente de políticas de diferentes órgãos governamentais, não somente da saúde.

E a saúde suplementar?

Acredito que a melhor forma de organizar o sistema de saúde é por meio de um modelo de seguro, seja ele público ou privado. No Brasil, criou-se um sistema universal, integral e gratuito, mas que convive com um sistema voluntário [os planos de saúde] que já alcança cerca de 25% da população. Ora, todo mundo que tem acesso à saúde suplementar pode também recorrer ao SUS. Isso acaba levando à utilização seletiva do serviço, só nos procedimentos de mais alto custo. Esses recursos deveriam ser investidos não nesses casos, mas na proteção dos mais pobres. É necessária uma reforma constitucional para que a saúde suplementar passe a ser complementar ao SUS, para aqueles que, embora já tenham um plano de saúde, podem e querem pagar por um seguro. Dessa forma, o SUS passaria a concentrar seus recursos na população mais vulnerável, sem capacidade de pagamento, melhorando os resultados e fazendo o

“O pagamento por performance é um dos meios para corrigir os custos elevados da saúde”

melhor uso possível do dinheiro. Segundo o Banco Mundial, o Brasil gastava com saúde em 2014 o equivalente a US\$ 1.318 por habitante. Dessa cifra, 46% eram gastos do setor público, outros 40% eram gastos diretos das famílias e apenas 14% correspondiam a planos de saúde pagos por empresas. O ideal seria fazer com que a totalidade desses recursos fosse coordenada de forma harmônica, sob a égide de uma regulação única de saúde, evitando duplicações e favorecendo o melhor uso dos recursos.

O Brasil gasta pouco ou gasta mal com saúde?

Comparado a 29 países latino-americanos, o Brasil está na 8ª posição dos gastos totais *per capita*, atrás de Cuba, Bahamas, Trinidad e Tobago, Uruguai, Chile, Panamá e Costa Rica. Mas cai para a 11ª colocação se considerados apenas os gastos públicos, que foram de US\$ 607 por habitante em 2014. Colômbia, Argentina e Panamá ficam à frente do Brasil nesse quesito. Independentemente das cifras, o importante é saber o que está sendo comprado com o dinheiro e quais resultados esse gasto está trazendo. O Brasil melhorou nos últimos anos em relação a alguns indicadores básicos de saúde, mas não avançou muito no que se refere aos gastos públicos.

A crise econômica bateu forte nas operadoras de planos de saúde. Só no último ano, o número de beneficiários perdidos chegou a quase 1,5 milhão.

Como se reverte esse quadro?

É fundamental que as medidas macroeconômicas adotadas pelo governo acelerem a retomada do crescimento e, com isso, aumentem a capacidade das empresas de contratar planos para seus empregados. Também considero importante que as operadoras se reestruturarem para oferecer planos mais eficientes na cobertura e nas ações de promoção e prevenção. Poderiam ser planos mais baratos. E me parece crucial a reforma que transformaria a saúde suplementar em complementar.

Neste momento, um grupo do Ministério da Saúde estuda a criação de um plano de saúde acessível, ou “popular”, com custos menores. O senhor considera essa ideia viável?

Considero. Não se trata de criar um plano mais barato deixando de fora a cobertura deste ou daquele procedimento, mas que seja um plano menos sofisticado. Sem hotelaria exclusiva em quartos de hospital, por exemplo. O plano acessível compartilharia com os usuários a responsabilidade pela prevenção e pelo cuidado com a própria saúde, evitando, assim, custos crescentes com internação ou uso de estruturas hospitalares caras e complexas. Os planos de saúde deverão investir mais em atenção primária, promoção e prevenção. Algumas experiências brasileiras, como a de certas operadoras na utilização do Modelo de Atenção Integral de Saúde, têm alcançado excelentes resultados [leia mais na reportagem da pág. 19].

Faltam indicadores de qualidade à saúde brasileira?

O Brasil carece de qualidade em saúde. Pouquíssimos estabelecimentos de saúde são acreditados. Em março de 2016, a ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar] divulgou a lista de hospitais brasileiros com acreditação máxima. Dos mais de 6 mil hospitais existentes no país, apenas 131 atingem esse critério pelo conjunto das entidades de acreditação. Considerando só os hospitais que prestam serviços ao SUS, a situação é ainda pior. Se o governo determinasse que todos eles tivessem de cumprir normas de qualidade, em conformidade com os critérios das acreditadoras, mais de 90% fechariam as portas.

O senhor é um entusiasta do pagamento por *performance* como modelo de remuneração. Por quê?

O pagamento por *performance* tem por objetivo melhorar os resultados e a qualidade de processos que envolvem a relação entre financiamento e prestação de serviços. Com ele, cria-se uma cadeia em que a remuneração de todo mundo é baseada nos resultados alcançados. O SUS teria muito a ganhar se todos os contratos de estabelecimentos públicos ou privados com as secretarias de saúde fossem baseados em *performance*. O sistema ficaria mais eficiente. Seus usuários, mais satisfeitos. E o governo passaria de vilão a herói, supervisionando e avaliando desempenho segundo metas estabelecidas. Além do mais, entendo que pagamento por *performan-*



O economista André Medici durante palestra num evento em São Paulo: defensor de uma reforma que transforme a saúde suplementar em complementar

ce é um dos meios para corrigir os custos elevados da saúde. Muitos países estão avançando nessa direção. O problema é enfrentar o corporativismo das categorias profissionais e dos gestores de hospitais, que preferem gozar da estabilidade de seus respectivos empregos e contratos sem avaliação de resultados.

Está em curso no STF [Supremo Tribunal Federal] o julgamento que decidirá sobre a obrigatoriedade ou não do fornecimento de medicamentos de alto custo e sem registro na Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária]. Qual é sua posição?

Sou contrário ao fornecimento. Mas creio que o Brasil precisa criar uma base mais ampla e sólida para o registro de procedimentos, remédios, equipamentos e terapias que possam melhorar a situação dos pacientes. A Anvisa tinha, até a década passada, a responsabilidade de aprovar novos medicamentos ou procedimentos, mas reclamações sobre a morosidade dos processos eram frequentes. Em 2006, a tarefa passou a ser feita pela Citec [Comissão de Incorporação de Tecnologia], inicialmente ligada à Secretaria de Atenção à Saúde. Um pouco mais tarde, em 2008, esse órgão foi transferido para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Até que, em 2011, foi criada a Conitec [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias] para substituí-lo. Mesmo com esses avanços, o país ainda não tem massa crítica para desenvolver testes e análises de custo associado à efetividade clínica em saúde. Nos próximos anos, o Brasil precisa avançar nesse campo.





Emergência no SUS

A maior crise econômica da história do Brasil tem diversas consequências sociais. Uma das mais graves é a perda, por milhões de novos desempregados, dos seus planos de saúde empresariais. Sem a carteirinha do convênio, restar-lhes recorrer ao Sistema Único de Saúde, que historicamente opera em regime de sobrecarga e deve sofrer ainda mais com o aumento da demanda. Infelizmente, a situação representada nesta foto se torna cada vez mais comum. Nesse cenário preocupante, impõe-se a necessidade de ampliar o acesso da população à saúde suplementar. Espera-se, por exemplo, que o governo aprove o projeto do Plano de Saúde Acessível (*ver página 12*), que prevê a oferta de convênios médico-hospitalares a preços diferenciados, possibilitando a recuperação do mercado de pessoas físicas.

FOTO: ALAMY/LATINSTOCK

Porta de entrada

Plano de Saúde Acessível, em análise na ANS, deve facilitar o ingresso de novos beneficiários na saúde suplementar



Em 8 de março de 2017, o Ministério da Saúde divulgou o detalhamento do projeto do Plano de Saúde Acessível, como tem sido chamado o novo modelo por meio do qual se pretende oferecer distintas opções no mercado de saúde suplementar, com preços diferenciados e coberturas específicas. As propostas foram encaminhadas ainda em janeiro último para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que terá as atribuições de “verificar a legalidade e a pertinência das medidas sugeridas e eventualmente adotar alguma ou parte delas”.

As propostas (*quadro ao lado*) foram elaboradas por um grupo de trabalho formado por 20 entidades representativas da saúde suplementar – entre elas Abramge, Unimed e FeNaSaúde –, a Associação

Paulista de Medicina (APM), a Proteste, que atua na área de defesa do consumidor, e membros da própria ANS, todos sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Entre as novidades previstas no projeto, estão a coparticipação do usuário em até 50% nas despesas específicas de um tratamento, uma maneira de buscar maior participação dos pacientes nas decisões sobre sua saúde; e a obrigatoriedade de haver

uma segunda opinião médica para a autorização de procedimentos de alto custo, de forma a assegurar as melhores práticas.

“Esse projeto cria uma importante porta de entrada para pessoas que não têm acesso aos planos de saúde atualmente”, diz Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge.

SEM ACESSO À SAÚDE

Crise econômica deixou milhões de brasileiros desamparados

Em dezembro de 2016, segundo a ANS, os planos de saúde tinham 2,5 milhões de beneficiários a menos que em dezembro de 2014.

Estima-se que a cada cem vagas de trabalho fechadas, 48 beneficiários abandonam seus planos de saúde (fonte: Cenário Saúde – edição 7/ Abramge/Sinamge/Sinog).

MAIS ACESSO À SAÚDE

As três propostas do projeto Plano de Saúde Acessível

PLANO SIMPLIFICADO: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 80% das necessidades de saúde. Nessa proposta, não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria, obrigatoriamente, por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

PLANO EM REGIME MISTO DE PAGAMENTO: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento de consultas e exames, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

CORRIDA DIGITAL

Em entrevista publicada pela revista *Exame* em 20 de fevereiro, o economista norte-americano Mark Knickrehm, líder global da área de estratégia da consultoria Accenture, afirmou que operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, como hospitais e clínicas médicas, devem compartilhar informações sobre os pacientes para serem mais efetivos nos tratamentos – e reduzindo, consequentemente, os custos envolvidos nesse processo. Segundo Knickrehm, prontuários eletrônicos acessíveis em cada unidade de saúde, pública e privada, poderiam diminuir filas, evitar exames desnecessários e até mesmo propiciar maior conforto aos pacientes que têm doenças leves, que poderiam ser tratadas à distância. “Os bancos e as seguradoras gastam, em média, mais de 8% de seu faturamento com softwares de banco de dados e análise. No setor de saúde, esse percentual não passa de 3%”, afirmou Knickrehm.



Para Knickrehm, da Accenture, operadoras e hospitais deveriam compartilhar informações



“Em 2017, tenho plano de saúde. Sou contratado da Globo”,

disse o ator e cantor Márcio da Costa Batista, o Mumuzinho, ao UOL - 18/2/2017

STJ legitima reajuste por faixa etária

O Superior Tribunal de Justiça decidiu, no final de fevereiro, pela legitimidade dos reajustes de mensalidade dos planos de saúde conforme a faixa etária do usuário, em julgamento de ação movida por uma beneficiária do Rio de Janeiro que contestava o aumento aplicado em seu convênio quando completou 59 anos de idade. Com a decisão, o tribunal rejeitou a tese que a operadora teria incluído uma “cláusula de barreira” para impedir que idosos continuassem segurados pelo plano. “Para a manutenção da higidez da saúde suplementar, deve-se sempre buscar um ponto de equilíbrio, sem onerar, por um lado, injustificadamente, os jovens e, por outro, os idosos, de forma a adequar, com equidade, a relação havida entre os riscos assistenciais e as mensalidades cobradas”, apontou o relator do processo, ministro Villas Bôas Cueva. Os aumentos por faixa etária são definidos de acordo com regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que exige que os percentuais de reajuste estejam expressos em contrato.

85,5%

foi o índice de sinistralidade na saúde suplementar no acumulado de 12 meses até setembro de 2016.

DE CADA R\$ 100

recebidos pelas operadoras, a título de mensalidade dos planos, R\$ 85,50 foram utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas asseguradas.



SHUTTERSTOCK

Carga tributária da saúde suplementar aumentou nos últimos anos

Racionalização tributária

No momento em que o governo federal inicia debates sobre uma reforma tributária, as entidades que representam as empresas de saúde suplementar pleiteiam a racionalização dos impostos que incidem sobre a atividade. Segundo a Abramge, apenas em 2016, as operadoras pagaram R\$ 41,9 bilhões em tributos, o que representou 26,1% das receitas de contraprestações. Em 2013, esse índice era de 25,1%. “Como somos um setor de impacto social, e vivemos uma realidade de dificuldade financeira, queremos pelos menos estabilizar esse custo”, diz o presidente da Abramge Reinaldo Scheibe.

CARGA TRIBUTÁRIA NA CADEIA DE SERVIÇOS EM % SOBRE O FATURAMENTO / ANO BASE: 2014

PLANOS DE SAÚDE	25,3
EDUCAÇÃO	21,9
PRODUTOS DA CESTA BÁSICA	18,2
CONSTRUÇÃO PESADA	18,2
SANEAMENTO	16,6
SISTEMA FINANCEIRO	15,6
AGRICULTURA E PECUÁRIA	15,2

Fonte: Abramge

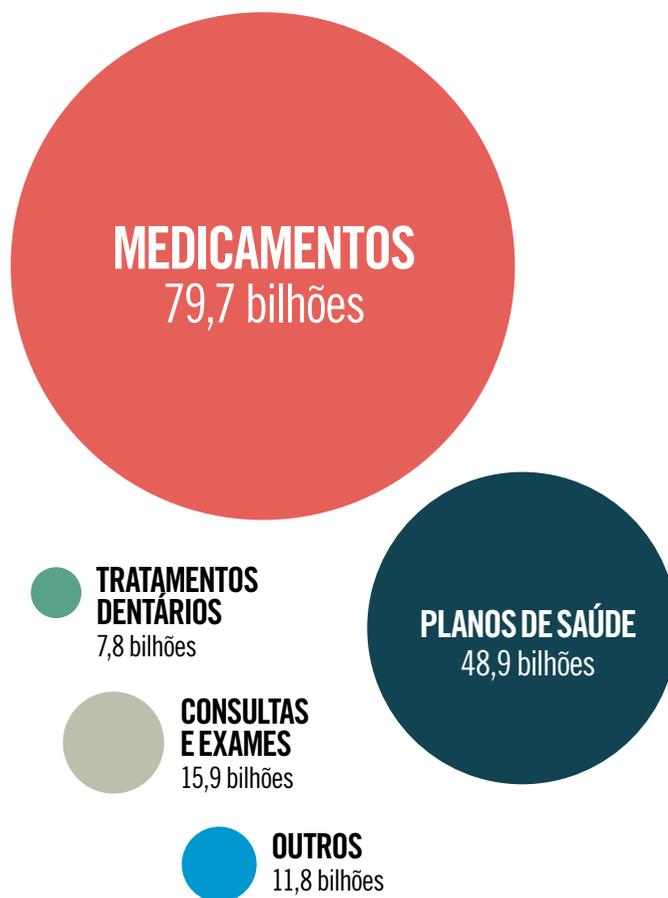
Estudo inédito realizado pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) estima que dos R\$ 117,24 bi em despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares 19%, ou

R\$ 22,5 BILHÕES

tenham sido consumidos por práticas ilegais e desperdícios.

GASTOS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS COM SAÚDE

EM BILHÕES DE REAIS / ANO BASE: 2015



Fonte: Elaborado pela Abramge a partir de informações da ANS, Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF/IBGE e Ministério do Trabalho e Previdência Social

As atividades físicas estão em alta entre os usuários de planos de saúde

Menos cigarros e mais exercícios

O número de fumantes entre usuários de planos de saúde caiu 42% entre 2008 e 2015, revelou o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado em conjunto por Ministério da Saúde e ANS e cuja edição 2017 foi divulgada no dia 21 de fevereiro. A pesquisa também revelou aumento na prática de atividade física e em hábitos saudáveis de alimentação (*tabela ao lado*).

CONDIÇÃO	2008	2015	EVOLUÇÃO
Tabagismo	12,4%	7,2%	-42%
Sobrepeso	46,5%	52,3%	12,5%
Obesidade	12,5%	17%	36%
Sedentarismo	19,1%	16%	-16,2%

Fonte: Vigitel 2017/Ministério da Saúde/ANS. Levantamento realizado com 30.549 beneficiários nas capitais dos estados e no Distrito Federal.

R\$ 23 BILHÕES

É o custo anual estimado para o sistema de saúde brasileiro, público e privado, do tratamento de doenças relacionadas ao tabagismo, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

A conta não fecha...

...e vai piorar se não forem tomadas medidas para conter a inflação médica, ou aproximar dela os índices de reajuste dos planos de saúde

O envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias, além de desperdícios e fraudes, são os principais motivos da escalada dos custos médico-hospitalares. Nos últimos anos, a chamada “inflação médica” tem se descolado cada vez mais da inflação geral. E também tem sido consideravelmente maior que os reajustes dos

planos de saúde. Consequentemente, as margens operacionais das operadoras vêm diminuindo, levando muitas delas à insolvência.

O conteúdo desta seção demonstra claramente a urgência da situação. E mostra quais são os caminhos para superá-la, na opinião de especialistas.

RECEITA GLOBAL, COM TEMPERO BRASILEIRO

A alta dos custos médico-hospitalares é um fenômeno mundial, mas no Brasil é ainda mais distante da inflação geral do que em outros países, conforme mostra o **gráfico 1**. No **gráfico 2**, é possível constatar que a tendência é de alta para 2017 na América do Norte, América Latina, no Caribe, no Oriente Médio e na África, enquanto deve cair na Ásia, no Pacífico e na Europa. Já o **gráfico 3**, que retrata exclusivamente o mercado brasileiro, revela que o “descolamento” entre a inflação médica e inflação geral vem aumentando nos últimos anos. Também é possível ver que os reajustes dos planos de pessoas físicas, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seguem índices intermediários entre os dois citados anteriormente, gerando um déficit financeiro absorvido, ano a ano, pelas operadoras.

GRÁFICO 1 INFLAÇÃO MÉDICA EM 2015

Inflação	Brasil	Estados Unidos	França	Reino Unido	Chile	México
Bruta	18,1%	9,0%	6,0%	7,8%	6,0%	9,3%
Líquida*	12,6%	7,4%	4,8%	5,9%	3,1%	5,8%

Fonte: Aon

* Inflação médica descontada a inflação geral

GRÁFICO 2 TENDÊNCIAS DE TAXAS MÉDICAS POR REGIÃO

	2016		2017 (projeção)	
	Inflação médica	Inflação geral	Inflação médica	Inflação geral
Ásia Pacífico	9.4%	3.2%	8.9%	2.9%
Europa	5.9%	1.6%	5.7%	1.6%
América Latina e Caribe	13.6%	6.4%	14.2%	6.0%
Oriente Médio e África	11.6%	6.3%	14.3%	6.7%
América do Norte	6.0%	1.5%	6.3%	1.6%
Global	8.1%	2.9%	8.2%	2.8%

Fonte: Aon

GRÁFICO 3 A EVOLUÇÃO DA INFLAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

	2015	2014	2013	2012	2011
VCMH*	19,3%	15,8%	16,0%	15,4%	12,9%
VCPF**	13,55%	9,65%	9,04%	7,93%	7,69%
IPCA***	10,7%	6,4%	5,9%	5,4%	6,6%

* Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares/IESS

** Variação de Custo Pessoa Física/ANS (reajuste autorizado pela ANS)

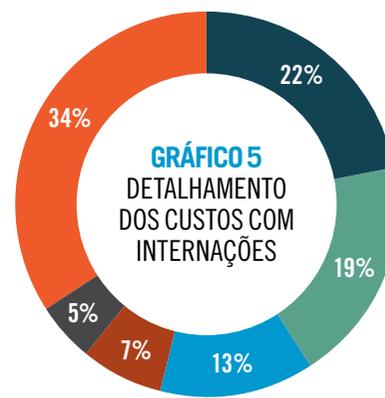
*** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/IBGE

REMUNERAÇÃO POR PRODUTIVIDADE

Em fevereiro de 2017, foi revelado por veículos da grande mídia do Brasil um sistema no qual hospitais premiam médicos que induzem aumento nas contas hospitalares, por meio de prolongamentos desnecessários de internações, realizações excessivas de exames e outros desperdícios. Na verdade, esse tipo de prática imoral está disseminada no sistema privado de assistência médica. Quem paga essa conta são as operadoras e, conseqüentemente, a população que delas depende. O **gráfico 4** mostra o peso de internações e exames na composição dos custos assistenciais. E o **gráfico 5** mostra que o maior gasto durante as internações está no item “materiais médicos”, sabidamente uma área em que se gera muito desperdício, além de acolher grande número de fraudes.



■ INTERNAÇÕES	R\$ 49,8 bilhões
■ RESSARCIMENTO AO SUS	R\$ 640 milhões
■ DEMAIS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES	R\$ 8,9 bilhões
■ OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	R\$ 9 bilhões
■ TERAPIAS	R\$ 5,3 bilhões
■ CONSULTAS	R\$ 21,8 bilhões
■ EXAMES	R\$ 24,7 bilhões



■ MATERIAIS MÉDICOS	R\$ 10,8 bilhões
■ HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 9,2 bilhões
■ MEDICAMENTOS	R\$ 6,2 bilhões
■ TERAPIAS	R\$ 3,3 bilhões
■ EXAMES	R\$ 2,5 bilhões
■ OUTRAS DESPESAS	R\$ 16,7 bilhões

Fonte: elaborado pela Abrange a partir de dados da ANS sobre o ano de 2016

UM FUTURO NADA ANIMADOR

As despesas assistenciais dos planos de saúde devem atingir R\$ 400 bilhões, aproximadamente, em 2030, um aumento de 272,8% em relação ao gasto em 2014. A projeção é do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que a classificou de “conservadora”, no sentido de ser otimista. Veja, no **gráfico 6**, como esse volume absurdo de recursos será despendido caso essa tendência não seja revertida.

GRÁFICO 6 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

	Internações	Terapias	Consultas	Exames	Total
2014	R\$ 60,3 bi	R\$ 5,5	R\$ 11,5	R\$ 20,6	R\$ 106,3
2030*	R\$ 260,3	R\$ 54,7	R\$ 19,3	R\$ 33,8	R\$ 396,4
Aumento (2014 – 2030)	331,7%	894,5%	67,8%	64,1%	272,8%

Fonte: IESS

*Projeção

O QUE FAZER?

“A melhor forma de combater a inflação em saúde é atacar os fatores controláveis que influenciam o aumento dos gastos nessa área. Uma vez que o envelhecimento da população é inevitável, o melhor investimento é aumentar a promoção, a prevenção e o controle dos fatores de risco da população para que as pessoas envelheçam com mais saúde e com menos gastos em tecnologia médica e procedimentos de alto custo. No caso da tecnologia médica, é importante a realização de estudos de custo-efetividade que permitam controlar o uso indiscriminado de tecnologias, procedimentos e medicamentos caros e de baixa atividade. É necessário aumentar a eficiência do setor saúde para que a universalização venha com custos suportáveis.”

André Medici, economista do Banco Mundial e especialista em saúde pública

“Está claro que o mercado precisa se modernizar de modo que a escalada de custos e a mudança na utilização dos serviços, também geradas pelo envelhecimento populacional, não se tornem um risco à sustentabilidade do setor. As propostas que defendemos para evitar a concretização desse cenário envolvem o estabelecimento e publicidade de índices de qualidade de prestadores de serviços, estímulo à concorrência ao combater falhas de mercado (sobretudo assimetrias de informações de fornecedores de insumos médicos), modernização de modelos de pagamento de prestadores de serviços (premiando a eficiência e o desfecho clínico e punindo o desperdício), e análise técnica e transparente para adoção de novas tecnologias em saúde.”

Instituto de Estudos da Saúde Suplementar



O caminho da sustentabilidade

Operadoras vêm apostando cada vez mais em programas que seguem a lógica da atenção básica – uma saída necessária para garantir a qualidade de vida dos pacientes e a prosperidade dos planos de saúde

Investir na prevenção e na atenção básica pode ser a saída para a sustentabilidade da saúde suplementar no país, afirmam especialistas e profissionais do ramo. A possibilidade de reduzir custos, manter a saúde financeira das empresas e incentivar o uso racional dos serviços médico-hospitalares são os principais atrativos desse modelo assistencial. Além, claro, de proporcionar o bem-estar e a saúde física e mental do paciente, ajudando-o a evitar doenças, conduzindo-a melhor, por meio de atendimento, tratamento e acompanhamento adequados.





DIVULGAÇÃO

RAQUEL MARIMON

Para a presidente da Strategy, um modelo focado na promoção da saúde e na prevenção de doenças é fator de sobrevivência para as operadoras

No Brasil, muitos convênios médicos oferecem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, voltadas para públicos específicos – como idosos, doentes crônicos, mulheres, crianças, pacientes oncológicos e de serviços odontológicos. Já a oferta de planos guiados pela lógica da atenção básica – ou primária, como também é chamada – é algo mais recente, que não chega a cinco anos, e limitado a poucas operadoras. São produtos que incluem ações preventivas e de coordenação do cuidado prestado aos participantes e a seus familiares nos níveis secundário e terciário do sistema.

Estudos demonstram que em 80% dos casos em que alguém procura um serviço de saúde, o problema pode ser resolvido na atenção básica. Ela funciona como a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação, em 1990, e busca resolver questões como vacinação, pré-natal, diagnósticos clínicos, acompanhamento de doenças crônicas, saúde mental, atendimento de pequenas urgências e entrega gratuita de medicamentos. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, as questões não resolvidas são encaminhadas para consultas com especialistas e realização de exames ou hospitais, entre outros. Apesar dos avanços que o SUS alcançou, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio da atenção primária, há críticas diversas a aspectos de ordem financeira, operacional e estrutural.

Ainda assim, o modelo praticado no SUS é uma referência e um desafio para o setor particular de saúde. “Repensar o modelo assistencial, calcado em prover saúde e não em reparar uma condição de doença, provoca uma revolução no sistema”, afirma Raquel Marimon, presidente da Strategy Consultoria, especializada em opera-



ções de planos de saúde. Para as operadoras, na opinião da executiva, essa mudança é fator de sobrevivência, diante da forte tendência de queda na venda de planos corporativos (decorrente, entre outros fatores, do alto custo dos contratos e do peso que eles representam na folha de pagamento das empresas, principais financiadoras do sistema).

LINHA DO TEMPO

AS INICIATIVAS DA ANS PARA DESENVOLVER A ATENÇÃO BÁSICA ENTRE AS OPERADORAS

Fonte: ANS

2005

A ANS publica a Resolução Normativa (RN) 94, que dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras, de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças

2009

Com a Instrução Normativa (IN) 01, que regulamenta o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção e prevenção, a agência lança uma nova estratégia para o desenvolvimento da atenção básica na saúde suplementar

2011

São publicadas as RNs 264 e 265, que definem as modelagens dos programas e estabelecem formas de incentivo à participação de operadoras e beneficiários – entre elas, a possibilidade de bonificação e premiações aos usuários que aderirem aos programas

2012

A ANS promove debates, lança publicações e torna a mexer na legislação para estimular ainda mais a criação de programas. As operadoras são encorajadas a organizar seus próprios seminários, capacitar equipes multidisciplinares e adotar protocolos clínicos específicos



A atenção básica resgata a figura do médico de família, que acompanha o paciente por anos e o encaminha para especialistas quando necessário

SHUTTERSTOCK

“A gente está tentando mostrar a importância de criar projetos em que a pessoa seja o foco e o centro do cuidado”

Martha Regina de Oliveira, diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS

tro do cuidado”, esclarece Martha Regina de Oliveira, diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS. Nos debates sobre o tema, discute-se mudar a forma de remuneração de prestadores de serviço, que seriam avaliados pelos benefícios à saúde do paciente – o pagamento por *performance*. Uma prática vigente é a de não cobrar a coparticipação na consulta com especialistas que foram encaminhados pelo generalista.

É assim que funciona um dos planos da Unimed Belo Horizonte, que tem 1,2 milhão de usuários na região metropolitana da cidade. Trata-se do Unimed Pleno, lançado em junho de 2015 após dois anos de testes. Ele vincula o paciente a uma clínica da própria empresa e a um médico cooperado, que compartilha seus contatos pessoais com o beneficiário (celular, e-mail ou ambos) e o acompanha ao longo do tempo, com o apoio de uma equipe multidisciplinar. O direcionamento a especialistas é feito, se preciso, pelo médico de referência. Nesse caso, não é preciso pagar a coparticipação.

Segundo a cooperativa, redução nos atendimentos em pronto-socorro e aumento nas consultas agendadas – com generalistas e especialistas – são alguns dos benefícios alcançados. “Essa mudança no padrão de utilização da rede assistencial reflete em maior satisfação dos clientes”, diz Samuel Flam, presidente da Unimed BH. O plano tem mais de 34 mil usuários e apresenta preço inferior ao de outros produtos da cooperativa.

Em novembro de 2015, a Amil lançou em Sumaré, no interior paulista, um produto corporativo chamado Amil Life, cujo atendimento se inicia nos Clubes Vida. São planos que colocam a serviço do beneficiário uma equipe por médico, enfermeiro e agente de saúde (este último, contatável pelo celular). Também há isenção da coparticipação quando o paciente é encaminhado pela equipe para consulta com especialistas, o que acaba barateando



DIVULGAÇÃO

HANS FERNANDO DOHMANN

O diretor de Gestão de Saúde da Amil aposta em um modelo que acompanha os beneficiários doentes, especialmente os crônicos, por meio de um cuidado integrado



DIVULGAÇÃO

ANA LUIZA AUGUSTO

Segundo a diretora de Medicina Preventiva do Hapvida, um dos programas para gestantes criados pela operadora elevou a taxa de partos naturais no Recife de 21% para 29%

Marimon acredita que visão estratégica e planejamento são fundamentais para que um serviço de atenção básica prospere, já que o retorno financeiro demora em torno de 24 meses. “Empresas que estiverem focadas no resultado de curto prazo, em menos de 12 meses, terão dificuldade em iniciar seus projetos”, diz Marimon. “Muitas redefinem o investimento antes do final do primeiro ciclo de aprendizado e chegam à falsa conclusão de que prevenção não traz economia.”

DA TEORIA À PRÁTICA

Não existe uma regulamentação para planos voltados à atenção básica, mas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem estimulando a utilização desse modelo de assistência desde 2005 (*leia mais no quadro da pág. 20*). “A gente está tentando mostrar a importância de criar projetos em que a pessoa seja o foco e o cen-

ALVOS PRIORITÁRIOS

Os principais objetivos dos programas de promoção e prevenção criados pelas operadoras

- ✓ Diabetes
- ✓ Hipertensão
- ✓ Alimentação saudável
- ✓ Sobrepeso/obesidade
- ✓ Doenças cardiovasculares

SAÚDE BUCAL

- ✓ Doença periodontal
- ✓ Higiene bucal
- ✓ Cárie

- ✓ Câncer bucal
- ✓ Alimentação saudável

SAÚDE DA MULHER

1. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério
2. Câncer de mama
3. Incentivo ao parto normal
4. Alimentação saudável
5. Sobrepeso/obesidade

SAÚDE DA CRIANÇA

1. Alimentação saudável/ carências nutricionais
2. Acompanhamento do crescimento/ desenvolvimento
3. Obesidade infantil
4. Inatividade física
5. Aleitamento materno

Fonte: Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de Inovação – ANS (2014)

o custo do plano – hoje, ainda encontrado nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. “O objetivo é contribuir para uma mudança de paradigma no setor: evitar a doença e acompanhar os beneficiários que já têm enfermidades, especialmente as crônicas, por meio de um cuidado integrado”, explica Hans Fernando Dohmann, diretor de Gestão de Saúde da Amil.

Para a pesquisadora Lígia Bahia, professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), a dificuldade maior é

sair dos projetos-pilotos para a adoção de um modelo que se estenda a todos os clientes de planos de saúde. “As empresas se consolidaram com núcleos de escolha de uma lista de especialistas e não é fácil convencer os usuários sobre as vantagens da aderência a uma só equipe, coordenada por um clínico geral, e na qual participam ativamente outros profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas e dentistas.”

MÉDICO NA HORA CERTA

Se a oferta de planos voltados para a atenção primária é pequena, são muitos os projetos nessa área, em funcionamento em diversas operadoras – geralmente, de forma gratuita. A Healthways, administradora americana de programas de gestão de saúde e bem-estar, lançou no Brasil, em 2012, uma série de estratégias preventivas que permitem conhecer melhor os beneficiados e orientá-los segundo suas necessidades de saúde. As ações são feitas via plataforma digital e incluem avaliação individualizada, orientações para a adoção de hábitos saudáveis, acompanhamento periódico das pessoas com fatores de risco estabelecido (como fumantes ou indivíduos acima do peso), monitoramento de doentes crônicos e cuidados especiais com os maiores de 65 anos. “Esses programas, que atingem hoje mais de 65 mil pessoas, possibilitam ordenar o atendimento e acionar o médico na hora certa”, afirma Ana Claudia Pinto, diretora de Produtos e TI



Os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças das operadoras são, em sua maioria, dirigidos a públicos específicos, como doentes crônicos, mulheres, crianças e idosos

da Healthways. “Com o envelhecimento da população e o aumento crescente das despesas, fica claro que não é vantajoso atuar só quando a doença existe, porque, nesse caso, o custo será inevitável.”

No Hapvida, plano de saúde com atuação nas regiões Norte e Nordeste, há projetos de adesão voluntária para gestantes, mães no pós-parto e doentes crônicos. Um deles, o Nascer Bem, implantado no Recife, tem como objetivo reduzir o número de internações de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com diagnósticos relacionados à cesariana precoce. Para tanto, é feito um cadastramento das gestantes e o acompanhamento ao longo dos exames pré-natais, no parto e no puerpério. Em 2016, entre os meses de janeiro e setembro, o programa aumentou a média de partos normais de 21% para 29% – diminuindo, assim, as cesáreas marcadas e as internações de recém-nascidos em UTI. “Observamos benefícios em todos os projetos desenvolvidos”, relata Ana Luiza Augusto, diretora de Medicina Preventiva do Hapvida. “Isso significa economia.”

Para Gustavo Bielinski, gerente médico do departamento Saúde em Dia, do Centro Clínico Gaúcho, os programas preventivos são muito benéficos. “É preciso facilitar o acesso a um médico que avalie o beneficiado de forma integral”, diz Bielinski. A operadora de medicina de grupo que atua no Sul do Brasil tem investido em médicos generalistas e com especialização em medicina comunitária e de família e oferece programas para pacientes saudáveis, crônicos, internados e oncológicos.

Um dos pioneiros a apostar em ações preventivas no Brasil foi a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), fundada há 73 anos num modelo de autogestão. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, criada em 2003, dispõe de equipes multidisciplinares, com médico de família e enfermeiro, para aten-

“Com o envelhecimento da população e o aumento crescente das despesas, fica claro que não é vantajoso atuar só quando a doença existe”

Ana Claudia Pinto, diretora de Produtos e TI da Healthways

FORTE EXPANSÃO

O número de programas na saúde suplementar quase quadruplicou em cinco anos

ANO	PROGRAMAS	BENEFICIÁRIOS
2011	379	871 MIL
2013	977	1 MILHÃO
2016	1.481	1,7 MILHÃO

Fonte: ANS

dimento opcional a todos os beneficiados da carteira. Um total de 182 mil pessoas por ano passam pelo serviço – entre os mais de 1 milhão de usuários em todo o país.

Para Martha Regina de Oliveira, realizar ações preventivas dentro da lógica atual, que não prioriza a atenção primária, é como remediar o que existe de errado no sistema. A preferência, declara ela, deve ser a reorganização do sistema inteiro, o que perpassa por uma mudança de lógica assistencial e financeira. “A saúde suplementar segue um modelo de remuneração que foi feito para se ganhar dinheiro, só que na atenção básica não tem volume de procedimentos, a lógica de financiamento deve se dar pelo cuidado e o que pode ser evitado”, ressalta a diretora da ANS.

Austrália, Canadá e vários países da Europa adotam modelos de atenção primária nos sistemas público e/ou privado de saúde. Nos Estados Unidos, a reforma do setor apresentada pelo presidente Barack Obama buscou enfatizar esse modelo. Um bom exemplo americano nessa área é o trabalho da Kaiser Permanente, consórcio de gestão integrada de cuidados que apresenta um dos planos de saúde mais eficientes do país. Cobertura pré-paga, medicina integrada, estratégias preventivas e tecnologia da informação avançada são alguns dos fatores de sucesso do serviço. “É um exemplo de resultado financeiro aliado a uma excelente gestão da saúde”, avalia Raquel Marimon, da Strategy Consultoria.

Para ela, o movimento atual no Brasil é de cautela e de estudos técnicos para definir o modelo mais adequado a ser adotado para cada empresa. “Não existe receita de bolo, cada organização deve desenvolver o que é possível, dados os recursos disponíveis e o perfil epidemiológico e biométrico da população-alvo”, conclui Marimon.

PEDRAS NO CAMINHO

As dificuldades enfrentadas pelas operadoras ao criar um programa

1

Adesão dos beneficiários

.....

2

Custos operacionais

.....

3

Estruturação/ definição do programa

.....

4

Gerenciamento do programa

Fonte: Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de Inovação – ANS (2014)

A insensatez das multas

Apesar de possuírem capacidade financeira significativamente menor, as operadoras exclusivamente odontológicas carregam um peso muito maior do que o suportado pelos planos de assistência médica

Não é de hoje que as operadoras de planos de saúde reclamam dos procedimentos fiscalizatórios adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além de valores altíssimos das multas, que podem chegar a centenas de milhares de reais, considera-se haver ausência de regras claras, excesso de normativos a serem cumpridos e prazos muito curtos para o atendimento de demandas assistenciais, entre outros aspectos que dificultam o cumprimento da legislação.

Adicionalmente, há o custo associado a essas falhas. Para se defender em processos judiciais e ato administrativos, muitos deles improcedentes, as operadoras são obrigadas a gastar muito com advogados, debilitando ainda mais um setor que opera há anos com margens exíguas de lucro — quando não registram prejuízos.

De fato, é fácil verificar o aumento do número e dos valores das multas aplicadas pela ANS desde 2014 a todas as operadoras, um contrassenso, considerando-se que no mesmo período o segmento médico-hospitalar sofreu uma redução de mais de 2 milhões de beneficiários com consequente redução de receitas.

No entanto, o segmento de odontologia suplementar, que, ao contrário dos planos médico-hospitalares, registra crescimento no período, é o que mais sofre com a desproporcionalidade das multas. Isso porque sua capacidade financeira é consideravelmente menor que a das empresas que oferecem assistência médico-hospitalar.

“Em alguns casos, a desproporcionalidade do valor das multas é evidente. E o principal impacto disso é o risco financeiro que ela representa para o negócio”, diz Alferi Casalecchi, diretor da Amil Dental, operadora com quase 2 milhões de beneficiários em sua carteira.

MUDANÇA URGENTE

A diferença entre os dois segmentos da saúde suplementar foi objeto de ofício enviado pelo Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) à ANS. No documento, o Sinog demonstra que o valor disponível nas operadoras exclusivamente odontológicas para o custeio de despesas não assistenciais é 5,23 vezes menor do que nas operadoras de planos médico-hospitalares. Isso decorre principalmente das mensalidades cobradas: enquanto o ticket médio do primeiro grupo é de R\$ 14,65, no segundo grupo é de R\$ 263,60.





Denipoti, da Odontobase, reclama dos impactos das multas para pequenas operadoras odontológicas

Além da capacidade financeira, outro argumento que sustenta o pedido de diferenciação na aplicação de multas pela ANS é a baixa quantidade de reclamações de usuários de planos odontológicos – demonstração da qualidade dos serviços prestados. Em 2016, a agência registrou apenas 1.396 demandas contra as operadoras desse segmento, número ínfimo se considerado o universo de mais de 22 milhões de usuários.

Considerando esses dois aspectos que diferenciam os dois segmentos, o Sinog solicitou que a ANS revise os fatores multiplicadores para o cálculo do valor das multas impostas às operadoras odontológicas. Esse posicionamento também foi levado pela entidade ao Grupo de Trabalho de Debates Fiscalizatórios, instituído pela agência reguladora em janeiro deste ano.

O Sinog acredita que essa é a primeira medida – e a mais urgente – de uma ampla reforma para estimular o crescimento da assistência odontológica no Brasil, o que envolveria, ainda, os seguintes aspectos: margem de solvência específica para o segmento e incentivo à comercialização do plano individual/familiar com regras que possibilitem o aumento do percentual de multa por rescisão unilateral do beneficiário em período inferior à vigência do contrato, além da revisão das regras de reajuste e a instituição de planos com vigência superior a 12 meses.

INDEVIDA E DESPROPORCIONAL

Um caso emblemático das falhas da atuação fiscalizatória da ANS, bem como da desproporcionalidade das multas, ocorreu em 2015 envol-

OPERADORAS ODONTOLÓGICAS SOB RISCO

Para o presidente do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), Geraldo Lima, o valor desproporcional das multas pode inviabilizar a atividade do segmento. “Isonomia é tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais”, afirma Lima.

VISÃO SAÚDE: O que pode ocorrer com as operadoras odontológicas caso a desproporcionalidade das multas não seja resolvida?

GERALDO LIMA: O risco é termos cada vez mais multas em valores muito superiores à capacidade financeira das operadoras odontológicas, inviabilizando a atividade do segmento. Outra possível consequência seria o aumento das contraprestações como forma de se buscar um reequilíbrio financeiro.

Como o senhor classificaria a situação financeira atual das operadoras odontológicas no Brasil?

A situação financeira atual é preocupante. O passivo de multas ainda em discussão (não pagas) alcança quase R\$ 98 milhões para as operadoras de odontologia de grupo, o que

representa 4% de todo o faturamento anual do segmento. É um passivo muito elevado, portanto.

Como o Sinog tem agido para representar os interesses de seus associados nesse tema?

Estamos atuando em diversas frentes para mitigar este problema. Foram realizadas reuniões internas com os associados para identificar as dificuldades e esboçar um novo modelo de fiscalização, que seria, posteriormente, sugerido à ANS. O Sinog também tem feito reuniões com a Diretoria de Fiscalização da ANS e com técnicos da agência, além de participar do Grupo de Trabalho Debates Fiscalizatórios, instituído pela agência para discutir multas e o processo de fiscalização.



O presidente do Sinog defende que os planos exclusivamente odontológicos devem ter regulamentação específica

O senhor acredita ser necessária uma legislação específica para o segmento de operadoras odontológicas?

Sim, é uma demanda antiga do Sinog que o segmento de planos odontológicos tenha regras específicas, diferentes daquelas aprovadas para os planos médicos. Afinal, a isonomia, que significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, é um princípio constitucional.

ANS RECONHECE DISTINÇÃO DO SEGMENTO ODONTOLÓGICO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) considera adotar regras distintas para a fiscalização dos planos odontológicos. “Os dados de reclamações de usuários registrados em 2016 mostram que, quando comparado o número de beneficiários específicos do segmento, pode-se afirmar que há espaço para se discutir com a sociedade uma atuação distinta para as empresas exclusivamente odontológicas”, diz Simone Freire, diretora de Fiscalização da ANS.

Segundo Freire, o pleito apresentado pelo Sinog, de alteração do critério de cálculo de multas, está sob a análise do Grupo de Trabalho

(GT) de Debates Fiscalizatórios, instituído formalmente pela ANS em janeiro deste ano. Esse grupo é formado por representantes de operadoras, prestadores de serviços de saúde e órgãos de defesa do consumidor e tem como objetivo elaborar “um modelo de fiscalização efetivo, proporcional e eficiente”.

A ANS declara que, além de constituir o GT citado, realizou pesquisas com outros órgãos reguladores e reuniões internas com os servidores especialistas da ANS acerca do modelo de fiscalização. “Após a construção de uma proposta, ela será submetida à consulta pública”, diz a diretora de fiscalização da ANS.

vendo a operadora exclusivamente odontológica Odontobase Saúde Bucal, que possui cerca de 7 mil beneficiários na região de Santos, no estado de São Paulo.

Em junho daquele ano, uma associada solicitou a autorização para um tratamento dentário que envolvia a restauração de um dente. Segundo a Odontobase, a autorização foi concedida no dia seguinte à solicitação. Mas, para sua surpresa, quatro meses depois a ANS lavrou Auto de Infração no qual a operadora foi multada em R\$ 32.000,00. Segundo a agência, a Odontobase não havia solucionado, no tempo previsto na legislação, uma reclamação da associada em questão, que alegava não haver recebido autorização para o tratamento.

Além de o valor da multa ser desproporcional para o caso em questão e uma operadora de pequeno porte, como a Odontobase, esta nem tinha conhecimento da reclamação até aquele momento. “A ANS nos deu duas opções: ou pagar a multa com desconto, em valor de cerca de R\$ 20 mil, ou recorrer à justiça. Decidimos, então, recorrer”, diz Claudio Denipoti, diretor da empresa.

Após investigar o caso, a Odontobase descobriu que sua associada havia optado por não fazer

o tratamento no primeiro dentista consultado. E que, em setembro daquele mesmo ano, havia realizado a restauração em outro dentista credenciado, após nova autorização da operadora. Nesse meio tempo, porém, a paciente havia registrado no site da ANS uma Notificação de Investigação Preliminar (NIP), instrumento da agência destinado “à resolução de conflitos entre operadoras e usuários acerca de negativas de cobertura”.

Como não havia recebido nenhuma reclamação até aquele momento, a Odontobase não sabia da necessidade de verificar diariamente se há alguma NIP registrada por um associado – procedimento que adota hoje por segurança. Por desconhecimento, a operadora não se manifestou junto à ANS para comprovar a improcedência da reclamação. O que resultou na multa da qual foi objeto.

“Quer dizer: não cometemos nenhuma infração, demos duas autorizações nos prazos devidos. Apenas não sabíamos dos procedimentos relacionados à NIP”, diz Denipoti. “De qualquer forma, mesmo se fôssemos culpados, o valor da multa se mostra totalmente desproporcional para o caso de uma restauração”, completa o diretor da operadora.

1.396

foi o número de reclamações, em 2016, contra operadoras exclusivamente odontológicas, número equivalente a

0,00006%

do total de beneficiários do segmento.

Fonte: ANS

R\$ 72.378,74

foi o valor médio das multas aplicadas pela ANS, entre janeiro e agosto de 2016, a operadoras exclusivamente odontológicas. Esse valor equivale a 4.941 mensalidades, considerando o ticket médio de R\$ 14,65.

Fonte: ANS

R\$ 263,60

era o ticket médio dos planos médico-hospitalares em junho de 2016.

Fonte: Sinog

56%

das receitas dos planos odontológicos são destinados ao custeio de despesas não assistenciais. Nos planos médico-hospitalares, esse índice é de

17%

Fonte: Sinog

O pulo do sapo

Nos Estados Unidos, uma organização chamada Leapfrog ajuda a melhorar o sistema de saúde coletando dados sobre a rede hospitalar e tornando-os públicos

A cada minuto, minuto e meio, um brasileiro morre em algum hospital do país por causa de erros ou eventos adversos que poderiam ser evitados. Uso incorreto de medicamento, por exemplo, ou infecção hospitalar. Trata-se de uma estatística assombrosa, revelada no ano passado pelo estudo *Erros Acontecem – A Força da Transparência no Enfrentamento dos Eventos Adversos Assistenciais em Pacientes Hospitalizados*. Quem assina o trabalho, encomendado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), é a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

No Brasil, não existem métricas adequadas para a aferição da qualidade de serviços prestados na área de saúde. Ou melhor, quase não existem. Exceção seja feita ao segmento das operadoras, que podem ser comparadas com base nos critérios de avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre os prestadores de serviço, porém, a comparação é virtualmente impossível. Os prejuízos acarretados por esse quadro são muitos. E os prejudicados, diversos. A começar pelo cidadão comum, tolhido da possibilidade de fazer a escolha que julgar melhor. Mas perdem também os gestores da saúde, impossibilitados de recompensar os melhores prestadores e penalizar ou requalificar os menos eficientes. Em última análise, a falta de indicadores é mau negócio para os

próprios prestadores. Afinal, os bons acabam não tendo a excelência de seus serviços reconhecida. E os piores não se sentem compelidos a investir em requalificação.

REFERÊNCIA MUNDIAL

O Leapfrog é uma organização sem fins lucrativos que coleta e torna públicas informações sobre a rede hospitalar americana. Foi criado em 2000, por grandes compradores de serviços de saúde, em resposta a um estudo muito parecido com o da UFMG. Também intitulado *Erros Acontecem*, o trabalho indicou que, àquela altura, as mortes decorrentes de falhas evitáveis nos hospitais dos Estados Unidos variavam entre 44 mil e 98 mil por ano.

Diante desse quadro, empresas do porte de General Motors, Boeing e Ge-

neral Electric, entre outras, decidiram agir juntas, investindo na criação de uma ferramenta que permitisse verificar a qualidade do serviço prestado pelos hospitais daquele país. Como grandes compradoras de planos de saúde para seus funcionários, elas tinham o maior interesse nessa verificação. Mas a ideia ia além. O modelo seria baseado na transparência total de informações. Ou seja: além de proporcionar às empresas a compra mais inteligente possível, a tal ferramenta fortaleceria o poder de escolha dos pacientes. Também estimularia uma corrida por ganhos de *performance* entre os hospitais, já que eles mesmos poderiam se comparar. No fim das contas, a iniciativa acabaria por impulsionar a qualificação do sistema como um todo.

FOTO: SHUTTERSTOCK



AS VANTAGENS DA TRANSPARÊNCIA

Ao participar da pesquisa do Leapfrog, os hospitais saem ganhando da seguinte maneira:

- ✓ Criam uma cultura de transparência
- ✓ Fazem *benchmark* de desempenho
- ✓ Melhoram a capacidade de planejamento
- ✓ Demonstram compromisso com qualidade
- ✓ Obtém reconhecimento público

Fonte: The Leapfrog Group

Assim nasceu o Leapfrog, hoje considerado uma referência mundial.

“Saber como o sistema funciona é um direito fundamental, tanto dos usuários quanto dos compradores de serviços de saúde”, diz Matt Austin, professor da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins e supervisor científico de Pesquisa Hospitalar da organização. A coleta dos indicadores de qualidade e segurança junto aos hospitais, segundo Austin, é feita uma vez por ano, por meio de uma pesquisa respondida voluntariamente (*leia mais no quadro ao lado*). Depois de processadas as informações, elas viram um relatório público. Quem envia as perguntas e cobra engajamento são os chamados líderes regionais – mais de 40 grandes empresas, todas mantenedoras da organização. A Boeing, por exemplo, é a líder na região de Seattle, onde emprega 40 mil pessoas.

Aí o leitor pergunta: se a participação dos hospitais é voluntária, funciona? Poderia ser melhor, mas funciona. Na versão mais recente da pesquisa, 1.800 dos 3.500 hospitais gerais dos Estados Unidos participaram (pouco mais de 50%). E quem garante que as informações fornecidas são verdadeiras ou precisas? O próprio pessoal do Leapfrog. “Vamos a todos os hospitais para che-

car as respostas, verificando se há documentação que comprove o que foi respondido”, diz Austin.

Outra iniciativa do Leapfrog é o Hospital Safety Score (*Placar de Segurança Hospitalar*), criado em 2012 e mais dirigido aos usuários do sistema que aos grandes compradores de serviços. Ele é alimentado por dados coletados tanto pela organização quanto pelo MediCare, o órgão regulador dos seguros de saúde nos Estados Unidos. Suas informações são atualizadas de 6 em 6 meses e ficam todas disponíveis no website do Leapfrog (www.leapfroggroup.org), brilhantemente organizadas. “Os hospitais são classificados com notas que vão de A a F”, explica Austin. “Você pode fazer buscas por CEP ou cidade e comparar na hora os estabelecimentos daquela área.”

O dinheiro que financia as atividades do Leapfrog vem de doações, da mensalidade paga pelas empresas associadas e, principalmente, da venda de dados. “Todos os grandes planos de saúde dos Estados Unidos, como Cigna, Aetna e United Healthcare, compram nossas informações para usá-las em seu planejamento”, diz Austin. “E vendemos também para terceiros, como o WebMD [*um portal americano de saúde*] e a Castlight Health [*plataforma digital voltada ao setor de assistência médica*].

CHOOSING WISELY

Conheça o movimento americano que chegou ao Brasil para empoderar os pacientes

Inexiste no Brasil algo semelhante ao Leapfrog, mas isso não significa que ninguém se preocupe em fortalecer a escolha dos pacientes. Esse é o caso, por exemplo, de uma iniciativa denominada Choosing Wisely Brasil, movimento surgido nos Estados Unidos em 2012 e atuante entre nós desde 2015.

Na prática, o Choosing Wisely é um projeto colaborativo, protagonizado por sociedades brasileiras de especialidades. Sua missão, em poucas palavras, é elaborar listas de recomendações com base em evidências

científicas e denunciar condutas médicas que, embora sejam correntes, não deveriam ser adotadas. Ao propagar a informação correta, os colaboradores do projeto acreditam estar contribuindo não só para o empoderamento do paciente na hora de optar por este ou aquele tratamento, mas também para o controle do uso inapropriado – muitas vezes, exagerado – de recursos da saúde.

Até agora, já saíram três listas – Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Medicina

de Família e Academia Brasileira de Medicina Hospitalar. Resta saber se essas informações realmente chegarão aos usuários do sistema de saúde, de maneira clara e objetiva. “Nos próximos meses e anos, as demais sociedades também farão suas listas, de modo a tornar os pacientes cada vez mais bem informados”, diz o médico Paulo Fabricio Nogueira Paim, coordenador nacional do Choosing Wisely Brasil. “Só toma uma decisão sábia quem tem a melhor informação.”

OS 5 DOMÍNIOS DO LEAPFROG

Esses são os eixos da pesquisa feita pela organização junto aos hospitais americanos

1. Segurança no uso de medicação
2. Gestão de pacientes internados
3. Atendimento na maternidade
4. Cirurgias de alto risco
5. Doenças adquiridas no hospital

Fonte: The Leapfrog Group



DIVULGAÇÃO/IESS

FÁCIL NÃO É, MAS...

Agora responda: não seria um sonho ter algo parecido com o Leapfrog no Brasil? Para Matt Austin, isso é possível, pelo menos em tese. Durante um seminário internacional promovido em São Paulo pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), no ano passado, ele falou sobre a aplicabilidade do modelo em países emergentes. E disse que o Brasil reúne duas condições fundamentais para a iniciativa dar certo: é um grande mercado de planos de saúde (o segundo maior do mundo, atrás apenas do americano) e tem uma classe média em expansão (apesar da crise econômica, que vem freando o processo).

Há especialistas no assunto que concordam com Austin, como o professor Paulo Furquim, coordenador do Núcleo de Regulação e Concorrência do Insper. Para ele, a crise é um problema real, mas momentâneo. A tendência, na avaliação do professor, é de retomada progressiva da atividade econômica, com efeitos obviamente positivos no setor da saúde suplementar. “Mas não acho que seria fácil criar no Brasil algo semelhante ao Leapfrog”, reconhece Furquim. “Acredito que, sim, a oportunidade estará dada, mas oportunidades muitas vezes são perdidas”. No entendimento do professor, o mercado brasileiro de planos de saúde é bem mais complexo que o americano. E a falta de transparência nas

informações sobre ele, bem mais grave. “Se nos Estados Unidos o Leapfrog levou 10 anos para sair do zero e chegar onde está, aqui possivelmente demoraria muito mais.”

Furquim destaca a importância da transparência, que está na base de experiências como a do Leapfrog. “O poder de escolha do consumidor, fundamentado em informações claras e precisas, é o que faz qualquer setor funcionar bem”, diz o professor. “Aqueles que prestam os melhores serviços tendem a prosperar. Já os piores correm atrás para se igualar ou simplesmente desaparecem. As duas coisas fazem o sistema todo evoluir.”

E o Ministério da Saúde, o que teria a dizer sobre isso? No mesmo seminário internacional do qual participou Matt Austin, havia um representante da pasta. Era Francisco de Assis Figueiredo, secretário de Atenção à Saúde. Durante um debate, perguntaram se ele considera viável a criação no Brasil de algo parecido com o Leapfrog. Figueiredo respondeu que sim, mas não explicou como. Apenas divagou longamente sobre o imenso desafio representado por uma iniciativa desse tipo. O secretário tem razão, as dificuldades seriam muitas. Mas obstáculos existem para ser superados. Além do mais, ninguém disse que seria fácil – nem aqui, nem nos Estados Unidos.

“Saber como o sistema funciona é um direito fundamental, tanto dos usuários quanto dos compradores de serviços de saúde”

Matt Austin, supervisor científico do The Leapfrog Group

QUEM SOMOS E COMO ESTAMOS EM 10 ITENS

Saiba mais sobre as características e o desempenho dos segmentos de medicina e odontologia de grupo no Brasil

1. Medicina de grupo e odontologia de grupo são duas das sete modalidades de planos de saúde existentes no Brasil, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada, de 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor. Essas duas modalidades se caracterizam por possuir redes próprias e credenciadas de atendimento, cobrando de seus beneficiários – pessoas físicas e jurídicas – um valor fixo *per capita*. As outras modalidades de planos de saúde no Brasil são: seguradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão e filantropia.

2. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), fundada em 1966, é uma entidade sem fins lucrativos que representa os interesses de cerca de 150 empresas de medicina de grupo perante órgãos federais, estaduais e

municipais, contribuindo também para organizar e disciplinar esse segmento.

3. O Sindicato das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), fundado em 1996, representa os interesses das operadoras de odontologia de grupo, promovendo o intercâmbio de informações entre os associados e incentivando o debate entre as empresas de planos odontológicos, agência reguladora, prestadores de serviço e população em geral.

4. Existem 276 operadoras ativas de medicina de grupo no Brasil (ANS – dezembro de 2016), atuantes em todos os estados e no Distrito Federal. O estado com menor número de beneficiários é Roraima, com 446; São Paulo é o estado com maior número de beneficiários, com um total de 8.382.833.

5. Um total de 236 operadoras de odontologia de grupo estavam ativas em dezembro de 2016, segundo a ANS. Também presentes em todos os estados brasileiros, assim como no Distrito Federal, possuem mais beneficiários em São Paulo, com 5.773.286, sendo que o menor número se localiza em Roraima, com 5.588.

6. Há três tipos de plano de saúde oferecidos por operadoras de medicina de grupo ou de odontologia de grupo. Além da categoria destinada a indivíduos ou famílias, há dois tipos de planos coletivos. O empresarial, por meio do qual se presta assistência a funcionários (e seus dependentes) de uma determinada empresa; e o coletivo por adesão, contratado por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações.

7 A medicina de grupo foi a única que cresceu entre dezembro de 2015 e dezembro de 2016, último período com dados atualizados, considerando todas as modalidades de planos médico-hospitalares. Na média, o número de beneficiários dos planos de saúde caiu 2,8% nesse período.

VARIAÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE

Período de dez/2015 a dez/2016

Medicina de grupo	▲1,5%
Autogestão	▼4,7%
Cooperativa médica	▼5,4%
Filantropia	▼6,3%
Seguradora	▼4,4%
Média	▼2,8%

Fonte: elaborado pela Abramge a partir de dados da ANS.

8 Os preços competitivos praticados pela medicina de grupo, fruto da eficiência administrativa e do uso de rede própria de atendimento, é um dos motivos que explica esse bom desempenho comparado às demais modalidades de planos de saúde. Apenas as filantrópicas, que não tem fins lucrativos, praticam preços mais baixos.

TICKET MÉDIO POR MODALIDADE DE OPERADORA

Primeiro semestre de 2016

Medicina de grupo	R\$ 217,10
Autogestão	R\$ 310,23
Cooperativa médica	R\$ 241,24
Filantropia	R\$ 191,55
Seguradora	R\$ 416,99

Fonte: elaborado pela Abramge a partir de dados da ANS.

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

MEDICINA DE GRUPO

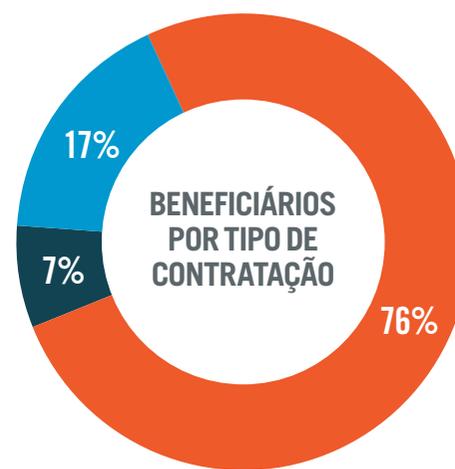
Individual ou familiar	23%
Coletivo empresarial	68%
Coletivo por adesão	9%



Fonte: ANS, dezembro de 2016.

ODONTOLOGIA DE GRUPO

Individual ou familiar	17%
Coletivo empresarial	76%
Coletivo por adesão	7%



Fonte: ANS, dezembro de 2016.

9 Os planos odontológicos registraram crescimento do número de beneficiários, andando na contramão do mercado de planos médico-hospitalares, que sofreram queda. Na média, todas as modalidades somadas apresentaram um aumento de 3,8% entre dezembro de 2015 e dezembro de 2016.

10 Operadoras de medicina de grupo, que também oferecem planos odontológicos, apresentaram desempenho muito acima das demais modalidades nesse período, com evolução de 37,4%. Já as empresas de odontologia de grupo registraram queda de 5,6% no número de beneficiários exclusivamente odontológicos, mas continuam disparadas como a modalidade mais importante, com um total de 12.106.236 beneficiários.

DESEMPENHO DO MERCADO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS POR MODALIDADE

(período: dez/2015 a dez/2016)

Medicina de grupo*	▲37,4%
Odontologia de grupo	▼5,6%
Autogestão	▲1,6%
Cooperativa médica*	▲4,6%
Cooperativa odontológica	▲0,5%
Filantropia	▼4,8%
Seguradora	▲11,1%

*também oferece planos odontológicos

Fonte: elaborado pela Abramge a partir de dados da ANS.

Cerco à máfia das próteses

Em livro, diretor da Abramge revela a extensão de rede criminosa que envolve médicos, fabricantes de dispositivos e advogados, prejudicando pacientes, planos de saúde e o SUS

Em um exemplo cabal de como a corrupção está inserida na sociedade brasileira, a chamada “máfia das próteses e órteses” funciona mais ou menos assim: uma pessoa tem um problema ortopédico e procura um médico, que é pago (ilegalmente) por uma empresa fabricante ou importadora de dispositivos – como implantes, pinos ou parafusos – a cada vez em que usa um de seus produtos. Caso o tratamento seja negado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por um plano de saúde, o paciente recorre a advogados especializados em obter liminares judiciais.

Essa engrenagem induz a realização de cirurgias desnecessárias, podendo causar danos irreparáveis à saúde das pessoas e prejuízos milionários aos sistemas público e privados de assistência médica. Para chegar aos seus objetivos, promove fraudes em relatórios médicos e licitações, manipulação da justiça com alegações falsas de urgências e superfaturamentos de materiais e procedimentos cirúrgicos hospitalares.

O livro *A máfia das próteses – uma ameaça à saúde*, lançado em fevereiro, descreve com detalhes o *modus operandi* e o impacto para o sistema de saúde desse conluio entre empresas, profissionais da saúde e advogados, que atuam intensamente não só na ortopedia, mas também em outras especialidades, como cardiologia, neurologia e odontologia, em um mercado que já movimentava mais de 1,5 bilhão de dólares ao ano no Brasil somente na aquisição de órteses, próteses e materiais especiais (OPME).

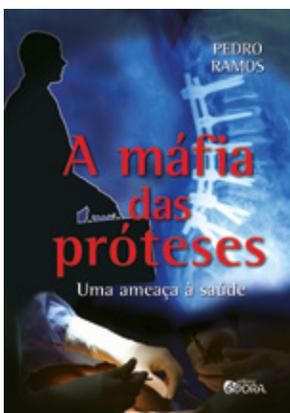
O autor da obra, o diretor da Abramge Pedro Ramos, vai além do diagnóstico e propõe dez medidas para combater a máfia das próteses, entre elas o aprimoramento do modelo de financiamento da saúde, que remunera por serviços e, portanto, funcionaria como indutora de demanda por OPME. Ramos também propõe a criação de uma divisão policial especializada nesse tipo de crime e liderou o ingresso de 11 ações na justiça dos EUA, por parte da Abramge, contra empresas fabricantes de OPME. Dessas 11, cinco já procuraram a associação para buscar acordos.

“Nosso objetivo é que essas empresas mudem suas práticas nos países em que atuam”, diz Ramos.

A DANÇA DOS PARAFUSOS

Um dos casos reais descritos no livro foi o que vitimou Stela Marli Vignochi, cujas fortes dores na perna direita a levaram a um primeiro médico, dr. Sérgio Zylbersztein, em 2002. “Não opere”, recomendou o profissional, para quem tratamentos conservadores ofereciam melhores resultados para o caso de Stela. Ela, porém, decidiu ouvir outro especialista, que não titubeou ao sugerir a cirurgia imediata para colocação de implantes importados. Esse médico também apontou a necessidade da contratação de um advogado, ante a negativa de cobertura do plano de saúde.

Após obter uma liminar na justiça, garantindo-lhe o direito de fazer o procedimento com o material recomendado, Stela teve sua coluna remendada com espaçadores e recebeu quatro parafusos.



**A máfia das próteses –
Uma ameaça à saúde**
Editora Évora, 192 páginas
Autor Pedro Ramos



Pedro Ramos na noite de lançamento do livro. Ele propõe dez medidas de combate à máfia, entre elas o aprimoramento do modelo de financiamento da saúde, que induz a demanda por OPME

Porém, as dores só aumentaram e seu médico a convenceu da necessidade de outra cirurgia, desta vez para colocação de um enxerto ósseo. O procedimento foi realizado, mas não resolveu o problema da paciente, que concordou com uma terceira intervenção cirúrgica, na qual os quatro parafusos originais foram substituídos por seis

Em pouco mais de três anos, Stela passou por seis cirurgias para a implantação ou remoção de parafusos na coluna, sempre acreditando que a próxima intervenção acabaria de vez com suas dores

novos, e uma quarta, em que o mesmo profissional tentou retirar os parafusos, mas não obteve sucesso, deixando no corpo da paciente metade de um deles. Detalhe: os dez parafusos usados até então foram fornecidos pelo mesmo fabricante.

Após quatro cirurgias em menos de três anos, e um período em que teve de usar cadeira de rodas e muletas para se locomover, Stela deu um basta e decidiu mudar de médico. Mas a trama continuou: mais uma vez a paciente foi convencida a receber dez parafusos, numa operação que custou quase 110 mil reais ao plano de saúde. Como se estivesse fazendo parte de um roteiro surrealista, Stela seguiu com dores e recorreu a um outro profissional, que realizou a sexta cirurgia na coluna da paciente, retirando dois parafusos e decretando que nada mais poderia ser feito para reparar o estrago causado pelas sucessivas intervenções.

NÚMEROS DA MÁFIA DAS PRÓTESES

R\$ 10 BILHÕES

É O VALOR ANUAL DE AQUISIÇÃO DE OPME NO BRASIL

10% a 40%

DO VALOR DE UM OPME SÃO PAGOS EM PROPINA AOS MÉDICOS PELOS FABRICANTES

14 MIL

NOVOS PRODUTOS LANÇADOS POR ANO NO BRASIL

70%

DAS CIRURGIAS NO BRASIL ENVOLVEM A IMPLANTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO

3.000%

FOI A VARIÇÃO DE PREÇO DE UMA PRÓTESE DE QUADRIL CONSTATADA PELA CPI DAS PRÓTESES, INSTALADA EM 2015

SEM PLANO NÃO DÁ PARA FICAR

O que fazer quando se perde o plano de saúde que o patrão patrocinava? Um jornalista de São Paulo passou por esse drama e encontrou uma solução

Ele tinha um bom emprego, era editor de uma das revistas de maior circulação país. Salário justo, vaga no estacionamento da empresa, refeitório excelente, ótimos companheiros de trabalho... E aquilo que lhe parecia ser o mais importante de tudo: um baita plano de saúde. Afinal, quem não gosta de ter um plano bacana, financiado pelo patrão? Segundo uma pesquisa do Ibope relativamente recente, feita em 2015, esse é o terceiro maior desejo dos brasileiros, atrás apenas de educação e casa própria. Isso quer dizer que o acesso à saúde privada é prioridade para quase todo mundo neste país – inclusive para o jornalista em questão, o paulista Eduardo Lima, àquela altura com 40 anos, casado e pensando seriamente em ser pai pela primeira vez.

O problema é que a vida, de tempos em tempos, coloca uns desvios imprevistos no nosso caminho. Um belo dia, Eduardo



Eduardo Lima e sua mãe, dona Dagmar: economia de até 30% com plano de saúde empresarial

RENVIO PIZZUTTO

acordou insatisfeito demais com a rotina e resolveu que pediria as contas. Assim, na base do impulso, sem nenhum outro emprego em vista. Retomaria uma vida que muito lhe agradava, a de jornalista *freelancer*. Voltaria a encontrar algum prazer no trabalho. Mas daria adeus a todas as benesses da carteira assinada, como férias, décimo terceiro etc. E o pior: perderia aquele baita plano de saúde.

Sem plano, Eduardo tinha certeza de que não seria possível ficar. Mas como contratar um serviço equivalente ao que o empregador lhe proporcionava? Como freela, sua renda diminuiria. O jeito seria vasculhar o mercado atrás de um plano barato, com a melhor relação custo-benefício possível. Liga para operadora daqui, compara com operadora dali, conversa com os pais, com os amigos, com o dono da padaria... Até que alguém, ele já nem se lembra direito, sugere algo tão óbvio que Eduardo nem conseguia ver. Por que não contratar um plano empresarial? O jornalista foi investigar. E acabou descobrindo que, pelo menos nesse caso, a emenda ficaria bem melhor que o soneto. Na modalidade empresarial, seria possível a contratação de um plano que garantiria cobertura não apenas para ele e sua esposa, mas também para seus pais, ambos na faixa dos 65 anos. Sim, porque Eduardo era um empreendedor, pessoa jurídica desde 2004, e manteve seu CNPJ ativo enquanto permaneceu empregado. Além do mais, sua mãe era sócia do negócio – com participação de 1%, mas era. Resultado: plano empresarial para todos, com a esposa e o pai como dependentes. No fim das contas, ficou tudo mais barato para todo mundo. E um peso enorme desapareceu das suas costas.

Muita coisa aconteceu na vida de Eduardo desde então. Ele teve uma filha,

Segundo pesquisa do Ibope, plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros, atrás apenas de educação para os filhos e casa própria para a família

trocou de plano de saúde duas ou três vezes, investiu em um novo negócio, acabou se separando. E a crise, esse encosto que teima em não largar o país, foi sentida, a exemplo do que ocorreu com a maioria dos empreendedores. Seu atual plano já não cobre a esposa, que agora é ex-esposa, e os pais. Os dois únicos beneficiários, agora, são apenas ele mesmo e sua filha, a pequena Luna, hoje com cinco anos. Mas continua sendo empresarial. Essa opção, no entendimento do jornalista, ainda é a que apresenta melhor relação custo-benefício – uma economia, segundo ele, que pode chegar a 30% na comparação com outras modalidades de contrato.

Enquanto esteve protegida pelos diferentes planos empresariais contratados por Eduardo, a mãe do jornalista usou-os bastante. Precisou, inclusive, de uma cirurgia de vesícula, com dois dias de internação. Tudo aconteceu em um dos melhores hospitais do ABC paulista, onde mora. O

apartamento era privativo, quase um quarto de hotel. A família inteira, evidentemente, achou ótimo, zero de insatisfação. Era exatamente o que todos esperavam de um plano de saúde caro, mas que prometia qualidade e conforto. Todas as vezes em que o pai precisou de assistência, também saiu plenamente satisfeito. Sem contar a segurança que a cobertura lhes proporcionava mesmo quando ninguém precisava de atendimento médico. “Como o plano empresarial ficava mais barato, dava para contratar uma cobertura melhor”, diz a mãe, dona Dagmar. “Nesses tempos de dinheiro curto, a gente precisa escarafunchar”. Por “escarafunchar”, informa Eduardo, entenda-se fuçar, procurar, pesquisar, rebolar, fazer o que for necessário até desencavar a melhor solução.

Diferentemente dos pais, o jornalista usou poucas vezes seus planos de 2010 para cá. Estilo de vida saudável? Dietas rígidas? Corpo fechado? Nada disso, apenas desleixo mesmo. Eduardo sempre foi, segundo ele mesmo, um completo negligente com a saúde. Sua menina quase nada demandou dos planos também, salvo meia dúzia de corridas ao pronto-socorro. Os únicos pediatras que atenderam nos seus cinco primeiros anos de vida nunca constaram no “livrinho” de nenhum dos planos. Foram indicados por amigos – algo que, para os pais da criança, faz toda a diferença. Ainda assim, ninguém na família tem dúvida: sem plano de saúde, não dá para ficar; e se é para ter, que seja o melhor possível.

Antes de encerrar mais uma história com final feliz, um detalhe que talvez surpreenda o leitor: quem escreveu este texto foi o próprio Eduardo Lima, um dos responsáveis pela produção de conteúdo da revista *Visão Saúde*.

Produtividade em hospitais

ESTUDIOSA APONTA ATRASO NOS CONCEITOS E NAS PRÁTICAS HOSPITALARES NO BRASIL, EXPRESSA NO PREDOMÍNIO DAS PEQUENAS UNIDADES, NA DESVALORIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS E NA OCIOSIDADE DAS INSTALAÇÕES

POR ANA MARIA MALIK*

Como em qualquer recurso instalado, em todas as áreas da economia, espera-se de hospitais que usem sua capacidade de maneira completa e com bons resultados na atividade fim (no caso, atividade assistencial). Isso significa que não é possível falar em produtividade sem ter em conta o produto final. Existem diversas maneiras de se medir produtividade, mas, de maneira geral, pode-se dizer que no Brasil este indicador tem muita oportunidade de melhoria: segundo o índice Bloomberg de eficiência em saúde (2014) o Brasil está no 50º lugar, entre 51 países, à frente da Rússia, mas atrás de Azerbaijão, Argélia, Colômbia, Irã, e Bulgária (*ranking completo no link: goo.gl/xZGDNY*).

Certamente o fato de, dos 5.690 hospitais em funcionamento segundo o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) em julho de 2016, 4.021 (71%) serem de pequeno porte (abaixo de 50 leitos) já é um importante testemunho do desperdício do insuficiente recurso financeiro disponível para a saúde no país. É internacionalmente reconhecida a ineficiência (na grande maioria dos casos) de unidades desse tamanho considerando simultaneamente seus resultados assistenciais e financeiros. Baixos volumes de produção em saúde dificilmente levam a uma elevada qualidade assistencial. Simultaneamente, verifica-se ociosidade de suas instalações e portanto desperdício.

Ao mesmo tempo, achados de pesquisas realizadas no GVsaúde em 2016 e 2017 evidenciam dois tipos diferentes de problemas de eficiência. Por um lado, questões ligadas à política hospitalar: no Brasil, os leitos existentes e a assistência de maneira geral são praticamente todos destinados a pacientes agudos. Em Portugal, por exemplo, existe uma política para cuidados continuados, que considera organizações de longa permanência e até cuidados levados ao domicílio dos pacientes crônicos e/



Conhecimento, proatividade, preocupação com a saúde (antes de com a doença) e com seus determinantes sociais são fatores contributivos para o aumento da produtividade

ou idosos e/ou sociais. Além disso, às vezes, em serviços para pacientes crônicos, quando estes têm alta, acabam não voltando à sua residência por variáveis ligadas também à gestão hospitalar: falta de transporte, baixa disponibilidade de cuidadores, infraestrutura deficiente nas moradias, entre outras.

Por outro lado, há problemas ligados aos fluxos internos dos hospitais, como a gestão de leitos, que é desconsiderada em diversos serviços. Empresas de consultoria se esforçam para aumentar a rotatividade de leitos, fazendo com que mais pacientes – que necessitem de internação (e até alguns que não precisem) – consigam ser internados, aumentando a capacidade de ocupação sem necessidade de construção de mais infraestrutura física. São necessárias gestão, análise e mudança de processos e trabalho em equipe, pois uma gestão integral, na qual as áreas da organização não tenham dono (mas sim responsável) e em que ocorra planejamento de alta,

desde o momento da internação ou da consulta ambulatorial ou ainda do pronto atendimento, permite otimizar este andamento.

Técnicas administrativas e instrumentos de gestão são apenas auxiliares. Sistemas informatizados, *lean*, planejamento estratégico, gestão da qualidade, BSC são algumas das diferentes armas ao alcance dos gestores. Essas e muitas outras estão disponíveis, mas serão tanto mais úteis quanto mais os administradores tiverem interesse, conhecimento e liderança para utilizá-las. Não se consegue implantar qualquer mudança, caso os trabalhadores não estejam de acordo, caracterizando uma das funções da administração, de vender ideias. No Brasil o medicocentrismo, a não valorização dos profissionais de nível técnico e o individualismo de forma geral apontam para um modelo de saúde ainda muito próximo daquele do século 20.

Por outro lado, há conceitos também da moda que englobam mais atitudes ou princípios do que, de fato, técnicas. Entre eles, a governança, que se ocupa também da transparência, do cumprimento de regras e da responsabilidade social. O mau uso dos recursos da saúde – demasiados, equivocados e/ou insuficientes – às vezes pode ser considerado antiético e acaba por interferir na sustentabilidade setorial. Esta, além de ter repercussão financeira, também deve considerar a utilização adequada dos insumos.

Conhecimento, proatividade, preocupação com a saúde (antes de com a doença) e com os seus determinantes sociais são fatores contributivos para o aumento da produtividade em cada parte do setor. Cada vez mais, no século 21, identifica-se a saúde como uma área que requer atuação multissetorial, interprofissional e coletiva.



ANA MARIA MALIK, MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PELA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS E DOUTORA EM MEDICINA PREVENTIVA PELA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.



12º Simpósio de Planos Odontológicos

O maior evento de odontologia está chegando.

PREPARE-SE!

11 E 12 DE MAIO

Centro Fecomércio de Eventos

Rua Doutor Plínio Barreto, 285 - Bela Vista - São Paulo - SP

Tema

**“Odontologia Suplementar e seus paradoxos:
Visões de Negócios e suas interfaces para o
aprimoramento do segmento”**



Informações:

(11) 3289-7299

www.sinog.com.br/simplo
sinog.eventos@sinog.com.br

REALIZAÇÃO



PATROCINADORES PARCEIROS



PARCEIROS COMERCIAIS



APOIO INSTITUCIONAL





CUIDADOS DE SAÚDE
MODERNOS
FUNCIONAM MELHOR QUANDO
CONECTAMOS
CADA VEZ MAIS PONTOS



OPTUM

Pessoas. Tecnologia. Dados. Ação.

MAIS SAUDÁVEL É AQUI

Quem tem o maior impacto sobre a nossa saúde? O médico, o farmacêutico, o plano de saúde ou as políticas públicas? Para fortalecer cuidados de saúde modernos, acreditamos que a resposta reúne todos os itens acima e mais. Afinal, a única maneira de tratar uma pessoa por inteiro é engajando todo o sistema de saúde. Como uma empresa de serviços de saúde e de inovação, estamos conectando cada parte do sistema por meio da combinação de dados e análises com tecnologia e expertise. Porque quando se trata de fazer o Mais Saudável acontecer, nós estamos todos juntos nisso.

optum.com.br