

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2017



abramge • sinamge • sinog

ANO 2 Nº 05
ISSN 2448-0630

CRESCER O OUTSOURCING

A REDUÇÃO DE CUSTOS E O DESEJO DE MAIOR FOCO NO SEU *CORE BUSINESS* LEVAM PLANOS DE SAÚDE DE TODOS OS PORTES A AUMENTAR A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS

CONGRESSO JURÍDICO

JURISTAS, EMPRESÁRIOS E GOVERNO CONCORDAM NA NECESSIDADE DE BUSCAR SAÍDAS PARA EVITAR O GRANDE AUMENTO DE AÇÕES JUDICIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

ENTREVISTA EXPLOSIVA

MÉDICO E PESQUISADOR DINAMARQUÊS PETER GÖTZSCHE NÃO POUPA CRÍTICAS À INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS E DE DISPOSITIVOS CIRÚRGICOS



BIG DATA NA SAÚDE

O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM DIAGNÓSTICOS, EM TRATAMENTOS E NA GESTÃO DE OPERADORAS E HOSPITAIS COMEÇA A SE TORNAR REALIDADE NO BRASIL



TREINAMENTOS ESPECÍFICOS PARA GESTORES DE SAÚDE

A UCA promove cursos, seminários e eventos que auxiliam o desenvolvimento dos profissionais que atuam na saúde suplementar.



PRÓXIMOS SEMINÁRIOS

20 • 09 • 2017

SEMINÁRIO ODONTO

9h00 às 17h00

Formação de Preços nos Planos Odontológicos

25 • 10 • 2017

SEMINÁRIO CONTAS MÉDICAS

9h00 às 17h00

Auditoria e Análise de Contas Médico-Hospitalares:
O que estamos realmente auditando?

29 • 11 • 2017

SEMINÁRIO ODONTO

9h00 às 17h00

Dimensionamento de Rede na Área de Planos Odontológicos

Renomados conferencistas apresentam e debatem com os participantes conteúdos altamente enriquecedores.

Tel.: 11 **3289.7511**

www.abramge-uca.com.br

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



EDITORIAL

Grandes promessas

Um clássico da literatura de ficção científica, *1984*, de George Orwell, previa uma sociedade altamente vigiada em que o Grande Irmão usava a tecnologia para acompanhar todos os passos dos cidadãos e usava esse conhecimento para a tirania. Muitos leitores ficaram assustados com essa perspectiva; outros, porém, desdenharam dessa possibilidade, qualificando-a como um evidente exagero.

Pois bem, caro leitor da *Visão Saúde*: já estamos na era do *big data*, termo cunhado em 2008 pelo empreendedor de tecnologia Haseeb Budhani para designar a análise de grandes volumes de dados não estruturados, isto é, que não estejam minimamente organizados. Isso somente se tornou possível com o uso de potentes processadores e algoritmos que auxiliam cientistas de dados a chegar a novas conclusões a partir do cruzamento de diversas informações.

No caso da saúde, área em que a análise de dados em massa ainda é incipiente, as possibilidades são muito promissoras, como dar eficiência à gestão de unidades de assistência médica e auxiliar médicos no diagnóstico de doenças raras. Isto é, ao contrário do que acontecia no livro *1984*, o *big data* em saúde pode ser usado para salvar vidas, não para sufocá-las.

A matéria de capa [1] desta edição conta o que já está sendo feito por operadoras de planos de saúde, institutos de pesquisa e hospitais brasileiros no que se refere a *big data*. E projeta o que se pode esperar no futuro próximo.

Outra matéria interessante trazida pela *Visão Saúde* tem como foco a crescente terceirização no sistema privado de saúde [2], o que deve se intensificar ainda mais com a recente legislação federal que flexibiliza as regras sobre o tema. A expectativa é de que se atinja maior eficiência e produtividade por meio da terceirização de áreas que não fazem parte do *core business* das empresas de saúde, ou seja, tudo que não se refira a prevenir e tratar doenças.

Por sua vez, a entrevista [3] traz a palavra direta do médico dinamarquês Peter Gøtzsche, uma das vozes mais eloquentes no mundo acerca das práticas irresponsáveis e criminosas de muitas empresas da indústria farmacêutica e de dispositivos cirúrgicos. Segundo ele, a corrupção é generalizada e responsável pela morte de pacientes, por grandes desperdícios e pelos altíssimos custos de tratamentos de alta complexidade.

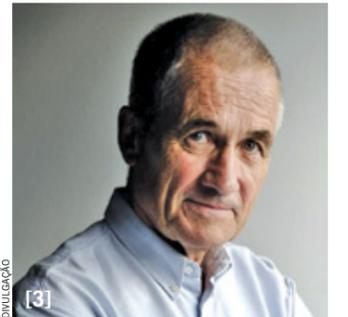
Boa leitura.



[1]



[2]



[3]



18

6 PÁGINAS AZUIS

O médico e pesquisador dinamarquês Peter Gøtzsche defende que os altos preços dos medicamentos estão relacionados mais à corrupção do que aos custos das pesquisas para seu desenvolvimento

CAPA

18 BIG DATA

A inteligência artificial está chegando à área de saúde do Brasil, prometendo dar mais eficiência à gestão de unidades assistenciais e mais precisão a diagnósticos e tratamentos clínicos

22 OUTSOURCING

Saiba por que operadoras médico-hospitalares e odontológicas estão terceirizando cada vez mais

26 CONGRESSO JURÍDICO

Especialistas apontam os caminhos para a redução da judicialização na saúde do Brasil

SEÇÕES

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



RENATO PIZZUTTO

CAPA: SHUTTERSTOCK



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 ABRAMGE
- 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 Fraidenraich (REPORTAGEM)
- Kátia Shimabukuro (REVISÃO)
- Marcio Penna (ARTE)

PUBLICIDADE

Nominal Representações
11 3063-5677 / 11 98187-5880

IMPRESSÃO

Ipsis

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

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

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

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

RESOLVA SEUS PROBLEMAS
DE TI DEFINITIVAMENTE

Sistema de Gestão para Operadora Odontológica



MANTENHA O FOCO
NO SEU NEGÓCIO

REDUZA SEUS
GASTOS COM TI

TOME DECISÕES
CONFIÁVEIS

VENHA PARA O
DATASYS!

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

	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

+ 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





Verdades inconvenientes

Com base em evidências científicas, o médico dinamarquês **Peter Gøtzsche** derruba paradigmas e revela ao mundo as fraudes cometidas pela indústria farmacêutica

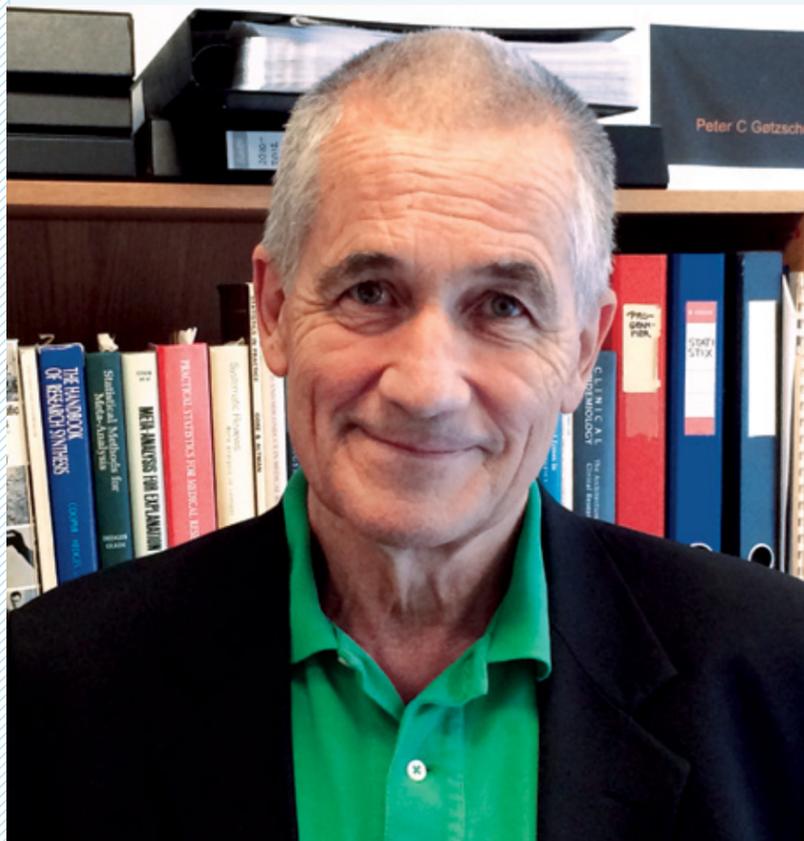
Professor da Universidade de Copenhague e presidente do Nordic Cochrane Center, o dinamarquês Peter Gøtzsche é um dos mais influentes e controvertidos pesquisadores da área médica nos tempos atuais. Graduado em química, biologia e medicina, Gøtzsche possui grande experiência em testes clínicos e assuntos regulatórios. Em 1993, foi um dos fundadores da Cochrane, rede global que reúne mais de 30 mil profissionais de saúde com o propósito de contribuir para a tomada de decisões médicas com base em evidências científicas. Em mais de 70 artigos publicados nas cinco maiores revistas científicas do mundo – as chamadas “*big five*” – e quatro livros com traduções em diversas línguas, inclusive português, ele condena, por exemplo, o uso de medicamentos psiquiátricos por pacientes com depressão, algo rotineiro na medicina praticada hoje. E descreve a extensão das fraudes cometidas em todo o mundo pela indústria farmacêutica, segundo ele, uma das organizações criminosas mais poderosas que existe. Nesta entrevista, Gøtzsche explica os impactos dessa rede de mentiras e subornos para os sistemas de saúde e defende que os altos preços dos medicamentos estão relacionados muito mais à corrupção do que aos custos das pesquisas para seu desenvolvimento.

FOTOS: DIVULGAÇÃO

VISÃO SAÚDE – Em dois livros, o senhor aborda a questão do crime organizado na área da saúde. Quão grave é esse problema?

PETER GÖTZSCHE – A indústria farmacêutica chegou à conclusão de que crime compensa, e muito. Por isso, as práticas criminosas nessa indústria são mais frequentes e mais graves do que em outros setores da economia. E elas continuam crescendo nos últimos anos. Nos Estados Unidos, as grandes farmacêuticas superam todas as outras indústrias em práticas criminosas. Essas empresas têm três vezes mais violações sérias ou moderadamente sérias do que outras companhias – mesmo levando-se em conta um ajuste no cálculo pelo tamanho das empresas. As grandes farmacêuticas norte-americanas também têm mais violações do que outras companhias daquele país em termos de corrupção e suborno transnacional e de negligência por fabricação insegura de medicamentos.

Para Götzsche, além de tornar inviáveis os custos da assistência médica, a corrupção leva a um grande número de mortes por prescrição inadequada de medicamentos



Por que a criminalidade se disseminou na indústria farmacêutica?

Esse comportamento decorre da teoria econômica e, portanto, é claro que as punições da sociedade por esses crimes não são suficientemente severas. Mesmo as multas de bilhões de dólares por práticas criminosas são vistas apenas como um custo de marketing pelas empresas. E essas multas constituem uma parcela pequena dos lucros obtidos pelos crimes. Os lucros nas empresas do ranking *Fortune 500*, nos Estados Unidos, são de cerca de 5%. Mas na indústria farmacêutica o lucro é de cerca de 20% – e aumentou de um nível anterior de cerca de 10%. Isso ilustra como os preços dos medicamentos estão completamente fora de controle e não têm relação com o custos associados às pesquisas e à fabricação desses produtos. A indústria de medicamentos é riquíssima, em parte, porque ela corrompe as pessoas. Há dinheiro dessa indústria em todos os lugares. Até ministros de saúde, em alguns países, foram corrompidos.

Como isso ocorre, na prática?

O suborno é rotineiro e envolve grandes quantidades de dinheiro. Quase todo tipo de pessoa que pode afetar os interesses da indústria farmacêutica foi subornada: médicos, administradores de hospitais, ministros, inspetores de saúde, funcionários aduaneiros, assessores fiscais, funcionários de registro de medicamentos, inspetores de fábrica e partidos políticos. Comparada com outras indústrias, a indústria farmacêutica é o maior fraudador do governo federal dos EUA, sob os termos da False Claims Act [nota da redação: a False Claims Act, instituída em 1863, é uma lei federal dos EUA que versa sobre fraudes em contratos governamentais].

Médicos também estão envolvidos diretamente nesse esquema?

A corrupção de médicos é comum mesmo em países como a Dinamarca, considerado um dos países menos corruptos do mundo. Milhares de médicos estão na folha de pagamento da indústria farmacêutica. Isso é importante para as empresas, já que muitos dos crimes cometidos pelo setor de medicamentos não seriam possíveis se os médicos não contribuíssem para que ocorressem.

Quais os principais impactos dessa rede criminosa?

O impacto de tudo isso é muito grave. O crime corporativo envolve enormes roubos de dinheiro dos contribuintes. Medicamentos prescritos são a terceira principal causa de morte no mundo, após as doenças do coração e o câncer. Isso foi documentado em vários estudos independentes, e a tragédia maior é que muitas das pessoas que morreram não precisavam dos remédios que as mataram. Anti-inflamatórios não esteroides e medicamentos psiquiátricos são exemplos disso. Outro impacto importante, que afeta os sistemas de assistência à saúde, é que não podemos mais pagar os altos preços dos medicamentos e, portanto, devemos buscar um modelo radicalmente diferente.

Que modelo poderia ser esse?

No ano passado, eu participei de reuniões organizadas pela presidência holandesa da União Europeia, na qual um grupo internacional de cerca de 30 pessoas foi convidado a ser criativo e encontrar soluções para lidar com os preços demasiados dos medicamentos. Formamos quatro grupos e, no meu grupo, concordamos em sugerir a abolição de patentes na assistência à saúde e em tornar públicas as atividades de pesquisa, desenvolvimento e vendas de medicamentos. Isso criaria um sistema muito melhor, no qual poderíamos colocar um preço razoável nos medicamentos, que permitisse o acesso até mesmo em países do terceiro mundo. A maior parte dos avanços em medicamentos, de todo o modo, provém de laboratórios financiados por governos. Então, poderíamos assumir parte do processo para o benefício público e contratar empresas farmacêuticas para trabalharem para nós, competindo para produzir tão barato quanto possível, em forte contraste com o sistema atual. As empresas farmacêuticas são atualmente nossos mestres; precisamos torná-las nossos servos.

Enquanto não temos um novo modelo, qual é a melhor maneira de combater a corrupção que afeta os sistemas de saúde?

Não existe uma boa maneira de combater as práticas criminosas atuais nas indústrias de medicamentos e dispositivos médicos, mas uma opção pode ser colocar os CEOs dessas companhias atrás das grades, com

“A maior parte dos avanços em medicamentos, de todo o modo, provém de laboratórios financiados por governos. Então, poderíamos assumir parte do processo para o benefício público”

longas penas de prisão. Esse princípio funcionou bem para a máfia e também poderia funcionar para o setor farmacêutico. As pessoas nos níveis superiores da indústria de medicamentos, assim como as pessoas nos níveis superiores da máfia, não podem se defender dizendo que não sabiam nada sobre o que acontece mais abaixo. Claro que elas sabem.

Nesse cenário, a medicina baseada em evidência perdeu importância?

Uma vez que a maioria dos testes de medicamentos são planejados, conduzidos e analisados pela própria indústria farmacêutica, não podemos confiar integralmente no que é publicado nas revistas médicas, nem mesmo nas melhores. É uma séria ameaça à medicina baseada em evidências o fato de não podermos confiar no que é publicado. É por essa razão que nós, no Nordic Cochrane Center, trabalhamos para obter acesso aos volumosos relatórios de estudos clínicos na Agência Europeia de Medicamentos [nota da redação: a Agência Europeia de Medicamentos é o órgão da União Europeia para a proteção e a promoção da saúde pública e animal por meio da avaliação e supervisão dos medicamentos para uso humano e veterinário]. Recentemente, também demonstramos que a terapia comportamental cognitiva pode diminuir pela metade o risco de uma nova tentativa de suicídio em pessoas que foram admitidas em um atendimento de emergência após tentarem se matar. Esse é um efeito muito relevante e indica que pessoas com depressão não devem receber pílulas – que não têm um efeito significativo sobre a depressão, de qualquer maneira – mas, sim, passar por psicoterapia.

De olho no futuro

No mesmo período (2015-2017) em que o país perdeu cerca de 3 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, a faixa etária de 59 anos ou mais não interrompeu o seu crescimento, obtendo 250 mil clientes.

FOTO: SHUTTERSTOCK

SATISFAÇÃO GARANTIDA

Pesquisa do Ibope aponta que, de cada 10 beneficiários de planos médico-hospitalares e odontológicos, 8 estão satisfeitos com os serviços prestados

Uma pesquisa recente feita pelo Ibope, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), revela que 80% dos usuários de planos médico-hospitalares estão satisfeitos com o benefício. Os pesquisadores entrevistaram, entre os dias 10 de abril e 5 de maio, 1.600 beneficiários em oito regiões metropolitanas do país. Na comparação com a pesquisa anterior, realizada em 2015, houve um incremento de cinco pontos percentuais entre aqueles que se declaram satisfeitos. Segundo o mesmo levantamento, 82% dos usuários

indicariam seu plano para um amigo ou parente e 87% manifestam a intenção de mantê-lo (*leia mais no quadro abaixo*).

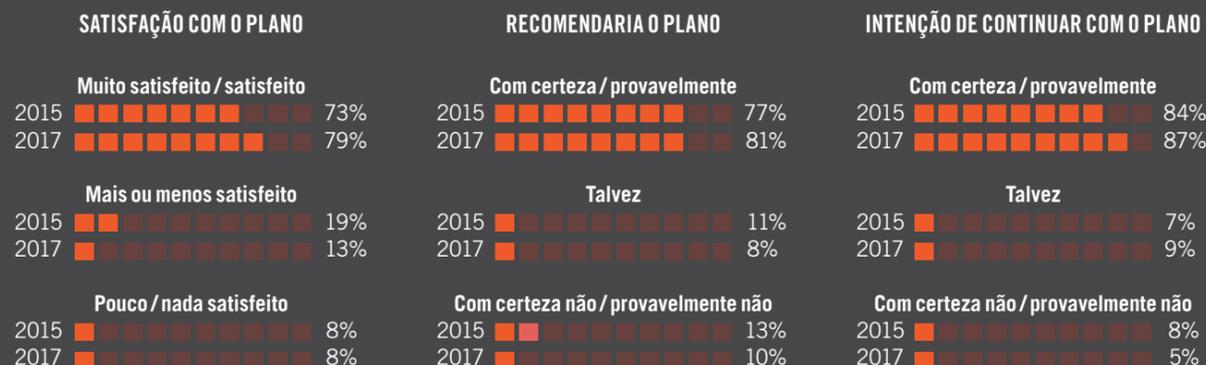
Entre os usuários de planos odontológicos, o grau de satisfação constatado pela pesquisa é semelhante. Do total de beneficiários entrevistados, 79% se dizem satisfeitos ou muito satisfeitos com o benefício – crescimento de seis pontos percentuais em relação à pesquisa anterior. Os que recomendariam o plano somam 81%. E 87% afirmam que pretendem renová-lo ao final do contrato.

OS NÚMEROS DO IBOPE

PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES



PLANOS ODONTOLÓGICOS



Nem tudo são espinhos

Em meio à crise e más notícias que marcaram 2016, o setor da saúde suplementar teve pelo menos dois motivos para comemorar. O total de beneficiários de planos médico-hospitalares com 59 anos ou mais cresceu 1,6% – na contramão do mercado, que registrou queda de 2,8% no ano passado. O segmento dos planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, apresentou desempenho ainda melhor, com aumento de 3,8% no número de vínculos. Veja no quadro abaixo uma síntese dos números.

O COMPORTAMENTO DO MERCADO EM 2016

PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES

TOTAL DE BENEFICIÁRIOS
47.898.787

VÍNCULOS PERDIDOS
1.367.134 (-2,8%)

VÍNCULOS PERDIDOS OU GANHOS POR FAIXA ETÁRIA
0-18 ANOS: -417.715
19-58 ANOS: -1.052.927
59 ANOS OU MAIS: +104.245

VÍNCULOS PERDIDOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: -920.622
PLANO INDIVIDUAL: -269.512
PLANO COLETIVO POR ADESÃO: -143.125

PLANOS ODONTOLÓGICOS

TOTAL DE BENEFICIÁRIOS
22.031.342

VÍNCULOS GANHOS
815.000 (+3,8%)

VÍNCULOS GANHOS POR FAIXA ETÁRIA
0-18 ANOS: +131.321
19-58 ANOS: +565.862
59 ANOS OU MAIS: +118.159

VÍNCULOS GANHOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: +674.374
PLANO INDIVIDUAL: +155.239
PLANO COLETIVO POR ADESÃO: +5.131

Fontes: IESS e ANS

CONTRA A DESINFORMAÇÃO

Combater a divulgação de notícias erradas sobre o câncer nas redes sociais, essa é a missão de um novo serviço lançado pelo Instituto Oncoguia, organização que dá apoio a pacientes com a doença. Trata-se, basicamente, de uma central de checagem de informações e funciona de maneira bem simples, pelo WhatsApp. Basta o usuário encaminhar para o instituto, pelo número (11) 98790-0241, o link da informação que deseja checar – sobre um novo tratamento ou uma nova forma de prevenção, por exemplo. A mensagem é encaminhada para médicos associados e respondida em até 48 horas.

De acordo com a psicóloga Luciana Holtz, presidente do **Oncoguia**, a circulação de notícias falsas sobre o câncer gera confusão e pode acabar em consequências graves para o paciente, induzindo-o, inclusive, a consumir algo que interaja com o medicamento padrão.



Reflexo da crise



A expansão desenfreada das chamadas clínicas populares levou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a se manifestar com a publicação de uma cartilha sobre os pacotes de consultas e serviços oferecidos por elas. De acordo com a agência, é preciso ficar atento a essa modalidade de serviço, pois redes como Dr. Consulta, Doktor's e GlobalMed, entre outras, não são planos de saúde e não proporcionam garantias básicas como o rol de procedimentos. A cartilha tem linguagem de fácil entendimento, com as principais dúvidas apresentadas pelos consumidores, e está sendo distribuída por meio dos núcleos de atendimento da ANS espalhados pelas principais capitais do país. Mas seu conteúdo também está disponível na internet. Digite <http://bit.ly/clinicapopANS>.



Polêmica sem fronteiras

Fatos recentes no Brasil e no exterior corroboram a tese de que não é dever do Estado fornecer remédios caros para o tratamento de doenças raras

Remédios caríssimos, destinados ao tratamento de poucos pacientes portadores de doenças raras, devem ou não ser fornecidos gratuitamente pelo sistema público de saúde? Eis uma questão polêmica mundo afora, tão complicada que, aqui no Brasil, encontra-se até em análise no Superior Tribunal Federal (STF). Todo mundo tem bons argumentos, tanto os que defendem o fornecimento gratuito quanto aqueles que o questionam. A julgar por dois fatos recentes, no entanto, a balança parece estar pendendo para o lado dos que questionam.

O primeiro desses fatos vem do Reino Unido, onde um novo medicamento contra a Doença de Gaucher, que custaria até £ 250 mil por paciente/ano (quase R\$ 1,1 milhão), foi rejeitado pelo sistema de saúde estatal. Esse mal acomete um número reduzido de pessoas, cerca de 250 somando-se Inglaterra e País Gales. Mas o rombo que elas provocariam nos cofres públicos seria enorme se fossem todas tratadas com o tal remédio. Como

os recursos que mantêm o sistema de saúde funcionando são finitos, justificam os gestores britânicos, aprová-lo significaria beneficiar poucos em detrimento de muitos.

O segundo caso é o de uma brasileira portadora de HPN (Hemoglobinúria Paroxística Noturna), doença igualmente rara que compromete o funcionamento dos rins. O medicamento indicado para o tratamento custa quase R\$ 22 mil a unidade e são necessárias, no caso da paciente, seis unidades por mês. Um custo anual, portanto, de aproximadamente R\$ 1,5 milhão. Desde julho de 2014, uma decisão da Justiça obrigava o Sistema Único de Saúde (SUS) a fornecer o remédio de graça. Até que, em julho do ano passado, uma juíza do Distrito Federal (DF) determinou a interrupção do fornecimento com base na mesma lógica dos britânicos. “Deve prevalecer o interesse coletivo sobre o particular”, afirmou a magistrada na sentença. Em 2016, o medicamento com que o SUS mais gastou foi justamente esse, o

Solaris – cerca de R\$ 613 milhões para tratar 442 pacientes. O Ministério da Saúde calcula que o custo da judicialização (dinheiro gasto no atendimento a demandas judiciais) chega a R\$ 4,4 bilhões de 2010 para cá.

TRÊS PERGUNTAS BÁSICAS

1. O QUE SÃO DOENÇAS RARAS?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são aquelas que têm uma prevalência menor que 65 casos por 100 mil habitantes.

2. QUANTOS SÃO OS PACIENTES NO BRASIL?

Estima-se que algo em torno de 10 milhões de brasileiros sofrem de alguma doença rara (cerca de 5% da população).

3. QUANTAS DOENÇAS RARAS EXISTEM?

O número total ultrapassa 8 mil e cerca de 80% delas são de causa genética. Para 99% dessas doenças, não há um medicamento específico.

ESTÁVEL E RESILIENTE

O emprego na cadeia produtiva da saúde complementar – que financia planos de saúde, rede de atendimento e fornecedores de materiais e medicamentos, entre outros insumos – mostra-se mais estável e resiliente à crise econômica do que o conjunto da economia brasileira. Essa é a conclusão de um relatório divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que analisou a evolução do número total de pessoas empregadas pelo setor entre 2009 e 2016. Segundo a pesquisa, houve, nesse período, aumento de 27,7% no número de pessoas empregadas pela saúde suplementar e em setores relacionados. O índice representa crescimento médio anual de 3,5%, bem superior ao crescimento médio de empregos na economia como um todo, que não passou de 1%.

A GERAÇÃO DE EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

- O setor emprega aproximadamente 3,3 milhões de pessoas, o que representa 7,6% da massa assalariada empregada na economia brasileira
- O subsetor que mais gera postos de trabalho é o dos prestadores de serviços (médicos, hospitais e laboratórios), com 71,4% do total, seguido pelo da indústria (materiais médico-hospitalares e medicamentos), com 24,1%, e pelo das operadoras/seguradoras, com 4,4%
- De 2009 a 2016, o estoque de emprego cresceu mais nas operadoras/seguradoras (33,2%). Na indústria e na prestação de serviços, o crescimento foi de 27,3% e 26%, respectivamente
- A saúde suplementar é fonte de emprego principalmente na região Sudeste (53% de todas as vagas geradas pelo setor). Em seguida aparecem as regiões Sul (18,9%) e Nordeste (15,3%)

Fonte: IESS



#SAÚDE NO INSTAGRAM

Você costuma fotografar suas refeições e publicar as imagens no Instagram? Pois saiba que esse hábito pode ajudá-lo a cuidar da saúde. É isso, pelo menos, o que sugere um estudo apresentado durante a Conferência sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais, ocorrido em maio nos Estados Unidos. Segundo a pesquisa, pessoas que divulgam fotos de comida na rede social usam as postagens para monitorar sua própria dieta e acabam entrando mais em contato com conteúdos saudáveis de outros usuários. Além disso, elas geralmente recebem muito mais apoio de seus seguidores para cumprir suas metas de alimentação.

A reforma que ninguém quer

Estudo técnico aponta para forte impacto sobre as contas das operadoras em caso de aumento na atual alíquota conjunta de PIS e Cofins

O governo federal decidiu ressuscitar o projeto de reforma do PIS (Programa Integração Social) e do Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social). A ideia, aparentemente, é unificá-los. Essa mudança, no entanto, pode significar aumento na alíquota conjunta desses tributos,

hoje em 4,65% da receita para as operadoras de planos de saúde (deduzidas as indenizações). O efeito disso sobre as contas das operadoras seria violento. É o que demonstra o estudo *PIS, Cofins, Carga Tributária e o Impacto na Saúde Suplementar*, elaborado pela Abramge.

NA PONTA DO LÁPIS

Um ponto percentual a mais na alíquota conjunta de PIS e Cofins representaria...

+R\$ 200 MILHÕES
EM IMPOSTOS RECOLHIDOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

UM SALTO ATRÁS DO OUTRO | O peso dos tributos sobre a saúde suplementar não para de aumentar

72,1%

Foi quanto cresceu o valor pago pelas operadoras em PIS e Cofins entre 2013 e 2016

2013 R\$ 527,4 milhões
2014 R\$ 678,5 milhões
2015 R\$ 804,3 milhões
2016 R\$ 908 milhões

Se continuar nessa trajetória, o valor pago pelas operadoras a título de PIS e Cofins deverá chegar a R\$ 1,1 bilhão em 2017

46,3%

Foi quanto aumentou a arrecadação de PIS e COFINS no setor entre 2013 a 2015*

2013 R\$ 3,1 bilhões
(Cofins – 2,6 bi; PIS – 500 mi)
2014 R\$ 3,7 bilhões
(Cofins – 3,1 bi; PIS – 600 mi)
2015 R\$ 4,6 bilhões
(Cofins – 3,9 bi; PIS – 700 mi)

*Inclui seguros, resseguros, previdência complementar e planos de saúde

A mudança nas regras tende a acentuar ainda mais essa trajetória

17,8%

Foi quanto subiu a arrecadação junto a prestadores de serviços entre 2013 e 2015

2013 R\$ 2,2 bilhões
(Cofins – 1,6 bi; PIS – 600 mi)
2014 R\$ 2,5 bilhões
(Cofins – 1,8 bi; PIS – 600 mi)
2015 R\$ 2,6 bilhões
(Cofins – 1,9 bi; PIS – 700 mi)

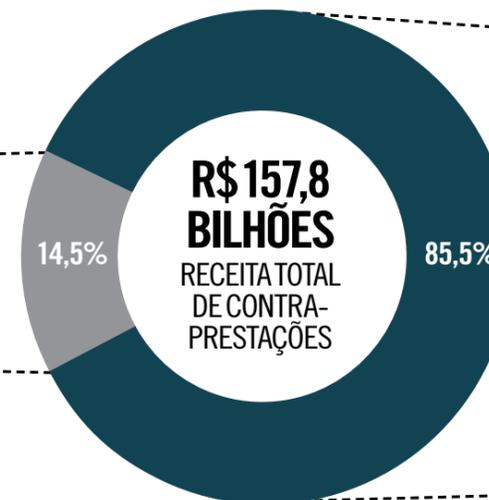
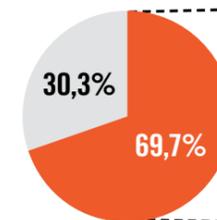
PIS e Cofins oneram não apenas as operadoras, mas toda a cadeia da saúde suplementar, incluindo hospitais, laboratórios e clínicas

A reforma que todos querem

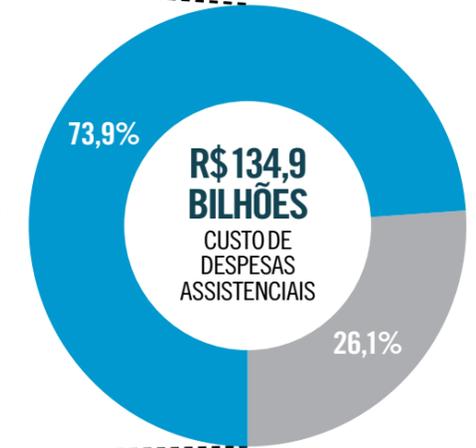
O mesmo estudo elaborado pela Abramge demonstra que um ajuste no sistema tributário brasileiro não é apenas necessário, mas urgente

UMA RADIOGRAFIA DA TRIBUTAÇÃO EM 2016

R\$ 6,9 BILHÕES
TRIBUTOS DIRETOS RECOLHIDOS PELAS OPERADORAS



R\$ 100,2 BILHÕES
VALOR LÍQUIDO DOS SERVIÇOS PRESTADOS



R\$ 16 BILHÕES
VALOR UTILIZADO PARA CUSTEAR:

- » DESPESAS ADMINISTRATIVAS
- » DESPESAS DE COMERCIALIZAÇÃO DOS PLANOS
- » INVESTIMENTOS
- » CONSTITUIÇÃO DE RESERVAS E PROVISÕES
- » RESULTADO

R\$ 34,7 BILHÕES
TRIBUTOS INDIRETOS EMBUTIDOS NA FATURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

26,1%

Foi a **carga tributária** para as operadoras de planos de saúde em relação ao total de contraprestações recebidas em 2016. Uma das maiores no segmento de serviços

1,72%

Essa é a **média do faturamento** que as empresas de pequeno porte no Brasil destinam às suas áreas fiscais, dada a complexidade do sistema tributário no país

10,14%

É o que sobra para as operadoras, de toda a receita de contraprestações, para **custear despesas administrativas, constituir reservas, investir e lucrar com o negócio**

BIG DATA NA SAÚDE

A análise de dados em massa cresce no Brasil e promete tornar mais eficientes os sistemas público e privado de assistência médica

Há alguns anos fala-se sobre a chegada ao mundo dos negócios o *big data*, nome que se dá a um grande volume de informações, sejam elas quais forem. Empresas dos mais variados setores da economia, como varejo, indústria e serviços, inclusive no Brasil, já usam tecnologias de coleta, armazenamento e análise de dados, para traçar estratégias, desenvolver produtos, melhorar processos e captar clientes, entre outros fins. O conhecido ditado “informação é poder” se torna cada vez mais verdadeiro.

De forma voluntária ou não, praticamente todas as pessoas geram, no seu dia a dia, dados que podem ser valiosos. Uma conta de supermercado, o nascimento de uma criança, a duração de um telefonema, um cadastro preenchido na imobiliária; isoladamente, essas informações não contam muito além de uma história particular. Mas, se tomadas em conjunto e em grandes volumes, elas podem formar um panorama detalhado de uma amostra populacional, indicando hábitos de consumo, riscos de se cometer crimes ou, simplesmente, qual é o caminho mais rápido para se chegar a um destino. Mas não basta ter acesso a um grande volume de dados para se obter benefícios. Como um mantra, o crescente número de empresas e pessoas envolvidas com *big data* ressalta que é fundamental saber usá-los bem. Aí é que entram os cientistas de dados, profissionais que aliam conhecimentos de estatística e programação e perfazem uma das carreiras mais relevantes do mercado de trabalho até 2020, segundo o Fórum Econômico Mundial. Eles são responsáveis por dar sentido a esse amontoado de dados, com o auxílio da inteligência artificial, representada por computadores e algoritmos que são capazes de processar rapidamente um volume enorme de informações e gerar *insights* a partir delas.



“Esse trabalho permitiu, por exemplo, identificar pessoas com doenças crônicas, como diabetes e obesidade, convidando-as a participar do nosso programa de gestão de saúde, que acompanha mais de perto esses pacientes”

LEONARDO ALMEIDA,
CIO do UnitedHealth Group

A área da saúde, segundo especialistas, pode ser a nova fronteira de investimentos em big data, contribuindo para tornar os sistemas público e privado de assistência médica mais eficientes, tanto do ponto de vista da gestão quanto do cuidado à saúde. Espera-se, entre outros benefícios, que a análise de dados permita maior precisão nos diagnósticos, a identificação de grupos de riscos, o aumento de programas de prevenção e a melhoria no combate a fraudes e desperdícios.

ATENDIMENTO PERSONALIZADO

Um dos pioneiros desse movimento na área privada é a operadora de planos de saúde Amil, que iniciou seu projeto de big data no início de 2016 e hoje possui uma equipe de 12 profissionais dedicados ao assunto. Com base nos prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos em sua rede própria de hospitais e clínicas, a empresa passou a analisar cerca de 100 milhões de dados sobre procedimentos médicos e odontológicos por ano, incluindo diagnósticos, sexo, faixa etária e procedimentos realizados. O objetivo é usar algoritmos para realizar uma gestão populacional mais efetiva, promovendo um atendimento mais personalizado aos seus clientes.

“Esse trabalho permitiu, por exemplo, identificar pessoas com doenças crônicas, como diabetes e obesidade, convidando-as a participar do nosso programa de gestão de saúde, que acompanha mais de perto esses pacientes”, diz Leonardo Almeida, chefe da área de tecnologia do UnitedHealth Group no Brasil, que possui a Amil e pretende investir R\$ 360 milhões em tecnologia e inovação em 2017.

A utilização das informações dos prontuários eletrônicos somente foi possível com o emprego da tecnologia de “processamento de linguagem natural”, que permite a coleta e análise de dados não estruturados, isto é, que não estão organizados em tabelas. Essa tecnologia foi implantada com a colaboração de outra empresa do UnitedHealth Group, a Optum, especializada em serviços de tecnologia.

O próximo passo da Amil será incorporar o big data a todos os pontos de atendimento ao cliente, como call center, portal da internet e aplicativos, proporcionando atendimento mais personalizado e processos de autorização de procedimentos mais ágeis e precisos.

Embora ainda incipientes, há outras iniciativas em curso na área privada de saúde. O Hospital Israelita Albert Einstein, por exemplo, inaugurou em 2016 um sistema de gestão de saúde que consumiu R\$ 170 milhões em investimentos e permite aos seus profissionais o acesso on-line de todos os registros de pacientes, incluindo histórico médico, atendimentos prestados, exames, informações sobre alergias. O hospital também possui um programa de uso de processamento de dados no apoio à prática clínica, tendo formado um banco de dados específico da sua Unidade de Terapia Intensiva para esse fim.

PREVENDO O FUTURO

Enquanto empresas estão começando a analisar dados em massa em busca de maior eficiência, no Laboratório de Big Data e Análise Preditiva em Saúde (Labdaps), vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), uma equipe formada por seis cientistas de dados se encarrega da próxima onda do big data: o uso de inteligência artificial em diagnósticos e tratamentos, bem como na gestão pública da saúde.

Um dos projetos de pesquisa em andamento no Labdaps visa identificar se é possível prever com relativa precisão quem irá a óbito, e por qual causa, utilizando um grande número de características iniciais, como dados socioeconômicos, demográficos, fatores de risco, informações sobre histórico de saúde, medidas antropométricas e amostras de sangue e de urina. A expectativa é de que a predição da ocorrência de óbitos possa ajudar a melhorar decisões sobre a necessidade e a intensidade de tratamento médico e o estabelecimento de prioridades para internação.

“Cada vez mais fica claro que a área mais promissora para o futuro do big data é a inteligência artificial”, diz o coordenador do Labdaps, Alexandre Chiavegatto Filho. “Já temos resultados em algumas amostras pequenas que apresentaram uma performance boa no sentido de identificar quem tem probabilidade de morrer nos próximos anos.”

Além de fazer previsões, a inteligência artificial também pode ser usada por médicos no momento do diagnóstico de doenças raras. Por meio do cruzamento de informações sobre incidência de doenças e sintomas, o algoritmo pode dar uma sugestão de diagnóstico. “Incorporar modelos de inteligência artificial na prática clínica direta já é uma realidade nos EUA, e isso nos motivou a fazer a pesquisa sobre as probabilidades de óbito”, afirma o pesquisador.

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Um dos principais entraves à disseminação do big data na prática clínica, no Brasil, é a ausência de um prontuário eletrônico único, que reúna todo o histórico dos pacientes. Pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm prontuários específicos, sejam versões oferecidas gratuitamente pelo Ministério da Saúde ou softwares próprios e privados; e, no sistema privado, cada operadora tem seu próprio prontuário.

Assim, quando uma pessoa migra do SUS para o sistema privado, ou mesmo quando troca de plano de saúde, é como se seu histórico de doenças e tratamentos se apagasse. Além de diminuir a precisão da assistência médica, esse problema acarreta uma série de desperdícios, como a realização de exames já feitos anteriormente.

“Na ausência de um prontuário unificado, precisamos de um protocolo de interoperabilidade que permita a troca de informações clínicas entre empresas de diferentes grupos econômicos”, diz Leonardo Almeida, chefe de tecnologia do UnitedHealth Group no Brasil.

Outra pesquisa prestes a ter resultados publicados pelo Labdaps tem como foco a gestão da saúde nos municípios brasileiros. Com base em dados socioeconômicos e características populacionais, o algoritmo criado pelo laboratório determinou a expectativa de vida para cada um desses municípios e identificou aqueles que estão com um desempenho acima do esperado, o que dá pistas sobre quais políticas públicas surtem mais efeito – análises parciais da pesquisa apontam que programas de atenção básica e prevenção de doenças levam a melhores resultados.

Ainda na área de políticas públicas, a inteligência artificial tem o potencial de ajudar gestores a intervirem rapidamente em casos de surtos e epidemias, por meio da identificação em tempo real desses eventos.

Uma alternativa para solucionar esse problema é o que se chama de prontuário do paciente, no qual ele mesmo registra seu histórico de doenças e tratamentos e carrega consigo essas informações. Alguns aplicativos já foram lançados com esse propósito, como o Track My Medical Records, feito nos EUA, e o Ficha Médica, brasileiro.

Caso o prontuário do paciente se solidifique, um outro temor que ronda o big data seria atenuado: a possibilidade de informações sobre o histórico médico de pacientes serem divulgadas, o que pode causar diversos problemas.

“Preocupa muito a possibilidade de pessoas com doenças crônicas, por exemplo, terem dificuldade para arrumarem um emprego, além de operadoras usarem dados genéticos para determinar os preços de uma determinada cobertura, o que já é proibido nos EUA”, diz Alexandre Chiavegatto Filho, pesquisador de big data da Universidade de São Paulo. “Por isso, é fundamental que as empresas sejam responsáveis, usando criptografia, e que mantenham dados com identificação sempre off-line, sem acesso pela internet.”



“Cada vez mais fica claro que a área mais promissora para o futuro do big data é a inteligência artificial. Já temos resultados em algumas amostras pequenas que apresentaram uma performance boa no sentido de identificar quem tem probabilidade de morrer nos próximos anos”

ALEXANDRE CHIAVEGATTO FILHO,
coordenador do Labdaps

Terceirização estratégica

Por meio dos serviços de *outsourcing*, prestados por empresas especializadas na saúde suplementar, operadoras estão conseguindo reduzir em até 50% seus custos operacionais

Enfrentamos tempos bicudos, especialmente na saúde suplementar. A retração do mercado é notória, decorrência da prolongada crise econômica. E esse não é o único dilema vivido pelo setor. Há também a inflação médica galopante, a regulamentação cada vez mais complexa, a aceleração das despesas com tecnologia, o encolhimento das margens de lucro... Uma variedade, enfim, de obstáculos com os quais é preciso lidar no dia a dia do negócio. Diante desse cenário, nada mais natural que as operadoras procurem maneiras de reduzir seus custos operacionais. Mas como fazê-lo sem comprometer a qualidade geral dos serviços prestados? Um dos caminhos atende pelo nome de *outsourcing* – trocando em miúdos, terceirização.

Entre as operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos, essa estratégia já é bem mais que uma tendência, trata-se de uma realidade. Não por acaso, são várias as empresas especializadas em *outsourcing* que hoje oferecem soluções sob medida para o setor. Algumas delas prometem proporcionar aos seus clientes reduções de até 50% nos custos da operação. Isso mesmo, 50%. É o caso da Accenture, uma multinacional de *outsourcing* que atende a empresas de qualquer segmento, mas tem estratégias especialmente desenhadas para o setor da saúde.

De acordo com Lincoln de Assis Moura Jr., diretor da área de Saúde da Accenture, o primeiro passo nessa direção envolve uma tomada estratégica de decisão: só chega a resultados desse porte a empresa que delega a parceiros o trabalho que não está em seu DNA (o famoso *core business*,

ou a parte central do negócio). Depois, é preciso investir pesado em tecnologia, automatizando setores inteiros com recursos como a inteligência artificial. “Veja o caso da autorização de guias”, exemplifica Moura. “Não faz sentido uma operadora cuidar disso ela mesma. É caro demais, precisa de uma estrutura grande demais, consome energia e recursos demais. Melhor contratar alguém que faça ou automatize a execução da tarefa.”

Nos Estados Unidos, a Accenture trabalha para quatro dos cinco maiores provedores de planos de saúde. Aqui no Brasil, ela também presta serviços para gigantes do setor (embora não revele quais por questões contratuais). Os serviços de *outsourcing* em gestão de saúde oferecidos pela companhia incluem contas a pagar e a receber, matrículas, provedores de rede, requerimentos e reclamações, entre outros.



SHUTTERSTOCK

“Terceirizar pedaços, como o *call center*, até pode representar alguma vantagem. Mas não é nada que se compare à alta *performance* proporcionada pela terceirização integrada”

SEVERINO BENNER,
CEO da Benner

Tudo customizado, diz o diretor da empresa, de acordo com as necessidades de cada cliente. “Nem sempre a redução de custos chega a 50%, depende muito do grau de automatização que se pretende”, reconhece Moura. “Mas dá para esperar, no mínimo, algo entre os 20% e os 30% de economia.”

Outra grande dos serviços de terceirização para o setor da saúde é a Benner, com presença em 5 das 20 maiores operadoras do país. Ela vem encontrando na saúde suplementar um terreno tão fértil que já trabalha com um conceito mais amplo, o de *full outsourcing*. “Criamos para a operadora um sistema integrado sob medida, que reúne todas as operações em uma única plataforma”, explica Severino Benner, fundador e CEO da empresa. Com isso, afirma o executivo, aprimora-se ao máximo a gestão do negócio – e melhora-se bastante sua rentabilidade. “Terceirizar pedaços, como o *call center*, até pode representar alguma vantagem. Mas não é nada que se compare à alta *performance* proporcionada pela terceirização integrada.”

Segundo Benner, o sistema reduz a ocorrência de fraudes, padroniza processos de atendimento, disponibiliza informações em tempo real e facilita a tomada de decisões, entre outros benefícios – além, é lógico, de passar a faca nos custos operacionais. Pode funcionar de duas maneiras: operado pela própria empresa que o contrata ou pela fornecedora da plataforma. No segundo caso, a Benner assume praticamente toda a operação. Foi o que ocorreu, recentemente, com um plano de saúde de médio porte (cerca de 100 mil beneficiários) cujo nome o executivo prefere não revelar. “Quando assumimos o plano, sua a gestão era feita com 14 sistemas diferentes e que não se conversavam”, conta Benner. “Negócio nenhum pode funcionar bem desse jeito.”

PEQUENAS TAMBÉM

Plataforma integrada, automatização, inteligência artificial... Se você acha que isso tudo está ao alcance apenas das grandes operadoras, acertou em cheio. Dado o alto investimento que eles exigem, esses termos só aparecem mesmo no dicio-

nário das operadoras de porte médio para cima. Mas isso não significa que as pequenas tenham de ficar só olhando. Em Ribeirão Preto, no interior de São Paulo, uma empresa chamada Teorema, especializada na terceirização de serviços de contabilidade para planos de saúde, tem várias operadoras de menor porte em seu portfólio de clientes. E não é a única. Como ela, existem outras espalhadas pelo país.

A lógica dos serviços prestados pela Teorema a pequenas empresas é a mesma que vale para as grandes: o cliente entrega a contabilidade do seu negócio aos cuidados de um parceiro, com o objetivo de reduzir custos e dedicar mais atenção ao *core business*. “A contabilidade de uma operadora de planos de saúde é complexa, exige contadores especializados, que são raros e caros”, diz João Romitelli, sócio-fundador da Teorema. “A ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar] cria novas normas a todo momento, isso tem impacto na vida contábil e tributária da empresa.” Antes de fundar a Teorema, Romitelli ocupou por mais de 10 anos o cargo de diretor financeiro do Grupo São Francisco, conglomerado de saúde que engloba o maior hospital particular de alta complexidade de Ribeirão Preto e duas operadoras (uma de planos médico-hospitalares e outra de planos odontológicos). Todo o *know-how* acumulado nesse período serviu de alicerce para os serviços que hoje ele presta às mais de 15 operadoras atendidas por sua empresa.

O *outsourcing* de contabilidade pode funcionar de três maneiras distintas. Na primeira, o serviço é feito na sede da Teorema, em Ribeirão Preto. “Recebemos toda a documentação via malote e processamos. Apuramos resultados, fazemos balancetes, atendemos auditores... Cuidamos de tudo, mas à distância”, explica Romitelli. Na segunda modalidade, a Teorema instala na sede do cliente um terminal ligado aos seus servidores e mantém um funcionário lá. O processamento, no entanto, continua sendo executado à distância. Já na terceira opção, todo o processo acontece dentro da empresa contratante. “Nós

estruturamos o setor de contabilidade, o cliente contrata profissionais e nossa equipe vai até ele algumas vezes por mês”. Segundo Romitelli, o serviço é sempre desenhado sob medida.

A Teorema atua também como salva-vidas de empresas em situação financeira ruim. Por meio da aplicação de uma metodologia própria, ela identifica as causas do desequilíbrio econômico e traça um plano de recuperação. Foi assim, por exemplo, com a Fundação Padre Albino, de Catanduva, também no interior de São Paulo. Com mais de 2 mil funcionários, a entidade é responsável por dois hospitais, um plano de saúde e uma faculdade. “Em 2002, quando fomos contratados para recuperá-la, a fundação se encontrava em sérias dificuldades. Passamos 10 anos lá, até entregá-la, em 2012, com as finanças totalmente saneadas.”

Um serviço semelhante ao prestado pela Teorema, só que na área de Tecnologia da Informação (TI), é o oferecido pela DataNext, de Campinas (SP), que se especializou no atendimento a operadoras de planos odontológicos. A empresa garante que seu sistema de gestão integral, chamado DataSys, é sinônimo de redução de custos. “Com ele, a operadora deixa de se preocupar com os problemas de TI para manter o foco total na estratégia do negócio”, diz Maurício Rosa, diretor-executivo da DataNext. Ela de novo, a boa e velha lógica do *outsourcing*.

O sistema, segundo Rosa, tem *compliance* de 100% com as resoluções e instruções da ANS. Além disso, está integrado ao Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (Cadsus), do Ministério da Saúde. “Vem pronto para implantação de biometria, auditoria on-line e parametrização dos atos odontológicos”, diz o executivo. “E conta ainda com módulo financeiro completo, integração contábil e aplicativo de busca da rede credenciada com georreferenciamento, entre outros recursos.” Tudo isso e um pouco mais: licença de uso gratuita, sem custos de implementação. Economia pouca? Pode até ser, mas toda economia é bem-vinda, não é? Afinal, você sabe: vivemos tempos bicudos, especialmente na saúde suplementar.

MUITA CALMA NESTA HORA

Quem terceiriza determinada atividade do seu negócio costuma estar de olho, sobretudo, na redução de custos operacionais. Mas essa não é a única vantagem. “A terceirização torna os processos mais ágeis e facilita enormemente a gestão”, diz Ricardo Lopes, diretor da ProPay, especializada em *outsourcing* de Recursos Humanos (RH) e folha de pagamento. “O resultado é aumento de qualidade, produtividade e lucratividade.” É preciso, contudo, tomar alguns cuidados básicos para que o tiro não saia pela culatra. O executivo enumera pelo menos três:

- Avalie com cuidado a terceirização das funções mais estratégicas ou vitais para o seu negócio. Ao terceirizá-las, o ideal é acompanhar o processo bem de perto.
- Investigue com muita atenção a empresa de *outsourcing* antes de contratá-la. Uma ilegalidade cometida por ela pode acabar contaminando o seu negócio.
- É fundamental que empresa contratada esteja alinhada com a missão, os valores e o jeito de trabalhar da empresa contratante. Afinal, elas serão parceiras.



Serviços terceirizados em contabilidade e tecnologia da informação também estão acessíveis a operadoras de pequeno porte, que podem, dessa maneira, dedicar mais tempo ao seu *core business*

Bateram o martelo

Juristas e gestores públicos defendem mediação de conflitos e respeito às normas como saídas para a crescente judicialização na saúde

Um universo de paradoxos, em que poucas pessoas, com o aval do judiciário, têm acesso a tratamentos, na maioria das vezes caros, que não podem ser usados por todos. Esse foi o cenário da assistência médica no Brasil traçado pelos palestrantes do 2º Congresso Jurídico Abramge, que reuniu representantes notáveis dos poderes executivo, legislativo e judiciário, em 29 de maio, na cidade de São Paulo, para discutir o tema “Revisão dos Preceitos Jurídicos no Brasil – Implicações no Setor da Saúde e Segurança Clínica do Paciente”.

Na abertura do evento, o presidente da Abramge, Reinaldo Scheibe, deu o tom das apresentações que viriam a seguir. Scheibe ressaltou que decisões judiciais que ignoram contratos e determinam a adoção de tratamentos não registrados no país criam insegurança jurídica para operadoras de planos de saúde. “A saúde suplementar vem perdendo clientes e, sem sustentabilidade,

o setor tende a desaparecer”, disse o presidente da Abramge, que pediu maior harmonia entre os diferentes *players* dessa área.

O diretor da Abramge Pedro Ramos, por sua vez, aproveitou a presença da senadora Ana Amélia Lemos e pediu um esforço adicional para que o Congresso Nacional avalie o projeto de lei que regulamenta a necessidade de segunda

opinião médica em casos específicos. Ramos também falou sobre o prazo muito curto para que planos autorizem cirurgias emergenciais – de 21 dias –, salientando que isso colabora para a atuação da máfia das próteses e órteses.

Veja, a seguir, os principais destaques das apresentações do evento.





“A Constituição fala de direitos em saúde, mas não dos custos dos direitos e nem dos deveres”

ERRO SISTÊMICO

Na conferência magna do congresso, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) e presidente do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), Gilmar Mendes, alertou que a judicialização como meio exclusivo para a resolução de conflitos produz distorções e constitui um erro sistêmico. “Falta conhecimento [em saúde] para o juiz, que é um ser isolado e acaba concedendo a liminar”, disse o ministro. “E quando mandamos um prefeito pagar um tratamento de alto custo, estamos afetando o atendimento básico”, completou Mendes, ressaltando que, tanto no sistema público, quanto no privado, é necessário fixar normas e procedimentos com base nas realidades locais. Para o presidente do TSE, o judiciário deve promover uma relação mais equilibrada entre os atores do setor, estimular a mediação de conflitos e apoiar suas decisões na consultoria de corpos técnicos, partindo do princípio de respeito aos contratos. “A judicialização excessiva é uma das principais causas da disfuncionalidade do sistema de saúde e, por isso, deve ser exceção”, concluiu o ministro.



“Devemos facilitar a contratação de planos de saúde, mesmo que com cobertura parcial”

GASTOS EXCESSIVOS

O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, deu números ao peso da judicialização para o Sistema Único de Saúde (SUS): as despesas com processos judiciais que obrigam o SUS a fornecer quaisquer medicamentos demandados – mesmo que ainda não regulamentados no Brasil – aumentou mais de 10 vezes entre 2010 e 2016, passando de R\$ 122,6 milhões para R\$ 1,24 bilhão. Segundo o ministro, 90% desses gastos, no ano passado, foram usados na compra de apenas dez medicamentos, o que demonstra o peso de decisões judiciais que determinam a adoção de tratamentos com preço muito elevado. Somente a compra de um medicamento específico, usado no tratamento de uma doença rara que provoca a inflamação de vasos sanguíneos, representou 50% do volume de recursos, equivalente a R\$ 613 milhões – como foi destinado a 442 pacientes, o investimento por pessoa nesse caso chegou a R\$ 1,3 milhão. Barros se mostrou esperançoso sobre uma mudança no judiciário, citando que três ministros do STF já votaram pela adoção de critérios de análise que definam os casos excepcionais em que remédios de alto custo devem ser fornecidos pelo SUS.



“Há dez anos já apontávamos que a judicialização levaria a uma ruptura no sistema de saúde”

SOLUÇÕES MILAGROSAS

A Constituição deve ser lida a partir da visão de mutualidade. Essa foi a tônica da apresentação de Antonio Joaquim Schellenberger Fernandes, Procurador de Justiça do Ministério Público de Minas Gerais, para quem as demandas judiciais na área da saúde levam em conta apenas os direitos individuais, desconsiderando os coletivos. “A sociedade é influenciada pela publicidade de soluções milagrosas, e a decisão dos juízes prevalecem sobre as evidências científicas”, afirmou o procurador. Segundo Fernandes, para ser justo e eficaz, o modelo de mediação de conflitos na esfera da saúde suplementar é muito complexo, pois a sociedade é organizada em redes e a relação não é mais bipolar (consumidor-planos de saúde), havendo hospitais, laboratórios, médicos e outros prestadores de serviço envolvidos. Para o procurador, na judicialização tudo gira em torno da tecnologia, o que é um sinal de que há diversos interesses por trás das demandas judiciais.



“As fraudes são a principal doença do sistema de saúde brasileiro”

RACIONALIZAÇÃO LEGISLATIVA

A Senadora Ana Amélia Lemos abordou em sua exposição o tema “O Papel Social do Legislativo face ao Fenômeno da Judicialização da Saúde e em outros Setores”. Ela ressaltou a necessidade de haver uma legislação firme que contenha as fraudes na assistência médica. “Deveríamos ter no Brasil uma lei inspirada no Foreign Corrupt Practices Act dos EUA”, afirmou a senadora, referindo-se à lei federal norte-americana que visa combater práticas de corrupção transnacional, como as empreendidas por indústrias farmacêuticas e de dispositivos médicos. Lemos disse que os agentes públicos brasileiros deveriam ter o mesmo rigor dos norte-americanos e prometeu empenho para agilizar a tramitação de um projeto de lei, de sua autoria, que criminaliza fraudes envolvendo órteses, próteses e materiais especiais (OPME).



“Entre a coletividade e o indivíduo, o gestor público tem de escolher a coletividade sempre”

FAZENDO ESCOLHAS

A corrupção está institucionalizada. Essa é a convicção de David Uip, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, que gerencia uma estrutura de assistência à saúde com 186 mil funcionários e lida com um passivo de R\$ 1,2 bilhão em cerca de 90 mil ações judiciais que buscam acesso a tratamentos não oferecidos gratuitamente à população – mas também para compra de artigos inusitados como fraldas. “As comissões pagas por fabricantes a médicos ortopedistas são, muitas vezes, vistas como normais”, afirmou Uip. “Os conselhos federal e regional de medicina têm de se posicionar com firmeza sobre isso e criar regras para evitar essas práticas criminosas.” O secretário de saúde afirmou que está oferecendo ao judiciário um auxílio para a tomada de decisões respaldadas por evidências científicas.



“Nossa estratégia foi ir atrás dos grandes, com o objetivo de sanear o mercado”

FENÔMENO GLOBAL

O advogado Robert Romano, da firma advocatícia Locke Lord, apresentou um relato abrangente sobre a rede criminosa relacionada à indústria de próteses, órteses e materiais especiais (OPME), que, segundo ele, atinge escala global. “A fraude nessa área é um problema endêmico no mundo inteiro”, afirmou Romano, que representa a Abramge em processos judiciais contra fabricantes com sede nos EUA que subornam médicos brasileiros para que indiquem o uso de seus produtos – por vezes, de forma desnecessária. O advogado explicou os esforços realizados para se obter provas contra os criminosos e informou a existência de negociação com alguns fabricantes para a mudança de procedimentos. Segundo Romano, evitar que essas práticas continuem a se repetir é ainda mais importante que a obtenção de indenizações.

DECISÃO ACERTADA

No fim de maio, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) determinou a suspensão de todos os processos judiciais que pedem o fornecimento de medicamentos que não estão na lista oficial do SUS, em uma tentativa de uniformizar a interpretação nessa área. A decisão vale até que o mérito da questão seja julgado pelo tribunal.

FOTOS: RICARDO MANSIHO

ALIANDO TEORIA E PRÁTICA

Universidade Corporativa Abramge contribui para o desenvolvimento da saúde suplementar por meio da disseminação de conhecimento gerado no dia a dia das operadoras

Oficialmente, a UCA tem quase dez anos de existência. Mas seu *know-how* foi forjado em mais de duas décadas de experiências educacionais empreendidas pela Abramge. Conheça a seguir, em seis tópicos, mais sobre essa universidade muito especial.

[1] O QUE É?

A Universidade Corporativa Abramge (UCA) é uma associação civil, sem fins lucrativos, que tem como objetivo disseminar conhecimento e desenvolver competências de gestão na área da saúde suplementar, contribuindo para sua sustentabilidade e seu desenvolvimento contínuo.

A UCA realiza seminários e cursos de pós-graduação destinados a profissionais de operadoras de planos de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas, indústrias e organizações empresariais em geral. Os parceiros da UCA nessa empreitada são a Abramge, o Sinamge, o Sinog, o Centro Universitário São Camilo e a Associação Brasileira de Qualidade de Vida.

[2] HISTÓRIA

Fundada em 2008, a UCA tem sua origem nas ações da Abramge para oferecer aos seus associados opções de educação continuada. A partir de 1995, a associação passou a realizar seminários e *workshops* sobre temas e assuntos relacionados diretamente à medicina e odontologia de grupo e aos planos de saúde.

Na época, o diagnóstico que levou ao início dessas ações foi o de que os profissionais que administravam as operadoras, quase todos médicos e dentistas, seriam beneficiados e potencializariam seus negócios se tivessem uma formação em gestão. Entre os temas abordados nessa primeira fase, estavam precificação, gestão de custos, marketing e exigências regulatórias.

Pioneiro no ramo da Saúde Suplementar, em 2000, esse conteúdo foi organizado e ampliado sob a forma de um MBA, viabilizado por meio da parceria com o Centro Universitário São Camilo. A universidade

ofereceu estrutura docente e possibilitou que o novo curso fosse reconhecido pelo Ministério da Educação para a formação de especialistas em gestão de planos de saúde, notabilizando-se pelo conhecimento teórico e prático de professores atuantes nas principais empresas do segmento.

Cinco anos depois, foi a vez da criação de um MBA sobre qualidade de vida e promoção da saúde nas organizações, em parceria com a Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Esse curso refletiu a consolidação de uma nova visão sobre a importância desse tema para a competitividade empresarial, superando o paradigma que se restringia ao tratamento de doenças.

Em 2008, portanto, a UCA abarcou a realização dos dois MBAs e de dezenas de seminários e *workshops* todos os anos, atualizando-se constantemente de acordo com as demandas de mercado. Prova disso foi a criação, em 2015, do curso de Excelência em Gestão de Operadoras Odontológicas,



MBAs da UCA já formaram 450 alunos, sendo que 80% deles são gestores

dirigido a esse segmento de forte expansão no Brasil dos dias de hoje.

[3] MBA GESTÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Atualmente em sua 19ª turma, esse curso de pós-graduação *latu sensu* já formou mais de 250 pessoas e é dirigido tanto a gestores de operadoras quanto a profissionais da sua rede de prestadores de serviço de saúde. Organizado pela UCA, tem execução do Centro Universitário São Camilo, a mais tradicional instituição privada de ensino superior na área da saúde.

O programa visa oferecer uma visão sistêmica da administração, contemplando a interação entre os diversos atores da saúde

suplementar. Entre os temas trabalhados em aula estão: regulação, contabilidade, direito, economia, cálculo atuarial e técnicas de negociação.

[4] MBA GESTÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NAS ORGANIZAÇÕES

Atualmente na sua 11ª turma, é realizado pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida e a Universidade Corporativa Abramge, em convênio com o Centro Universitário São Camilo. Seu objetivo é capacitar profissionais para atuar na gestão de programas de promoção de saúde e qualidade de vida em organizações de qualquer espécie.

Primeira pós-graduação *latu sensu* com esse foco no Brasil, o curso oferece conteúdo programático que inclui: prevenção de doenças, gestão de pessoas, epidemiologia gerencial, gestão de qualidade de vida no trabalho, promoção da atividade física e marketing na saúde.

[5] CURSO EXCELÊNCIA EM GESTÃO DE OPERADORAS ODONTOLÓGICAS

Dirigido a cirurgiões-dentistas e profissionais de operadoras, bem como a pessoas interessadas em atuar na área de planos odontológicos, esse curso é organizado pela UCA em parceria com o Sinog.

Seu conteúdo programático é dividido em oito módulos com total de 68 horas/aula: introdução ao sistema de saúde suplementar odontológico; segmentação do mercado e produtos; atendimento (pós-venda); qualidade e gestão de contas odontológicas; regulação do mercado e ANS; gestão de rede assistencial; TI em saúde suplementar odontológica; e questões legais e éticas na gestão.

[6] EVENTOS

Ao longo do ano, a UCA realiza diversos seminários, simpósios e *workshops* sobre temas relevantes para a saúde suplementar. Em maio deste ano, por exemplo, a entidade promoveu, em parceria com o Sinog, o Simpósio de Planos Odontológicos (Simplo), que alcançou sua 12ª edição. Já em julho, foi a vez do seminário sobre glosas, dirigido a profissionais que atuam nas áreas administrativas e financeiras das operadoras de planos de saúde.

* PARA SABER SOBRE OS PRÓXIMOS CURSOS, SEMINÁRIOS E EVENTOS PROMOVIDOS PELA UCA, ACESSE WWW.ABRAMGE-UCA.COM.BR



Participantes do simpósio de odontologia, que lotaram o auditório da Fecomercio, em São Paulo, por dois dias seguidos

DOIS DIAS DE DEBATES INTENSOS

No 12º Simpósio de Planos Odontológicos (Simplo), promovido pelo Sinog, foram discutidos os temas mais sensíveis para o setor atualmente

FOTOS: RICARDO MANSHO

Como a crise econômica vem afetando o mercado de planos odontológicos? Apesar de perversa, ela pode representar alguma boa oportunidade? Será que é bom negócio investir diante desse quadro? E a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), está desempenhando o papel que dela se espera na regulação do setor? Esses, entre outros, foram temas longamente discutidos durante o 12º Simpósio de Planos Odontológicos (Simplo), promovido pelo Sinog em maio. O evento lotou o auditório da Fecomercio, em São Paulo (SP), durante dois dias de intensos debates. Segundo a organização, foram 250 participantes. Uma plateia atenta e participativa, composta, sobretudo, de profissionais responsáveis pela gestão de empresas de odontologia e medicina de grupo, seguradoras e cooperativas odontológicas, além de consultorias e demais *players* do mercado.

O tema central do simpósio não poderia ser mais oportuno: os paradoxos da odontologia suplementar no Brasil. Afinal, é bastante contraditória a situação vivida hoje pelas operadoras de planos odontológicos. O cenário geral é de retração, com efeitos especialmente dramáticos para as operadoras de planos médico-hospitalares. Mesmo assim, as odontológicas registraram crescimento de 3,8% no ano passado. Motivo para comemorar? “Sem dúvida”, disseram muitos palestrantes que passaram pelo evento. Para relaxar e baixar a guarda? “De jeito nenhum”, alertaram outros tantos debatedores.

DESTAQUES

“Esse segmento é diferente mesmo.

Precisamos, como órgão regulador, olhar para as operadoras de planos odontológicos de jeito diferente também”

CÉSAR SERRA, DIRETOR-ADJUNTO DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE OPERADORAS DA ANS

“Há 90 milhões de brasileiros em condição de assumir financeiramente um plano odontológico, e 40% da população nem sabem que esse tipo de plano existe”

ALFIERI CASALECCHI, DIRETOR-EXECUTIVO DA AMIL DENTAL

“Riscos podem ser minimizados com organização. Vale a pena, porque tem muito negócio bom a ser feito com e-commerce”

LEONARDO PALHARES, PRESIDENTE DA CÂMARA BRASILEIRA DE COMÉRCIO ELETRÔNICO

DIA 1 | TECNOLOGIA E REGULAÇÃO

O evento foi aberto pelo presidente do Sinog, Geraldo Almeida Lima, que fez referência, em seu breve discurso, ao momento paradoxalmente favorável que o setor atravessa. Mas não só. Almeida Lima destacou enfaticamente que, embora os resultados obtidos em 2016 sejam animadores, as operadoras odontológicas seguem em estado de alerta, preocupadas tanto com questões “internas” (como a busca incessante por eficiência) quanto “externas” (como a necessidade de uma regulação específica para o setor, historicamente negligenciada pelas autoridades responsáveis). “Que este simpósio seja um fórum para a discussão de todas as nossas necessidades e ansiedades”, disse o presidente do Sinog.

Em seguida, subiu ao palco o jornalista Dony de Nuccio, da *GloboNews*. Quem o vê apresentando telejornais não imagina o quanto ele é bom como palestrante. Pouca gente sabe, mas De Nuccio é um baita jornalista econômico. Formou-se economista na Fundação Getúlio Vargas (FGV), onde hoje é professor. Fez cursos de especialização no exterior. Tem livros sobre empreendedorismo e finanças publicados. É, enfim, um *expert* no assunto. E sua palestra foi brilhante, especialmente a segunda metade, na qual o jornalista destacou o valor da gestão estratégica, em qualquer que seja o negócio, e a importância do trinômio eficiência-tecnologia-inovação especialmente em tempos de crise.

Não por acaso, foi justamente esse o tema dos dois debates que vieram na sequência. O primeiro deles, sobre potencial de mercado e *e-commerce*, contou com a participação de Alfieri Casalecchi (diretor-executivo da Amil Dental), Leonardo Palhares (presidente da Câmara Brasileira de Comércio Eletrônico) e Sandra Ossent (gerente do produto odontológico da Porto Seguro Saúde). Do segundo, sobre inteligência artificial na gestão de processos e pessoas, participaram Ricardo Saponara (SAS Institute Brasil), Fábio Costa (Avanade) e Rafael Caetano (diretor de Marke-



O jornalista Dony de Nuccio, da *GloboNews*, que abriu o simpósio com uma palestra sobre o valor da gestão estratégica e a importância do investimento em inovação

O historiador Leandro Karnal, colunista da *BandNews* e do jornal *O Estado de S. Paulo*, que encerrou o evento falando sobre planejamento em tempos de crise

ting, Canais Digitais e Vendas On-line da Porto Seguro). Tanto Casalecchi quanto Palhares, em suas respectivas participações, destacaram o aspecto estratégico do investimento em comércio eletrônico – levando em consideração, por exemplo, o fato de que existem hoje no país mais de 200 milhões de *smartphones* ativos. Para o executivo da Amil Dental, *e-commerce* é uma ferramenta extremamente simples, eficiente e barata, muito apropriada para um mercado com tamanho potencial de expansão. “Há 90 milhões de brasileiros em condição de assumir financeiramente um plano odontológico, e 40% da população nem sabem que esse tipo de plano existe”, disse Casalecchi. Já o presidente da Câmara de Comércio Eletrônico afirmou que a ausência de uma legislação específica no Brasil não deve ser motivo para adiar ou descartar investimentos em vendas on-line. Na avaliação de Palhares, o negócio envolve algum risco, mas traz em seu bojo oportunidades que não devem ser desperdiçadas. “Os riscos podem ser minimizados com organização”, ele disse. “Vale a pena, porque tem muito negócio bom

da OdontoPrev, Roberto Cury, foi animada, a mais quente do evento. Diante de argumentos sólidos, que evidenciaram uma série de distorções provocadas pelas regras atuais, Figueiredo e Serra acabaram reconhecendo a necessidade de buscar, o quanto antes, um modelo regulatório que leve em consideração as especificidades dos planos odontológicos. “Esse segmento é diferente mesmo”, admitiu o diretor-adjunto da ANS. “Precisamos, como órgão regulador, olhar para as operadoras de planos odontológicos de jeito diferente também.”

DIA 2 | PLANEJAMENTO E ESTRATÉGIA

No segundo dia do evento, os trabalhos foram abertos com duas oficinas técnicas. A primeira, sobre as ações de fiscalização da ANS, teve no comando Simone Parré, consultora jurídica do Sistema Abramge. A segunda, sobre reajustes de contratos coletivos e sinistralidade, foi coordenada por Antonio Westenberger, sócio e diretor da Ícone Consultoria, especializada em soluções atuariais. Em seguida, foi a vez de um debate sobre *outsourcing* – ou terceirização – como instrumento de transformação do negócio (*leia mais na reportagem da pág. 22*), do qual participaram Rodrigo Califoni (CEO da Brazil Dental), Ricardo Squillaci (sócio da empresa de serviços administrativos BPO) e Julia Prata (da J.P. Prata, especializada em tecnologia aplicada à logística). Depois, houve um *talk show* com a participação do público, moderado por Fabio Nogi, gerente de Odontologia da Unimed Odonto.

Para fechar o simpósio com uma boa dose de inteligência e alguns toques de humor, foi escalado o historiador Leandro Karnal, colunista do jornal *O Estado de S. Paulo* e da *BandNews*. Durante mais de uma hora, ele falou sobre crise, planejamento e estratégia, mas de um jeito diferente, com a elegância e a perspicácia que lhe são características. Um *grand finale*, daqueles capazes de deixar todos ansiosos pela próxima edição do Simplo.

Na vitrine dos planos

Especialista em implantes dentários conta sua trajetória de crescimento profissional apostando no mercado de convênios odontológicos

A cirurgiã-dentista Daniella Muknicka, de 39 anos, conquistou reconhecimento em sua profissão com base em um princípio simples: jamais abrir mão dos melhores materiais e da excelência no atendimento aos seus pacientes. Seu mantra, transmitido por um colega de longa data, é “Se você trabalha bem, o cliente sempre volta”.

Graduada pela Universidade Santo Amaro (Unisa) em 1999 e posteriormente especializada em implantodontia – área da odontologia dedicada a implantes dentários –, Daniella gerencia há oito anos sua própria clínica na cidade de Cotia, na região metropolitana da capital paulista. Com cerca de 16 mil clientes em sua carteira, a clínica possui hoje oito dentistas parceiros, metade do que havia há três anos, quando a crise econômica chegou forte ao município conhecido por abrigar um importante polo corporativo.

“Desde então, muitas empresas fecharam e seus funcionários perderam os convênios odontológicos, o que refletiu no nosso movimento”, diz Daniella.

Ela chegou a Cotia há 16 anos e enxergou nos funcionários das empresas da região uma potencial clientela. Por medo



A dentista Daniella Muknicka em sua clínica odontológica em Cotia

RENATO PIZZUTO

de assaltos, Daniella nunca quis abrir um consultório “de rua” e achou que a melhor publicidade que poderia ter seria fazer parte dos guias dos convênios. Segundo ela, não necessariamente os pacientes conveniados se tornam a principal fonte de faturamento de uma clínica, mas, ao se tornar parte de uma rede credenciada, gera-se muito movimento.

“Além da receita que vem dos convênios, muitos pacientes acabam fazendo conosco procedimentos estéticos ou implantes, que aumentam o faturamento da clínica”, afirma a dentista, que atribui aos convênios cerca de 40% do faturamento atual de sua clínica.

SEGREDOS DO SUCESSO

Segundo Daniella, para se dar bem no mercado de planos é preciso selecionar bem os convênios com os quais vai trabalhar. Após 15 anos nesse mercado, ela atualmente é credenciada em cinco planos de saúde diferentes.

Outro aspecto fundamental é adquirir conhecimentos de gestão, para saber administrar o alto “giro” proporcionado pelos convênios e atender de forma satisfatória aos critérios exigidos de um credenciado. Daniella fez um pós-graduação em gestão empresarial e afirma ter praticamente eliminado a “glosa”, como é chamado o questionamento do plano de saúde sobre um repasse solicitado por um credenciado. No curso e no dia a dia, a dentista aprendeu a importância de se adotar procedimentos de registro, controle e comunicação com os convênios.

Todo esse aprendizado – teórico e prático – de como ser bem-sucedida no mercado de saúde suplementar deu origem a um curso, em 2014, em que Daniella transmitiu sua própria experiência sobre



Daniella vê nos planos de saúde uma ótima publicidade de seus serviços

FREEMK

Os 15 anos de atuação como credenciada de convênios deram origem a um curso sobre como se dar bem nesse mercado

como trabalhar com convênios odontológicos para outros profissionais da área.

“Meus colegas me procuravam para saber qual era meu segredo para ter sucesso nesse mercado. Então comecei a dar cursos na minha clínica e até den-

tro da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, chegando a um total de cem alunos”, afirma.

Para a dentista, a formação universitária no Brasil é deficiente ao não preparar o dentista para administrar bem o seu negócio, com conceitos de marketing e gestão.

Porém, o fator mais importante para ganhar clientes e dinheiro por meio dos convênios, segundo Daniela, é dar o mesmo padrão de atendimento a pacientes conveniados e particulares. Assim, diz ela, os clientes se tornam fiéis.

“Sempre falo para meus colegas: se você se dispôs a atender por convênios, dê o melhor atendimento para os pacientes, use a melhor resina. Isso, no longo prazo, fideliza o cliente. Quem há dez anos era atendido pelo convênio, hoje vira um cliente particular”, diz a dentista.

Dente por dente

AS OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS PRECISAM QUE A ANS CRIE UMA REGULAÇÃO ESPECÍFICA PARA ELAS, SOB PENA DE VEREM SEU NEGÓCIO INVIABILIZADO

POR JOSÉ ALVES DE SOUZA NETO*

O mercado odontológico de saúde suplementar sofreu, nos últimos anos, uma diminuição acentuada no crescimento percebido em tempos recentes. Boa parte disso se deve à crise que vivemos e que, como todos sabemos, gera grandes incertezas que paralisam ou desaceleram o mercado, afetando a todos, ou, pelo menos, a maioria dos setores. Para podermos entender melhor o atual momento no segmento da odontologia suplementar – e que, de certa forma, agravam ou dificultam as ações de “resposta” aos efeitos da crise –, devemos ter ciência de que a regulação, ao ser criada, foi lastreada basicamente na área médica. Apesar de algumas evoluções, ainda é muito claro que o peso regulatório leva em consideração, na maioria das vezes, a experiência médico-hospitalar.

Diante desses desafios, a FenaSaúde, o Sinog e a Uniodonto elaboraram uma lista de solicitações que foram entregues aos diretores e ao presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como ao ministro da Saúde. Entre as medidas sugeridas, foi proposta a reavaliação da margem de solvência específica para as operadoras exclusivamente odontológicas, considerando as particularidades e os riscos do setor na composição de novos métodos de cálculo, pois entendemos que não é possível utilizar critérios idênticos aos adotados para os planos médico-hospitalares. Outra proposição foi a alteração das regras para planos individuais/familiares, de forma a incentivar a comercialização. Na situação de crise em que vivemos, com recordes históricos de desemprego, é fundamental que a regulação da atividade econômica amplifique o acesso aos planos, mas com segurança jurídica e viabilidade



“Na situação de crise em que vivemos, é fundamental que a regulação amplifique o acesso aos planos, mas com segurança jurídica e viabilidade dos contratos”

dos contratos, inclusive em substituição aos benefícios em contratos coletivos não mais existentes. Inversamente ao que ocorre nos planos médicos, é importante que a regulação contemple a viabilidade de vigências mais longas de contratos e multas contratuais compatíveis com a realidade da odontologia. Ela deve manter o equilíbrio da relação. Da forma como hoje essas questões são tratadas, não se protege o consumidor. Ao contrário, a regulação penaliza os bons consumidores, que pagam o preço da má-fé daqueles que apenas querem contratar, gozar de benefício imediato e encerrar o plano, sem qualquer perspectiva preventiva na sua saúde odontológica. Assim, é imperativo o aumento da vigência e de penalidades contratuais por seu descumprimento, des-

de que haja a suficiente transparência dos termos acordados.

Ponto essencial também é a compatibilização da penalidade aplicada pela ANS para o segmento odontológico. Todos sabemos que o ticket médio da atividade médico-hospitalar é mais que o décuplo do praticado na odontologia, mas os valores das multas não consideram esse fato, apenas compatibilizam a pena pelo número de beneficiários, e não pelo valor gerado. Se duas operadoras, uma médica e outra odontológica, praticarem a mesma infração, a primeira sentirá uma sanção meramente pedagógica, ao passo que a segunda poderá ter seus resultados seriamente comprometidos. No caso das empresas de menor porte, corre-se o risco até de insolvência. Não se trata de incentivar a isenção de pena. Afinal, ninguém questiona a necessidade de sanções. Mas é preciso adequá-las à proporcionalidade e à realidade das operadoras exclusivamente odontológicas – algo que, hoje, é desprezado pelas regras da ANS. Sem essa adequação, a viabilidade de muitas operadoras estará comprometida em um futuro próximo. Para um ambiente do qual se espera competitividade, essa é uma perspectiva pouco animadora.

A regulação da saúde suplementar, no geral, trouxe segurança a todos os envolvidos com a operação. Passou da hora, porém, de a ANS olhar uma realidade absolutamente distinta de seu foco inicial (e, em grande parte, ainda permeado por suas normas), viabilizando a operação eficaz dos planos odontológicos. Ganharão todos os envolvidos: os consumidores de boa-fé, as operadoras e o Estado.

* JOSÉ ALVES DE SOUZA NETO É PRESIDENTE DA UNIODONTO DO BRASIL E DIRETOR DO RAMO SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (OCESP).

ILUSTRAÇÃO: FREEPIK

atendimento
abramge



Sistema da Abramge Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência em Trânsito

Mais de 200 empresas em todo o território nacional

Tranquilidade e segurança em sua próxima viagem

DDG 0800.722.7511

www.atendimentoabramge.com.br

Verifique se a sua operadora faz parte do Sistema



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



Pessoas. Tecnologia. Dados. Ação.

MAIS SAUDÁVEL É AQUI

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

optum.com.br