

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2018



abramge • sinamge • sinog

ANO 3 Nº 09
ISSN 2448-0630

ENTREVISTA COM FHC

EX-PRESIDENTE RELEMBRA ATUAÇÃO NA ASSEMBLEIA CONSTITUINTE E PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS NA GESTÃO E NA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

COMBATE À JUDICIALIZAÇÃO

CNJ DESENVOLVE ASSESSORIA TÉCNICA EM SAÚDE PARA QUE MAGISTRADOS TOMEM DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS MÉDICAS E ECONÔMICAS

EDUCAÇÃO CONTINUADA

OPERADORAS E HOSPITAIS AUMENTAM SEUS INVESTIMENTOS EM PROGRAMAS CORPORATIVOS DE ENSINO, PARA OBTER MAIOR PRODUTIVIDADE E MAIS INOVAÇÃO

EM TRANSFORMAÇÃO

ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR BUSCA SE ADAPTAR ÀS MUDANÇAS DO MERCADO PARA AUMENTAR SEU ALCANCE NA SOCIEDADE BRASILEIRA





4ª turma do curso de
**EXCELÊNCIA
EM GESTÃO DE
OPERADORAS
ODONTOLÓGICAS**

Cerca de 200 profissionais já reciclaram seus conhecimentos.

FAÇA PARTE VOCÊ TAMBÉM.



Corpo docente altamente
qualificado



68 horas/aula aos sábados*



Início em 01/09
Término em 01/12



Rua Treze de Maio, 1540
São Paulo/SP

*Excepcionalmente, haverá aula em uma sexta-feira, 26 de outubro, das 19h00 às 22h30.

Inscreva-se em sinog.com.br/cursos

Inscrições somente até 24 de agosto de 2018 - 40 vagas disponíveis

Organização e Realização:



Autoexame

Uma transformação baseada na qualidade da assistência. Esse é o parâmetro da evolução do segmento odontológico, segundo o presidente do Sinog, Geraldo Lima. Para ele, os planos odontológicos têm o desafio de aprimorar seu modelo de atuação para se adaptar às mudanças em quatro pilares: incorporação tecnológica; novos modelos de remuneração; mudanças de hábitos e exigências do consumidor; e aspectos regulatórios.

Do sucesso nessa empreitada depende a manutenção do crescimento registrado nos últimos anos. Apesar da crise econômica, a odontologia suplementar atingiu seu recorde histórico de beneficiários em dezembro de 2017, com 22,7 milhões de clientes, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso representa 11,4% da população brasileira.

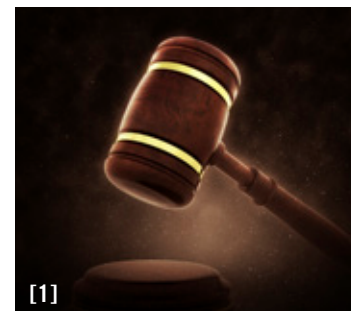
Na reportagem de capa desta edição, mostramos a opinião de especialistas no mercado consumidor, membros do Poder Público e executivos de operadoras sobre quais os melhores caminhos a se tomar nesse cenário de transformação, em que os mais preparados poderão se beneficiar da expansão da base de clientes. De acordo com o CEO da OdontoPrev, Rodrigo Bacellar, os planos odontológicos podem atingir 30% dos brasileiros daqui a 30 anos.

Em outra matéria, você poderá conhecer um pouco mais sobre os NatJus, os Núcleos de Assessoramento Técnico em saúde [1]. Embora ainda em processo de implantação, esses núcleos são formados por especialistas da área médica e de gestão em saúde com o intuito de fornecer evidências científicas que apoiem as decisões dos tribunais. A expectativa é de que, ao longo do tempo, essa iniciativa ajude a combater o excesso de demandas judiciais inadequadas, como as que pedem que Estado ou planos de saúde forneçam medicamentos sem registro de comercialização ou eficácia comprovada. Boa notícia para a segurança dos pacientes e também para o equilíbrio financeiro do mercado.

Fechando a tríade de reportagens desta edição, apresentamos o florescente investimento da saúde suplementar na educação continuada de seus profissionais [2]. Esse é um claro indicativo de que operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios estão cientes da importância da permanente qualificação do capital intelectual para se obter maior produtividade e inovação. Nesse mercado, vale ressaltar a ênfase que tem sido dada a modelos de assistência centrados no paciente.

Por fim, não poderíamos deixar de destacar a honra da *Visão Saúde* em publicar uma entrevista exclusiva com o ex-Presidente da República Fernando Henrique Cardoso [3], de tantas contribuições para a área da saúde. Entre elas, estão a ampliação do acesso a medicamentos, a diminuição da mortalidade infantil e o mundialmente reconhecido programa de combate à Aids.

Boa leitura.



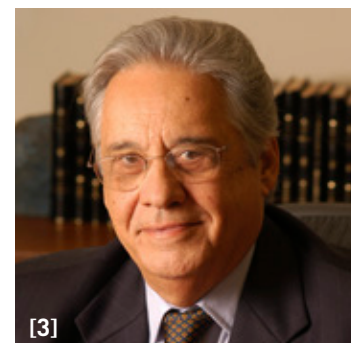
[1]

FREEPIK



[2]

FREEPIK



[3]

DIVULGAÇÃO

6 PÁGINAS AZUIS

Fernando Henrique Cardoso foi tão importante para o sistema de saúde do Brasil quanto para sua estabilização econômica. Saiba por que nessa entrevista exclusiva do ex-Presidente da República.

18 CAPA SEM COMODISMO

Após crescer mesmo durante a pior crise econômica da história do Brasil, segmento dos planos odontológicos busca maneiras de se reinventar.

24 COM BASE EM EVIDÊNCIAS

CNJ estrutura assessoramento técnico em saúde para juízes de todo o Brasil, mas esbarra em dificuldades técnicas e resistência do magistrado.

28 VALOR DO CONHECIMENTO

Conheça diferentes modelos de educação continuada usados na saúde suplementar, que vive tendência de criação de universidades corporativas.

SEÇÕES

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



IVULGAÇÃO

CAPA: SHUTTERSTOCK



abramge • sinamge • sinog

COMITÊ EXECUTIVO

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

Gustavo Magaldi **(EDIÇÃO)**
 Bruno Silva **(REPORTAGEM)**
 Kátia Shimabukuro **(REVISÃO)**
 Marcio Penna **(ARTE)**

PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

IMPRESSÃO

Burti

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

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

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da **Visão Saúde** ou do Sistema Abramge.

ABRAMGE

Associação Brasileira de Planos de Saúde

SINAMGE

Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

SINOG

Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

REVISTA VISÃO SAÚDE

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

SITE

www.abramge.com.br
 www.sinog.com.br
 www.visaosaude.com.br

E-MAIL

redacao@visaosaude.com.br
 comercial@visaosaude.com.br

RESOLVA SEUS PROBLEMAS
DE TI DEFINITIVAMENTE

Sistema de Gestão para Operadora Odontológica



Migração e
Implantação a
CUSTO ZERO
MUDE JÁ!

MANTENHA O FOCO
NO SEU NEGÓCIO

REDUZA SEUS
GASTOS COM TI

TOME DECISÕES
CONFIÁVEIS

VENHA PARA O
DATASYS!

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

	DATASYS
Quanto você vai ter que investir em computadores para fazer a migração?	ZERO
Quanto você vai ter que investir em computadores após a migração?	ZERO
Quanto você vai ter que investir em Servidores para rodar o Datasys?	ZERO
Quanto você vai ter que investir para ter um backup confiável?	TOTAL
O sistema está 100% em conformidade com as resoluções e instruções da ANS ?	SIM
O sistema já vem preparado para uso da BIOMETRIA no combate antifraudes ?	SIM
Você mesmo pode criar e implementar as regras dos tratamentos sem depender da TI?	SIM
O sistema garante a integridade e consistência dos dados de acordo com as normas da ANS ?	SIM
A DATANEXT faz a migração do sistema atual para o DATASYS a custo zero?	SIM

SOLICITE UMA DEMONSTRAÇÃO. NÓS IREMOS ATÉ VOCÊ!



(19) 3327-1643
0800 040 8008



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



DATANEXT
DESENVOLVENDO TECNOLOGIAS



Memórias saudáveis

Ex-presidente Fernando Henrique Cardoso relembra conquistas importantes na saúde que tiveram sua participação

O sociólogo, professor universitário e ex-Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (FHC) é frequentemente associado à estabilização econômica do Brasil, iniciada com o lançamento do Plano Real, em 1994, quando era Ministro da Fazenda do governo Itamar Franco, e mantida com reformas estruturais durante seus dois mandatos presidenciais, entre 1995 e 2003. Porém, FHC também deixou sua marca na área de saúde do país. Primeiramente, como senador e um dos líderes da Assembleia Nacional de Constituinte responsável por redigir e aprovar a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – entre outros importantes avanços sociais, a nova lei suprema do país formalizou a saúde como um direito social e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo de seus oito anos como o 34º Presidente da República, Fernando Henrique obteve avanços significativos na área da saúde, que se refletiram, entre outros, na redução da mortalidade infantil em 33% e da mortalidade materna em 34%, segundo dados do Ministério da Saúde. No acesso a medicamentos, FHC sancionou duas importantes leis, de licenciamento compulsório de fármacos em casos de interesse de saúde pública e de incentivo aos medicamentos genéricos. No financiamento à saúde, estabeleceu a destinação de patamares mínimos de recursos do governo federal, estados e municípios para a saúde pública, por meio da sanção da Emenda Constitucional nº 29.

O governo FHC se notabilizou, ainda, por tornar mais rigorosa a política antitabagista, proibindo a publicidade de cigarros e introduzindo mensagens de alerta nas embalagens; por implantar um programa nacional de combate à Aids; e por ter criado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Atualmente, Fernando Henrique Cardoso preside a fundação que leva seu nome e participa de conselhos consultivos em diferentes órgãos no exterior, como Clinton Global Initiative, Universidade Brown e United Nations Foundation. Também é membro da Academia Brasileira de Letras e presidente de honra do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Nesta entrevista exclusiva à *Visão Saúde*, o ex-presidente comenta os principais avanços obtidos por seu governo na área da saúde e compartilha sua visão sobre o atual cenário dos sistemas público e privado.

FOTO: DIVULGAÇÃO INSTITUTO FHC

VISÃO SAÚDE – A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito social fundamental a ser garantido pelo Estado. Como o senhor avalia esse dispositivo constitucional hoje, 30 anos depois?

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – Esse dispositivo constitucional se deveu à luta de um conjunto de médicos, especialmente os higienistas, que desejavam disponibilizar o atendimento de saúde para toda a população. Até então, dispunham dele os membros de corporações, especialmente os funcionários públicos e os associados aos Institutos de Pensão; as “colônias” migratórias eram atendidas pelos hospitais de benemerência de suas comunidades e os mais pobres pelas Santas Casas. Fora disso, o serviço de saúde só era disponível para quem podia pagar. Portanto, a Constituição deu um passo importante para democratizar e mesmo universalizar o atendimento de saúde.

A Lei nº 9.656, sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a criação da ANS ocorreram durante sua presidência. Por que foram necessários?

Porque não é correto que quem possa pagar se utilize dos fundos públicos; nas sociedades modernas convém juntar o público com o privado. Poucos podem arcar com os custos da saúde, que são crescentes, sem os planos.

Qual é a sua visão sobre o modelo ideal de coexistência entre o SUS e a saúde suplementar?

O SUS foi uma resposta brasileira e criativa exatamente porque permite sua coexistência com a saúde suplementar. Como disse, os custos de saúde são crescentes (a pesquisa, os remédios, o equipamento e o pessoal treinado); quanto mais se possa dispor de sistemas que combinem os dois, o público e o privado, melhor.

Como Presidente da República, o senhor obteve significativa redução na mortalidade infantil e relevante expansão do saneamento básico. Como isso foi conquistado?

Só há uma solução: dispor de recursos crescentes, ter planejamento e persistir na boa administração. A queda da mortalidade infantil se deveu à melhoria da renda da população e, principalmente, à cooperação público/privado (por exemplo, os esforços dos programas da dra. Zilda Arns) e à introdução das equipes de médicos de família no SUS. Além, é claro, da expansão dos programas de vacinação, com os quais o Brasil tem experiência positiva.

Por favor, conte-nos um pouco sobre os princípios adotados no bem-sucedido programa de combate à Aids, implantado em seu governo.

O êxito no combate à Aids adveio de o governo haver enfrentado abertamente a questão e haver pedido apoio da sociedade civil, inclusive das organizações dos próprios pacientes. Fizemos campanhas claras pelas TVs e, ademais, conseguimos baixar o custo dos antivirais específicos, chegando mesmo a ameaçar a quebra de patentes.

“A queda da mortalidade infantil se deveu à melhoria da renda da população e, principalmente, à cooperação público/privado (por exemplo, os esforços dos programas da dra. Zilda Arns) e à introdução das equipes de médicos de família no SUS. Além, é claro, da expansão dos programas de vacinação, com os quais o Brasil tem experiência positiva”



Em 1997, o Brasil viveu uma epidemia de dengue. Qual foi o aprendizado daquele episódio?

Foi grande. O doutor Jatene [nota da redação: Adib Jatene, médico e um dos pioneiros em cirurgia cardíaca no Brasil], que foi ministro da saúde, em uma das primeiras reuniões que teve comigo trouxe a questão da transmissão feita pelo *Aedes aegypti*. Contratamos mata-mosquitos em massa e tivemos de enfrentar resistências corporativas. Nesse tipo de epidemia a chave é: “agir logo e agir sempre” no combate delas.

Por que seu governo decidiu ter participação ativa na regulamentação do mercado de medicamentos, com as leis dos genéricos e das patentes e a criação da Anvisa?

Porque no mundo moderno cabe aos governos, mais do que produzir, regulamentar. A Anvisa foi criada com esse espírito. Se não respeitássemos a lei de patentes

“**“** No mundo moderno cabe aos governos, mais do que produzir, regulamentar. A Anvisa foi criada com esse espírito. Se não respeitássemos a lei de patentes não teríamos acesso ao que há de novo; se não víssemos que depois de certo tempo o que é ‘patenteado’ pode e deve ser usado genericamente, estaríamos servindo apenas aos *trusts e lobbies*”

não teríamos acesso ao que há de novo; se não víssemos que depois de certo tempo o que é “patenteado” pode e deve ser usado genericamente, estaríamos servindo apenas aos *trusts e lobbies*.

Qual é a sua avaliação sobre o atual momento do sistema de saúde brasileiro, público e privado, e quais devem ser as prioridades do novo Presidente da República nessas áreas?

Reitero, no mundo contemporâneo cabe aos governos regulamentar e, acrescento, dar previsibilidade aos mercados e ao povo. Definida a meta, há que lhe dar sequência no tempo, persistindo nela. As mudanças sociais são processos e não apenas atos. Por isso não é bom que os ministros e demais administradores mudem a toda hora. Eu tive um só na Fazenda e três na Saúde. Um, José Serra, durou cinco anos, Jatene pediu demissão depois de haver provido o ministério de recursos, e o ministro, entre estes dois, o dr. César Albuquerque, foi quem, com a ajuda do secretário-geral Barjas Negri, começou a dar normas de funcionamento ao SUS. Graças a eles, pudemos avançar.

Vulnerabilidade

Seja por influência de movimentos contrários a campanhas de vacinação ou de notícias falsas que vinculam a elas o desenvolvimento de doenças, o Brasil está menos protegido. Em 2017, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde (MS), nenhuma das vacinas indicadas para crianças de até um ano atingiu a meta do programa de vacinar 95% desse público. Os índices de vacinação apurados foram, em média, os menores dos últimos 15 anos. E isso pode acarretar o crescimento de casos de doenças consideradas controladas, como poliomelite, caxumba, rubéola, difteria, meningite e sarampo. Esta última, por exemplo, reapareceu com força em estados como Roraima e Amazonas no ano passado.

FOTO: JOA SOUZA/SHUTTERSTOCK





ANVISA LANÇA REGISTRO NACIONAL DE IMPLANTES

Sistema servirá como referência para melhores condutas terapêuticas e materiais mais adequados

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lançou, em maio, o Registro Nacional de Implantes (RNI), um sistema para o cadastro de cirurgias de implantação de próteses osteo-articulares (quadril e joelho) e de *stent* coronariano. Em uma próxima etapa, o sistema será expandido para abranger outros tipos de implantes.

A intenção da Anvisa é reunir em uma única base dados sobre pacientes, instituições implantadoras e procedimentos cirúrgicos de implantação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Segundo a agência, esses dados serão úteis para aprimorar a regulação dos produtos implantáveis, bem como indicar as melhores condutas terapêuticas e os materiais mais adequados.

Desenvolvido pela Anvisa em parceria com a Universidade de Santa Catarina (UFSC) e com o apoio da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e da Socieda-

de Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), o sistema RNI será implantado nos serviços de saúde de forma gradual. De início, a adesão será voluntária, mas no médio prazo a expectativa é que se torne compulsório para serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

A iniciativa do RNI é salutar para criar referências de boas práticas de uso de OPME e complementa outras ações que visam trazer transparência ao mercado, como a Central Nacional de Precificação (*ver quadro*), desenvolvida pela Abramge em parceria com a Gestão OPME. O maior controle sobre as práticas médicas e comerciais dessa área é urgente, dado o crescente número de fraudes e cirurgias desnecessárias envolvendo implantes, o que traz riscos graves à saúde dos pacientes e gera custos excessivos para os sistemas de saúde.

PARA ASSOCIADOS DA ABRAMGE

A CENTRAL NACIONAL DE PRECIFICAÇÃO ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE WWW.ABRAMGE.COM.BR PARA ASSOCIADOS DA ENTIDADE. LÁ SE ENCONTRAM OS PREÇOS DE OPME MAIS PRATICADOS NO BRASIL, ATUALIZADOS MENSALMENTE, COM O QUE SE VISA DAR O SUPORTE NECESSÁRIO PARA MELHORES CONDIÇÕES NA AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES.

DEMANDAS DA ABRAMGE SOBRE OPME

- Revisão, pela ANS, dos prazos máximos para garantia de atendimento de procedimentos cirúrgicos em que se utilizam OPME, para melhor discussão entre hospitais, médicos e operadoras, preservando a segurança clínica do paciente e as boas práticas;
- Criação de um marco regulatório pela Anvisa acerca do registro de OPME, estabelecendo nomenclaturas padronizadas de modo que os fabricantes e distribuidores interessados em registrar seus produtos deverão aderir e enquadrá-los dentro da nomenclatura padronizada;
- Tornar preço-base de OPME público, permitindo maior controle e monitoramento sobre preços praticados.

**Hospital
São Camilo.**
Quando se está
perto fica mais
fácil de cuidar.



Os seus clientes merecem o melhor para cuidar da saúde. Esta é a razão pela qual nós, do Hospital São Camilo, aprimoramos cada vez mais a qualidade de nossos serviços. Investimos em novas instalações e na contínua qualidade do atendimento, colocando à disposição de seus clientes um serviço completo para atender urgências e emergências, consultas, exames, cirurgias e tratamentos de alta complexidade como o Transplante de Medula Óssea. Hospital São Camilo: sempre perto de você.

- Pompeia
- Santana
- Ipiranga

Agendamento

(11) 3172-6800

hospitalsocamilosp.org.br

Acreditações Internacionais



Responsabilidade técnica: Dra. Carla de Oliveira Assis – CRM nº 73.462 / Dr. Eli Szwarc – CRM nº 105.009
Dra. Tania Regina Guedes – CRM nº 58.153



HOSPITAL
SÃO CAMILO

Nossa missão é cuidar da vida

INFLAÇÃO MÉDICA É 3,4 MAIOR QUE ÍNDICE GERAL

Uma pesquisa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostrou que, em 2017, o aumento dos custos médicos foi 3,4 vezes superior à inflação geral no Brasil. Essa diferença é a sétima maior entre os mais de 200 países analisados por três relatórios, produzidos pela consultorias Aon Hewitt,

Mercer e Willis Towers Watson.

Para o IESS, o aumento dos custos médicos muito acima da inflação geral de preços demonstra a necessidade de políticas que combatam desperdícios do sistema de saúde. Entre as possíveis medidas para atingir esse objetivo, estão: mudança de modelo de remuneração de serviços

de saúde, adoção de critérios de custo-efetividade para incorporação de novas tecnologias, indicadores de qualidade para avaliar hospitais e outros prestadores de serviço e produtos que aproximem os beneficiários do processo decisório dos planos, como os planos com franquia e co-participação.

País	Média
Grécia	6,3
Canadá	4,7
Coreia do Sul	4,6
China	3,9
Estados Unidos	3,7
Holanda	3,5

País	Média
Brasil	3,4
México	3,2
Austrália	3,1
Dinamarca	3,0
Chile	2,9
Reino Unido	2,9

País	Média
França	2,5
Rússia	2,1
Portugal	2,0
África do Sul	1,6
Egito	1,6
Argentina	1,4


ALAMI NO BRASIL

A ALAMI – Asociación Latinoamericana de los Sistemas Privados de Salud (Associação Latino-americana dos Sistemas Privados de Saúde), fundada em janeiro de 1980 e que conta atualmente com 10 países – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, República Dominicana, Equador, México, Paraguai, Peru e Uruguai –, realizou encontro na sede do Sistema Abramge, para debater as nuances do setor de saúde da região, com destaque para o Brasil. Na oportunidade o presidente da Alami, Hugo Magonza, deu às boas-vindas aos membros das diretorias

das entidades presentes e deu sequência à programação do dia com as apresentações de Geraldo Lima, presidente do Sinog, sobre o Mercado Odontológico no Brasil; de Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que falou dos motivos da Inflação Médica Mundial ser sempre superior a inflação geral dos países; e de Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mencionando o papel da



agência reguladora na fiscalização e regulamentação do setor privado de saúde no Brasil. Finalizando, os membros diretores da Alami expuseram um apanhado do funcionamento da saúde privada em seus países, a saber: Argentina, Chile, Colômbia, República Dominicana, México e Uruguai.



QUANDO VOCÊ
FORTALECE
SUAS CONEXÕES
OS RESULTADOS
ACONTECEM

Gerenciar o custo de atendimento nunca foi tão complexo ou crítico como é hoje. Como uma empresa de serviços de saúde e inovação, a Optum está enfrentando os grandes desafios da saúde por meio de parcerias por todo o sistema. Impulsionamos dados e análises do mundo real para sincronizar redes, coordenar cuidados clínicos e de farmácia, e engajar os membros na gestão das suas doenças e condições. Tudo em nome da melhor qualidade e do gerenciamento de custos. É assim que fazemos saúde.

optum.com.br



Uso consciente

Estudos mostram que adoção de franquia e coparticipação tem relação direta com redução de custos assistenciais e desperdícios

O PROBLEMA

Os planos de saúde estão sujeitos a falhas de mercado, situações em que uma decisão individual pode prejudicar o resultado do grupo ou da sociedade. Isso acontece, por exemplo, quando alguém adere a um plano de saúde para tratar uma doença já existente. E quando, após aderir a um plano de saúde, a pessoa se torna menos cuidadosa com sua própria saúde ou, ao contrário, utiliza as coberturas de forma desnecessária.

POSSÍVEIS SOLUÇÕES

Para mitigar essas falhas de mercado foram criados mecanismos financeiros de regulação: a coparticipação e a franquia. Com a

cobrança, os beneficiários de um plano de saúde são estimulados a usá-lo de forma racional e responsável, coibindo desperdícios.

O QUE É A COPARTICIPAÇÃO? Taxa cobrada por consulta, exame ou outro procedimento.

O QUE É A FRANQUIA? Limite a partir do qual o plano de saúde arca com despesas assistenciais.

No Brasil, esses sistemas de cobrança foram previstos em 1998 em resolução do Conselho Nacional de Saúde, órgão já extinto. Agora, voltaram a ser discutidos e podem fazer parte de uma nova regulamentação da saúde suplementar.

NO BRASIL

DIFERENTES ESTUDOS REALIZADOS DESDE 2002 DEMONSTRARAM QUE PLANOS COM MECANISMOS DE REGULAÇÃO FINANCEIRA REGISTRAVAM VOLUME MENOR DE:

9,8%

EM CONSULTAS

Fonte: *Incentivos e Risco Moral nos Planos de saúde no Brasil (2002)*

66,6%

EM EXAMES AUXILIARES DE DIAGNOSE E TRATAMENTO

Fonte: *Risco Moral no Mercado de Saúde Suplementar e Efeitos da Coparticipação na Demanda por Consultas e Exames (2009)*

7,2%

EM CONSULTAS

Fonte: *Efeito da Coparticipação no Número de Consultas Médicas Eletivas em Modelos Dinâmicos de Contagem (2017)*

33%

DOS PLANOS DE SAÚDE REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO DE 50% DOS BENEFICIÁRIOS, ADOTAM FRANQUIA OU COPARTICIPAÇÃO

NOS EUA

30%

FOI A REDUÇÃO DA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM PLANO COM COPARTICIPAÇÃO DE 25% DOS CUSTOS.

Fonte: *The RAND Health Insurance Experiment, three decades later* (2013)

A MESMA BASE DE DADOS DESSES DOIS ESTUDOS, O RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT, REALIZADO ENTRE 1974 E 1982, FOI UTILIZADA PELA ABRAMGE PARA IDENTIFICAR RESULTADOS QUE POSSAM DIRECIONAR POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL. OS DADOS INDICAM HAVER REDUÇÃO DO CUSTO ASSISTENCIAL EM TODOS OS CENÁRIOS QUANDO INSERIDA FRANQUIA OU COPARTICIPAÇÃO.

42%

DIMINUÍRAM AS DESPESAS DE SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA GRANDE COMPANHIA APÓS O PLANO ADOTAR A FRANQUIA. OS GASTOS DA EMPRESA CAÍRAM ATÉ 13,8%.

Fonte: *What does a Deductible do?* (2017)

NA CHINA

UM ESTUDO REALIZADO NAQUELE PAÍS REVELOU:

10% DE REDUÇÃO NA DEMANDA POR INTERNAÇÕES HOSPITALARES;

18% NA DEMANDA POR EXAMES E CONSULTAS QUANDO HAVIA COPARTICIPAÇÃO ENTRE 40% E 70%.

Fonte: *Demand for episodes of care in the China health insurance experiment* (1994)

CONCLUSÕES

A ADOÇÃO DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO REDUZ CUSTOS E NÃO PREJUDICA A SAÚDE DO BENEFICIÁRIO. ESSES MECANISMOS, EM SUMA, SÃO IMPRESCINDÍVEIS PARA A MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO DOS PLANOS DE SAÚDE E CONTRIBUEM DE FORMA SIGNIFICATIVA PARA O USO CONSCIENTE DO PLANO DE SAÚDE, BEM COMO PARA A REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS E FRAUDES. CONSEQUENTEMENTE, PERMITEM A OFERTA DE PLANOS A PREÇOS MAIS ACESSÍVEIS E O AUMENTO DO PORTFÓLIO DE PRODUTOS.

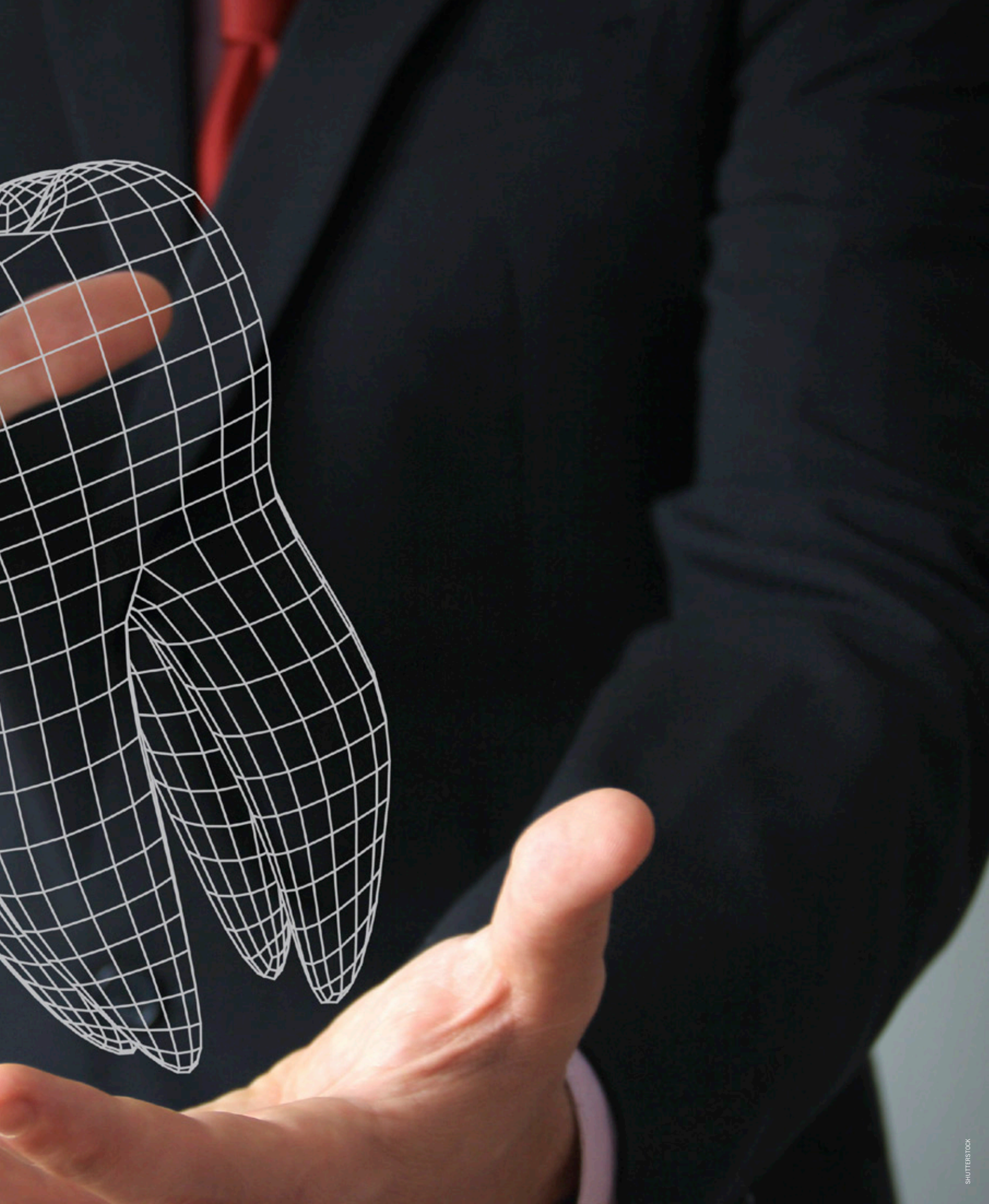
Fonte: *Estudo Técnico ano III no 5.*

PARA LER O ESTUDO COMPLETO, ACESSSE WWW.ABRAMGE.COM.BR.

A close-up photograph of a hand in a dark suit sleeve holding a white wireframe globe. The hand is positioned in the upper right quadrant of the frame, with fingers slightly curled around the globe. The background is a soft, out-of-focus light blue. The globe is a simple grid of white lines forming a sphere.

Transformações à vista

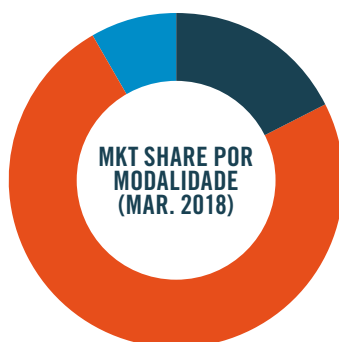
Para continuar crescendo, odontologia suplementar trabalha incessantemente para atender as mudanças demandadas por consumidores, operadoras e dentistas



PERFIL DA ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS, EM DEZEMBRO (MILHÕES)

2015	21,0
2016	21,4 (+2,2%)
2017	22,7 (+6,1%)



INDIVIDUAL FAMILIAR (4,1 milhões)	17,6%
COLETIVO EMPRESARIAL (17,0 milhões)	74,1%
COLETIVO POR ADESÃO (1,9 milhão)	8,1%



Autogestão	0,4%
Cooperativa médica	2,0%
Filantropia	0,5%
Medicina de grupo	26,1%
Seguradora	4,8%
Cooperativa odontológica	14,2%
Odontologia de grupo	52,0%

A odontologia suplementar nadou contra a corrente durante a maior crise econômica da história do Brasil. Enquanto o segmento de planos médico-hospitalares perdeu cerca de 2 milhões de beneficiários entre dezembro de 2015 e o mesmo mês de 2017, os planos odontológicos aumentaram em 8,4% sua base de clientes, chegando a 22,7 milhões segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para 2018, as estimativas do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) indicam a entrada de 1 milhão de novos beneficiários, encerrando o ano com 23,7 milhões de pessoas cobertas.

Esse desempenho recorde, por sua vez, fez com que os planos odontológicos movimentassem R\$ 4,9 bilhões em receitas de contraprestações entre janeiro e dezembro de 2017, valor 11,5% maior do que registrado no ano anterior.

Os números evidenciam a relevância do mercado, que hoje atende a 11,4% da população brasileira, bem como seu potencial de crescimento, uma vez que ainda falta muito para que o segmento alcance nível próximo à cobertura de planos médico-hospitalares, cujo número de beneficiários é ainda duas vezes maior.

“Em 30 anos, podemos triplicar nossa penetração, chegando a cerca de 30% da população brasileira”, diz Rodrigo Bacellar, CEO da OdontoPrev. “Temos dentistas altamente qualificados, nossos clientes estão satisfeitos e somos um benefício muito desejado, mas uma parte da população ainda não conhece nossos produtos.”

Mas além da instabilidade econômica e do desconhecimento da população sobre seus serviços, operadoras de planos odontológicos têm como grande desafio conduzir um processo de transformação mercadológica e organizacional necessário para acompanhar as mudanças do cenário competitivo e da própria sociedade brasileira.

“A qualidade da assistência será o parâmetro de evolução do segmento odontológico”, diz o presidente do Sinog, Geraldo Lima. Para ele, quatro pilares balizarão esse processo: incorporação tecnológica; novos modelos de remuneração; mudanças de hábitos e exigências do consumidor; e aspectos regulatórios.

DE PACIENTE A CLIENTE

A reportagem de capa da edição passada da revista *Visão Saúde* abordou como as mudanças das relações de consumo, em todos os setores econômicos, estão se refletindo na área da saúde. Mostramos que a vasta oferta de informação e a crescente conectividade entre as pessoas moldaram um novo tipo de consumidor, “empoderado”, que deseja mais do que ser cuidado: quer serviços ágeis, eficientes, digitais e com transparência.

“Nunca na história da humanidade vivemos tantas mudanças, tão intensas e em tão curto período”, diz Fábio Mariano, professor da Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM) e especialista em temas de consumo. “Vivemos a era da empatia, da inclusão, do empoderamento e da transformação de mentalidade dos consumidores. Os profissionais de saúde têm o desafio de tratar o paciente como cliente, de saber seu nome e sua história.”

O primeiro passo para melhorar a relação com o público-alvo é colocar o paciente no centro da operação, adaptando produtos e serviços aos seus desejos e necessidades. Dependendo de sua evolução nesse quesito, o consumidor pode puni-lo ou premiá-lo: segundo estudo da Microsoft Brasil, 79% dos clientes no país pararam de se relacionar com uma marca após uma experiência ruim no atendimento; por outro lado, de acordo com pesquisa da consultoria PwC, consumidores pagam até 16% mais em produtos e serviços de companhias que lhe oferecem uma melhor experiência, e, segundo levantamento da empresa de inovação digital Avanade, 40% das

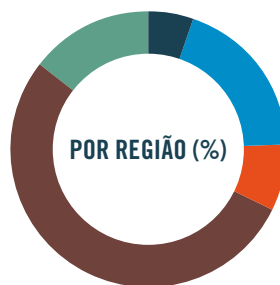
OS CLIENTES DOS PLANOS ODONTOLÓGICOS



■ Homens	48,16
■ Mulheres	51,84



■ Sem instrução	7,43
■ Fund. incompleto	15,98
■ Fund. completo	7,01
■ Médio incompleto	6,01
■ Médio completo	27,95
■ Superior incompleto	7,31
■ Superior completo	22,60
■ Não respondido	5,71



■ Norte	5,50
■ Nordeste	19,19
■ Centro-Oeste	7,74
■ Sudeste	53,18
■ Sul	14,39

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013



Divulgação

“Não procure clientes para seu produto, mas busque os produtos certos para seus clientes”

CRISTIANA ARCANGELI
formada em odontologia
e empresária no ramo de
cosméticos

empresas que focaram na experiência do cliente percebem aumento de faturamento.

“Ser centrado no consumidor é ouvir e resolver problemas de clientes todos os dias. Primeiro atenda a expectativa gerada e depois pense em encantar”, diz Tomás Duarte, CEO da consultoria Tracksale.co.

Uma dificuldade enfrentada pelos planos odontológicos é a elevada taxa de cancelamento de contratos (*churn rate*) por iniciativa dos próprios clientes. Segundo o departamento econômico do Sistema Abranage, o índice de cancelamento mensal no segmento é de 2,9% dos contratos individuais, ocorrência muito maior do que o registrado em planos médico-hospitalares, que é de 1,5%. Isso se deve ao já conhecido hábito de contratar um plano odontológico para fazer determinado tratamento e, após concluí-lo, deixar o benefício.

“Temos de entender nosso cliente, ele quer comprar pra consumir o plano de imediato”, diz Alfieri Casalecchi, diretor da Amil Dental. “Mas se ofere-

cermos uma experiência melhor, conseguiremos mantê-lo por muito mais tempo.” Na Amil Dental, o tempo de permanência médio dos clientes individuais, que já foi de apenas sete meses, hoje chega a 14 meses. Além disso, 40% dos seus clientes declaram ter contratado a empresa de forma preventiva, como um seguro.

Segundo Casalecchi, a maior retenção dos clientes e a mudança na motivação da contratação foram conquistadas por meio de um *mix* de marketing que tem como bases a criação de novos produtos, com diferentes coberturas, comunicações de alta intensidade e em diferentes canais e uma estratégia de preços por diferenciação.

“Não procure clientes para seu produto, mas busque os produtos certos para seus clientes”, diz Cristiana Arcangeli, formada em odontologia e empresária no ramo de cosméticos. “No mercado de hoje, precisamos de empreendedores em todos os cargo de uma empresa.”

R\$ 17,75

era o ticket médio mensal
dos planos odontológicos
em dezembro/2017

11,4%

da população do Brasil
possuía plano exclusivamente
odontológico em abril/2018

Fonte: Agência Nacional de Saúde
Suplementar - Março de 2018

ÍNDICE DE CANCELAMENTO DE CONTRATOS EM 2017

2,3%
COLETIVO EMPRESARIAL

1,9%
COLETIVO POR ADESÃO

2,9%
INDIVIDUAL

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Empresas de praticamente todos os setores da economia travam uma corrida contra o tempo para tornar suas operações mais tecnológicas. Isso também ocorre na saúde suplementar, com operadoras e prestadores investindo em sistemas de gestão, big data, inteligência artificial e mobilidade, com os objetivos de oferecer serviços melhores e reduzir custos. Segundo a consultoria Accenture, o período de 2016 a 2020 registrará aumento de, ao menos, 50% nos investimentos em plataformas de TI no setor de saúde brasileiro em relação aos cinco anos anteriores.

A operadora Hapvida, por exemplo, investiu cerca de R\$ 22 milhões em tecnologia da informação em 2016, sendo R\$ 2 milhões exclusivamente no Hapvida +Odonto, seu plano de atendimento odontológico. Os recursos foram empregados para aumentar a capacidade de processamento de dados da empresa, permitindo novos mecanismos de controle de pacientes e demandas internas.

“Também oferecemos aos dentistas credenciados a possibilidade de usar nossa plataforma de marcação de consultas via site e aplicativo”, diz Jaqueline Sena, diretora superintendente do Hapvida +Odonto. “Isso nos permitiu gerenciar a extensão da rede credenciada e garantir escala para nossos parceiros. Assim, nossa rotatividade de prestadores diminuiu muito.”

Na Porto Seguro, além de investir diretamente nos seus próprios sistemas informatizados, a seguradora criou, em 2015, uma aceleradora de *startups*. O objetivo é capturar inovações do universo digital que possam ser usadas no próprio negócio, como uma solução de comunicação on-line com condomínios e administradoras de imóveis que passou a ser usada pela Porto Seguro para oferecer seus serviços.

“Estamos investindo muito em infraestrutura tecnológica para apoiar a melhor experiência do cliente”, afirma Rafael Caetano, diretor de vendas on-line e CRM da Porto Seguro. “O digital é perseguido, mas sem esquecer a humanidade.”

EFICIÊNCIA E QUALIDADE NO ATENDIMENTO

“Cada vez mais as operadoras serão responsáveis pelos serviços prestados e pela gestão da saúde populacional. Estamos avançando para um cenário de competição com base em valor”, diz Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras e diretor-presidente substituto da ANS.

Para estimular essa visão na odontologia suplementar, a ANS desenvolveu o projeto Sorrir, que reúne representantes da agência reguladora, de operadoras e de prestadores, em um fórum específico para o estudo e a implantação de ações em odontologia baseada em evidências científicas. Isso envolve a utilização de protocolos de atendimento, que permitem a redução de desperdícios e do custo assistencial, além de maior segurança e qualidade dos serviços para os pacientes.

Outro aspecto envolvido no projeto Sorrir é a necessidade de se adotar novos modelos de remuneração dos prestadores, de forma a evitar os desperdícios e fraudes possibilitadas pelo *fee for service*, o pagamento por procedimento, modelo predominante na saúde suplementar brasileira. Por isso, as operadoras participantes do projeto estão desenvolvendo novos modelos de pagamento atrelados a protocolos clínicos.

A Unimed Saúde & Odonto é uma das operadoras participantes do projeto Sorrir que implantou um projeto-piloto de remuneração diferenciada. Como estímulo inicial, ao aderir ao projeto o dentista ganha um *voucher* para a aquisição de insumos. Depois, os prestadores vão acumulando pontos de acordo com sua adesão aos protocolos de atendimento propostos. Quanto mais pontos acumular, maior o índice de reajuste aplicado à sua remuneração. Em um ano, os dentistas mais destacados chegaram a ter reajuste 50% maior que os demais.

Mas para fazer essa transformação na atividade, os planos odontológicos têm o desafio de estabelecer maior proximidade e fidelidade com os dentistas que compõem sua rede de atendimento.

A OdontoPrev, por exemplo, procura compartilhar conhecimento com os dentistas por meio de

O QUE ACHAM DOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

79% estão satisfeitos ou muito satisfeitos 81% recomendariam para um amigo ou parente

Fonte: pesquisa realizada pelo Ibope e encomendada pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) em 2017

publicações e seminários dirigidos a esse público. Além disso, a operadora oferece, desde o início de 2017, um programa de benefícios aos prestadores, no qual eles trocam pontos obtidos com o atendimento a clientes por equipamentos para o consultório. Atualmente, mais de 10 mil dentistas fazem parte do programa.

SOMOS DIFERENTES

Como parte integrante do setor da saúde suplementar, as operadoras odontológicas devem seguir, em grande parte, as mesmas leis que regem a atuação das operadoras de planos médico-hospitalares. E esse é um grande problema, já que os dois segmentos são muito distintos entre si.

“O assunto da regulamentação acontece em duas frentes: a primeira ocorre no âmbito da ANS, e nosso pleito é que o órgão regulador faça análise do impacto regulatório para que leve em conta as especificidades do setor odontológico”, diz o presidente do Sinog, Geraldo Lima. “Outra via de atuação é voltado ao Poder Legislativo, em que temos demonstrado a necessidade de revisão da Lei nº 9.656.” A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, é o marco regulatório que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Talvez o aspecto mais urgente a ser reformulado seja a desproporcionalidade de multas impostas pela ANS às operadoras odontológicas, que podem chegar a um valor unitário de centenas de milhares de reais. Isso é um grande risco para o negócio, já que, em comparação com os planos médico-hospitalares, as receitas do segmento odontológico são muito menores – e, portanto, é também menor sua capacidade financeira de arcar com tais penalizações. Sendo assim, um pleito antigo do Sinog é que a ANS revise

os fatores multiplicadores para o cálculo do valor das multas impostas às operadoras odontológicas.

Além das multas, há outros aspectos regulatórios que prejudicam especialmente o segmento odontológico, como a ausência de regras claras, o excesso de normativos a serem cumpridos e prazos muito curtos para o atendimento de demandas assistenciais, entre outros.

Outros ajustes importantes demandados pelas operadoras odontológicas são a flexibilização do Rol de Procedimentos da ANS, de modo a permitir produtos com coberturas diferenciadas e, portanto, mais acessíveis; e a criação de uma barreira que impeça o cancelamento do contrato por parte do beneficiário imediatamente após a realização o tratamento desejado.

EVENTO DEBATE TRANSFORMAÇÕES DO SEGMENTO

Em maio passado, o Sinog e a Universidade Corporativa Abramge (UCA) realizaram, em São Paulo, a 13ª edição do Simpósio de Planos Odontológicos (Simplo). Cerca de 250 pessoas, entre representantes do governo, de operadoras e da classe odontológica participaram de debates inspirados no tema “Transformações na Odontologia: a maturidade de um mercado fortalecido”.

O conteúdo gerado no evento está, em grande parte, contemplado nesta matéria.



Divulgação

“O assunto da regulamentação acontece em duas frentes: a primeira ocorre no âmbito da ANS, e nosso pleito é que o órgão regulador faça análise do impacto regulatório para que leve em conta as especificidades do setor odontológico”

GERALDO LIMA
Presidente do Sinog

A busca por evidências

Poder Judiciário cria núcleos de apoio técnico em saúde para melhorar a qualidade das decisões nos tribunais

Há alguns anos o Brasil vivencia uma explosão do número de ações judiciais na área da saúde. Segundo o relatório *Justiça em Números*, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), entre 2014 e 2016 esse tipo de judicialização aumentou 243%, alcançando um total de 1.346.931 ações no último ano do período. Nesse volume há uma variedade de demandas, desde indenizações por erros médicos até questionamentos sobre valores de serviços hospitalares.

A grande maioria dos pedidos, porém, refere-se a medicamentos e tratamentos não oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por planos de saúde. Nesses casos, pacientes pedem terapias que ou não têm registro de comercialização na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou não foram incorporadas pelo SUS ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cada qual com seu processo específico de avaliação de novas tecnologias (*ver seção Checkup, na página 30*).

Muitas dessas ações judiciais são individuais e baseiam-se nos artigos 6º, 196º e 200º da Constituição Federal, que definem a saúde como um direito de acesso universal e igualitário a ser garantido pelo Estado. Mas quando uma pessoa recorre à justiça e obriga municípios, estados ou União a lhe fornecerem determinado medicamento não oferecido na rede de atendimento ela está ferindo o princípio do mutualismo, no qual todos os contribuintes brasileiros, por meio de impostos, financiam o SUS e têm os mesmos direitos.

Um exemplo do desequilíbrio causado pela judicialização excessiva foi revelado por uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU). O exame das contas mostrou que, entre 2010 e 2015, o governo federal gastou R\$ 1,5 bilhão, aproximadamente, com a compra

de apenas três medicamentos de alta complexidade, por determinação judicial. Essa única aquisição custou ao Ministério da Saúde mais recursos que todos os outros medicamentos obtidos por meio do Judiciário.

Está claro que o impacto da judicialização nas contas da saúde suplementar e nos cofres públicos é imenso e crescente. Entre os planos de saúde, segundo estimativa da Abrange, o gasto com demandas judiciais dobrou de 2013 a 2015, passando de R\$ 558 milhões para R\$ 1,2 bilhão. Já de acordo com o Observatório de Análise de Políticas em Saúde (Oaps), entre 2010 e 2016, o custo da União para prestar serviços ligados à área da saúde em cumprimento a decisões judiciais cresceu 727%, alcançando o montante de R\$ 3,9 bilhões no último ano mencionado.

No caso isolado do Governo do Estado de São Paulo, em dezembro de 2016 havia cerca de 52 mil ações judiciais em andamento, as quais resultaram em um gasto aproximado de R\$ 850 milhões ao longo de 2017. “A judicialização não tem uma rubrica específica no orçamento do estado e onera muito o Tesouro”, diz Paula Sue, da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS da Secretaria de Estado da Saúde. “O gasto com o atendimento de demandas judiciais sai compulsoriamente de programas de saúde, afetando os serviços do conjunto da população.”



EXPLOÇÃO DO NÚMERO DE AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE

2014	392.921
2015	854.506
2016	1.346.931

Fonte: *Justiça em Números 2015, Justiça em Números 2016 e Justiça em Números 2017* – Conselho Nacional de Justiça

CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO STJ PODEM CONTER ABUSOS

Em 25 de abril de 2018, o Superior Tribunal de Justiça estabeleceu três critérios fundamentais para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de remédios fora da lista do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses critérios valem apenas para os processos judiciais distribuídos a partir da decisão e constituem uma boa notícia para se evitar abusos.

Os seguintes requisitos serão exigidos nesse tipo de ação: que seja comprovado pela parte autora, mediante laudo médico fundamentado e devidamente circunstanciado, que o medicamento pleiteado lhe seja imprescindível, demonstrando, ainda, a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o efeito do tratamento pretendido; demonstração da incapacidade financeira do demandante (paciente) de arcar com o custo do medicamento prescrito; e o medicamento possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Mas, além do aspecto financeiro, há outro impacto negativo fundamental relacionado à judicialização excessiva: o risco para a segurança do paciente. O estudo *Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais*, publicado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2010, mostrou que 5% dos medicamentos pleiteados via judicial naquele estado não continham registro na Anvisa, isto é, não tinham sua comercialização autorizada. Do conjunto de 1.655 remédios solicitados, somente 53,9% tinham evidência de eficácia, enquanto nenhuma informação científica foi encontrada para 33,4% deles.

O mesmo ocorre no estado de São Paulo. “Em muitos casos ajuizados apresentamos produtos que estão na lista do SUS e têm evidência científica comprovada”, diz Paula Sue, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. “Às vezes o médico que prescreveu o medicamento nem sabe o que tem no SUS ou é influenciado pela indústria farmacêutica.”

EM BUSCA DE EVIDÊNCIAS

No cerne da judicialização excessiva – e de suas consequências negativas –, está o despreparo dos magistrados para decidir, muitas vezes em regime de urgência, sobre questões extremamente complexas como as que envolvem o fornecimento ou não de um medicamento, tratamento ou exame.

O Conselho Nacional de Justiça, órgão público cuja missão é aperfeiçoar o funcionamento do sistema judiciário, começou a enfrentar esse problema em 2010, com a publicação da Resolução nº 107, que institucionalizou o Fórum Nacional do Judiciário para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Em 2013, o CNJ deu mais um passo ao recomendar formalmente aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar. Já em 2016, por meio da Resolução nº 238, o avanço estrutural se consolidou com a criação de comitês estaduais da saúde, cuja principal missão é apoiar a implantação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário, os Nat-Jus.

“O Nat-Jus é uma ação de estado, não de governo. O objetivo é ter um Nat-Jus em cada comitê estadual suficientemente capaz de responder com qualidade às demandas do juiz”, afirma o conselheiro e supervisor do Fórum Nacional da Saúde do CNJ, Arnaldo Hossepian (*veja a entrevista completa no quadro ao lado*).

Os Nat-Jus são grupos de profissionais da saúde, como médicos e farmacêuticos com as seguintes atribuições: elaborar “pareceres técnico-científicos”, “notas técnicas” e “respostas técnicas” sobre a melhor evidência científica, de eficácia, efetividade, eficiência e segurança das tecnologias da saúde envolvidas nas demandas que lhe foram submetidas; quando solicitados, prestar, virtual ou presencialmente, esclarecimentos maiores sobre os pareceres dados; e informar sobre a existência de produto ou serviço similar nos protocolos clínicos do sistema de saúde pública ou suplementar, bem como a logística para acesso.

“Essa é uma iniciativa inédita no Brasil, ainda temos poucos centros capacitados a avaliar tecnologias segundo a medicina baseada em evidências”, diz o professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e integrante do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional da Saúde do CNJ, Gonzalo Vecina Neto. “Do ponto de vista médico, é preciso consultar tudo o que já foi publicado a respeito da tecnologia, e do ponto de vista econômico a avaliação chega à relação custo-efetividade e outros aspectos orçamentários.”

O CNJ não tem um controle sobre quais tribunais já implantaram varas especializadas em saúde ou os Nat-Jus, mas, segundo a percepção das fontes ouvidas pela *Visão Saúde*, ainda falta muito para que essas estruturas estejam plenamente consolidadas. No entanto, algumas experiências locais já apresentam resultados animadores.

Em 2016, o município de Joinville, em Santa Catarina, institucionalizou o Nat-Jus por decreto, com as missões de auxiliar os serviços de saúde da rede municipal na prevenção e resolução administrativa de litígios e de subsidiar os diversos órgãos componentes do sistema de justiça com informações referentes à saúde pública.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, com a implantação do projeto houve redução de 29% no volume anual de novas ações judiciais propostas na área da saúde, número que contrasta com o apresentado por municípios vizinhos, nos quais a litigiosidade é crescente.

Para estimular o uso dos Nat-Jus por juízes de todo o Brasil, o CNJ está implantando um banco de dados nacional que reunirá todos os pareceres técnicos formulados pela assessoria dos tribunais locais. Até o final de maio, segundo Hossepian, do

CNJ, a plataforma eletrônica abrigava mais de 30 documentos e análises, cuja consulta é pública.

“O Nat-Jus traz para o sistema judicial duas visões importantes: a do coletivo e a da evidência técnica médica”, diz Gilberto Alonso, advogado especializado em direito médico e membro da Comissão de Direito Médico da Seccional de São Paulo da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). “Ainda que seu uso não esteja na velocidade desejada, espero que os juízes tenham a humildade de se valer das recomendações do colegiado ao seu dispor.”



ENTREVISTA | ARNALDO HOSSEPIAN

O supervisor do Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) fala sobre os princípios e desafios da implantação dos Nat-Jus

Visão Saúde- Como o senhor avalia a implantação dos Nat-Jus?

Arnaldo Hossepian: Os comitês estaduais já estão instalados nas 27 unidades da federação. A dificuldade maior é fazer o sistema virtual funcionar com consistência. Precisamos cada vez mais de um sistema amigável para que magistrados, médicos e até mesmo os demandantes possam entrar e usá-lo com facilidade. Nós já temos mais de 30 pareceres técnico-científicos no sistema, que podem ser

consultados tanto pelos magistrados quanto pelos demandantes. Nós estamos também resgatando aquilo que já havia sido feito com valor científico enquanto não havia esse sistema. Alguns estados já tinham algo parecido por iniciativa própria, como Rio Grande do Sul e Minas Gerais, por exemplo. Enfim, acho que é um projeto que ainda tem o que caminhar, mas que está começando a dar frutos.

Como assegurar que os magistrados efetivamente usem a ferramenta?

Uma decisão judicial pode desprezar o parecer técnico sem problema nenhum. Juízes não têm obrigação de usar nada a não ser a lei, a Constituição e a sua consciência, então há uma absoluta impossibilidade de tornar a consulta obrigatória. É por isso que um dos princípios desse projeto é o convencimento e a compreensão do que estamos fazendo. Temos também um grupo nacional de WhatsApp que tem tido um efeito impressionante. O Comitê Nacional do Fórum da Saúde do CNJ, os 27 comitês estaduais e distrital da saúde e a consultoria técnica científica se comunicam 24 horas por dia, do Oiapoque ao Chuí. Um juiz questiona se alguém já se deparou com uma determinada situação e ele manda por ali mesmo um estudo que foi feito.

Qualquer demanda judicial de saúde pode ser examinada pelos Nat-Jus?

Quando se fala em demanda judicial, parece que é apenas aquela que está fora do oferecido no SUS. Mas tem outra demanda, que está se perdendo de vista, que é a de medicina básica. E a única forma de diminuir essa é a de um comitê estadual atuando pelo diálogo. Quer dizer, imagina que em determinado lugar não tenha aspirina. Será que é o caso de se ficar entrando com uma ação para cada paciente? Ou o Ministério Público e as secretarias locais trazem a demanda para o comitê estadual e lá eles negociam a solução para essa demanda sem precisar ajuizar nada? Então, esse tipo de demanda estruturante depende muito mais de o sistema de saúde estar funcionando bem.

Por que os Nat-Jus são necessários se já há processos de avaliação de incorporação de tecnologias nos sistemas público e privado?

Acabo de voltar de Washington e a comunidade internacional queria entender por que o Executivo se dispôs a patrocinar uma ferramenta para a magistratura, quando na realidade já existe, no arcabouço administrativo, organismos que cuidam de homologação de equipamentos médicos, de procedimentos cirúrgicos, de terapias, como são a Anvisa [nota da redação: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, responsável por autorizar a comercialização de produtos médicos] e o Conitec [n.r.: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS]. E fizemos eles compreenderem que o magistrado quer ter a possibilidade de consulta a uma fonte sobre a qual ele tem algum domínio. O Nat-Jus é um projeto que só funcionará se tiver aceitação por parte da magistratura nacional que cuida da saúde. O juiz não conhece questões da medicina, que evolui em velocidade intergaláctica. Então, o que temos de fazer é disponibilizar conhecimento técnico, de forma fácil, para quando ele quiser ter essa informação.

Aprendizado contínuo

Alta competitividade do mercado motiva crescimento da educação corporativa na saúde suplementar

Diversas pesquisas apontam a baixa produtividade do trabalhador brasileiro como um empecilho ao crescimento sustentado do país e à sua competitividade no comércio global. Em 2018, dois estudos confirmaram essa deficiência.

Segundo levantamento do Banco Mundial, a produtividade do trabalhador brasileiro aumentou 17% nos últimos 20 anos, enquanto esse aumento foi de 34% em países de alta renda.

Já um estudo feito pela Fundação Getulio Vargas (FGV) mostrou que um brasileiro gera, em média, US\$ 16,80 por hora trabalhada, enquanto um alemão produz, em média, US\$ 64,40 por hora, isto é, quase quatro vezes mais. Esse resultado colocou o Brasil na 50ª posição em uma lista que inclui 68 países.

“O grau de qualificação da mão de obra, a capacidade de inovar e de difundir novas técnicas são fundamentais para a produtividade do trabalho crescer”, diz Tiago Barreira, pesquisador do Instituto Brasileiro de Economia (Ibre/FGV) e um dos autores do estudo.

No ambiente de negócios interno, a competição também é cada vez maior. E, para se destacar frente à concorrência, muitas empresas brasileiras estão investindo em programas estruturados de educação corporativa, visando o desenvolvimento



de competências gerais e específicas do seu ramo de atividade.

O estudo *Educação corporativa no Brasil - Habilidades para uma nova era do conhecimento*, feito pela consultoria Deloitte em 2016, ouviu 178 profissionais de empresas de médio e grande porte e apresentou uma radiografia dessa atividade no país, mostrando que cerca de um terço das companhias possui uma universidade corporativa, número 14% maior que em 2014.

“O estudo mostra que, apesar de a crise econômica afetar investimentos em educação no curto prazo, é crescente a intenção das empresas em priorizar essa prática nos próximos anos”, diz Marcos Braga, diretor da Deloitte Educação Empresarial.

Outra conclusão importante do estudo é que o modelo presencial de ensino ainda

predomina em relação ao sistema à distância, sugerindo que as organizações estejam preservando os investimentos para a implantação de plataformas robustas de educação à distância para um próximo momento. Também ficou constatada a ênfase nos conhecimentos denominados como *hard skills*, aqueles relacionados diretamente ao exercício da função profissional.

DOSES DE CONHECIMENTO

Se o mercado de educação corporativa está em crescimento no Brasil, na saúde suplementar não é diferente. Operadoras, hospitais, laboratórios e demais empresas do setor adotam diferentes caminhos para perseguir um mesmo objetivo: aumentar a qualificação dos seus funcionários, e, conseqüentemente, o desempenho no mercado.

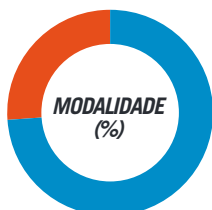
EDUCAÇÃO CORPORATIVA NO BRASIL

Principais características

- 32% das empresas têm universidades corporativas
- 64% têm equipes dedicadas à educação corporativa
- 65% declararam possuir prédio, andar ou sala exclusivos na empresa para que as aulas e cursos sejam ministrados
- 60% aplicam até 1% do faturamento em projetos de educação corporativa
- 26 horas anuais é a média geral de treinamento por profissional

Fonte: *Educação corporativa no Brasil - Habilidades para uma nova era do conhecimento* (2016), Deloitte/Grupo DMRH

PERFIL DO PÚBLICO-ALVO



■ PRESENCIAL 74%
■ À DISTÂNCIA 26%



■ PROFISSIONAIS INTERNOS 52%
■ PROFISSIONAIS TERCEIRIZADOS 48%



■ FUNCIONAL 60%
■ LIDERANÇA 40%

CARGOS DOS PROFISSIONAIS TREINADOS

(em % de respondentes; respostas múltiplas)

Principais características

Diretores	24	■
Gerentes	62	■
Supervisores	52	■
Coordenadores	58	■
Seniores	51	■
Plenos	54	■
Juniores	47	■
Trainees	20	■
Estagiários	18	■

Fonte: Educação corporativa no Brasil - Habilidades para uma nova era do conhecimento (2016), Deloitte/Grupo DMRH

No modelo mais tradicional, indicado principalmente para empresas de pequeno e médio porte, o empregador financia cursos técnicos, universitários e de pós-graduação em instituições de ensino já existentes no mercado. Posteriormente, uma evolução desse modelo fez com que consultorias e universidades passassem a oferecer cursos customizados de acordo com as necessidades de cada cliente. Por exemplo: se uma companhia precisa melhorar seus processos operacionais, ela pode contratar fornecedores de soluções específicas para esse tipo de treinamento.

A universidade corporativa, por fim, surgiu como um modelo mais sofisticado, em que uma empresa ou associação empresarial cria uma estrutura própria para atender às necessidades específicas da organização ou do segmento econômico ao qual pertence. Assim, desenvolve conteúdos, organiza cursos e prepara docentes para formar especialistas naquele determinado segmento.

Normalmente, uma universidade corporativa se dirige a todo o corpo de uma organização, com cursos específicos para a liderança, e outros concebidos para outros segmentos, como os operacionais. Assim, de acordo com o perfil funcional de cada área, haverá necessidades específicas que podem ser organizadas no que se convencionou chamar de trilhas de aprendizado. Cada funcionário pode ter, dessa forma, um desenvolvimento contínuo das suas competências.

“Vale a pena para uma organização criar uma universidade corporativa porque existem incentivos fiscais, e isso vai permitir um custo menor do que seria adquirir cursos no mercado. Por outro lado, há um desafio muito grande que é fazer a gestão de um negócio que não é o *core business* dela”, diz Raquel Marimon, presidente da consultoria Strategy, que fornece ao mercado cursos de capacitação em regulamentação, precificação e garantias financeiras. “Então, é sempre uma decisão muito difícil. Uma universidade corporativa só vai de fato compensar quando a organização tiver um número de funcionários elevado e um orçamento significativo para arcar com o financiamento de cursos de especialização e treinamento,

passando a usar parte dele para subsidiar, fundar e gerir essa nova estrutura.”

Para Marimon, apesar desses desafios, a criação de universidades corporativas é uma tendência na saúde suplementar por causa do movimento de consolidação de diferentes empresas em grupos empresariais.

“Recentemente o Governo Federal suspendeu a abertura de novos cursos de medicina por conta da baixa qualidade do ensino”, diz o presidente da Universidade Corporativa Abramge (UCA), Carlito Marques. “As universidades corporativas, especialmente as voltadas ao setor de saúde, estão preenchendo esse vácuo fornecendo um aprendizado de excelência e, principalmente, aprimorando conhecimentos específicos à natureza da área almejada, de acordo com as perspectivas profissionais de cada indivíduo, expandindo a capacidade de trabalho em equipe e desenvolvendo suas habilidades.”

DIFERENTES MODELOS

Uma das pioneiras no mercado da saúde suplementar, a Universidade Corporativa Abramge (UCA) surgiu, oficialmente, em 1999, como uma evolução de uma série de seminários promovidos pela Abramge-SP na segunda metade da década de 1990. Os temas abordados naquela fase embrionária eram importantes para o momento do setor, como precificação, gestão de custos, marketing e, a partir de 2000, as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Como a maioria dos gestores de planos de saúde na época eram médicos, esses conteúdos foram bem recebidos pelo mercado.

No ano de fundação da UCA também foi iniciado o primeiro MBA de Gestão de Planos de Saúde do país, realizado em parceria com o Centro Universitário São Camilo e reconhecido como curso de pós-graduação *lato sensu* pelo Ministério da Educação. Desde então, mais de 400 profissionais obtiveram esse título. Em 2005, com o crescimento de uma nova visão sobre a importância da promoção de saúde e qualidade de vida nas empresas, supe-

rando a visão de tratamento apenas, a UCA, em parceria com a Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), lançou o MBA de Gestão de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida nas Organizações, no qual já se formaram cerca de 250 executivos. Há três anos a entidade iniciou o Curso Excelência em Gestão de Operadoras Odontológicas com uma média de 50 alunos por edição. Além disso, a UCA também promove seminários e workshops e oferece cursos *in company*, feitos sob medida para empresas interessadas.

“Recentemente fui procurado por entidades interessadas em entender a metodologia envolvida na organização da universidade corporativa. O trabalho é complexo: é preciso montar uma grade curricular adequada e contratar os melhores professores do mercado, o que envolve muito tempo e esforço”, diz Carlito Marques. “Mas a recompensa é gigantesca, pois haverá a certeza de ter feito um bom trabalho e, melhor ainda, ter treinado e disponibilizado um profissional de excelência. Conclusão: muitos presidentes e CEOs já fizeram nossos cursos.”

Uma das empresas a encarar esse desafio foi o Grupo Memorial, do Rio de Janeiro. Em 2011, a Universidade Corporativa Memorial foi criada diante da necessidade de padronização dos processos de gestão nas mais de 50 unidades ambulatoriais e hospitalares que fazem parte do grupo.

“Nossa universidade não possui caráter acadêmico. Nosso foco é puramente corporativo, ou seja, objetivamos a capacitação de gestores e funcionários a praticarem a gestão e o exercício profissional em conformidade com nossos padrões”, diz Denise Figueiras, diretora da Universidade Corporativa Memorial. “Entendemos que criar cultura nas empresas é importantíssimo. Afinal, nosso maior patrimônio é o capital intelectual.”

Para os gestores da organização, são oferecidos dois cursos: um dirigido aos prestadores de serviços médicos e outro concebido para atender às necessidades dos profissionais das duas operadoras de planos de saúde do grupo. Ambos os cursos têm duração de 90 horas e têm

os módulos de gestão administrativo-financeira e gestão médica; o segundo curso possui, ainda, um módulo de gestão comercial.

Já para os demais profissionais do Grupo Memorial, que totalizam cerca de 4 mil pessoas, a universidade corporativa promove oficinas de capacitação com duração de um dia. Cerca de 50% dos funcionários já participaram dessas oficinas, com temas como segurança em tecnologia de informação, faturamento hospitalar e humanização no atendimento.

Em São Paulo, o Hospital Sírio-Libanês foi um dos primeiros a ter seu próprio centro de estudos, o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), inaugurado em 1987 e que hoje atende a profissionais externos e seus próprios funcionários. São 22 cursos de especialização *lato sensu*, com 450 horas cada um, três cursos de aperfeiçoamento, cada um de 200 horas, e 69 cursos de aperfeiçoamento e reciclagem, com foco em gestão hospitalar e habilidades técnicas.

Além de profissionais do universo hospitalar, gestores de planos de saúde também são elegíveis a participarem de alguns cursos de gestão, como o de *lean healthcare*, que reúne conceitos de produtividade em centros de saúde.

Todos os cursos do Instituto de Ensino e Pesquisa possuem vagas reservadas para os funcionários do Hospital Sírio-Libanês, que também têm a seu dispor cursos específicos, como de habilidades técnicas, habilidades gerenciais, liderança e áreas assistenciais. Em 2017, 6.300 funcionários foram treinados.

Em fevereiro deste ano, o IEP fez um grande investimento em uma nova plataforma de ensino à distância, modalidade usada em 40% das atividades de ensino. Além de reunir em um único site todo o material de suporte dos cursos, a plataforma permite maior conectividade, incluindo chat com professores, transmissões ao vivo e acesso adequado em dispositivos móveis.

“Nosso próximo passo será oferecer treinamento também para os profissionais terceirizados”, diz Gisleine Eimantas, superintendente de Ensino do Hospital Sírio-Libanês.



DIVULGAÇÃO

“Acho que o mais importante é o cuidado centrado no paciente, isso é um foco nosso em praticamente todos os cursos.”

GISLEINE EIMANTAS,
do Hospital Sírio-Libanês.

TECNOLOGIA EM SAÚDE

Entenda como funcionam os processos de incorporação de novos medicamentos, tratamentos e dispositivos nos sistemas de saúde público e privado

[1] O QUE É TECNOLOGIA EM SAÚDE?

Segundo a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, esse conceito é amplo e inclui todas as intervenções que podem ser utilizadas para promover a saúde, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar ou cuidar de doenças em longo prazo. Isso abrange medicamentos, dispositivos médicos, procedimentos e sistemas de organização e suporte dentro dos quais se fornece o atendimento.

[2] HÁ UMA METODOLOGIA PARA ESCOLHER QUAL TECNOLOGIA DEVE SER ADOTADA?

Desde os anos 1960, a avaliação das tecnologias em saúde (ATS) se desenvolveu em diversas partes do mundo para auxiliar a tomada de decisão dos gestores em saúde, assim como dos clínicos, dos chefes de serviços, das organizações de pacientes, do sistema judiciário e dos ministros de saúde. A ATS é um processo que examina as consequências da utilização de uma determinada tecnologia considerando a assistência médica e social, além de questões econômicas e éticas. Em suma, a ATS sintetiza o conhecimento produzido sobre essas implicações e busca verificar se uma determinada tecnologia é segura, eficaz e economicamente atrativa em comparação a outras opções.

[3] COMO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SÃO CONSIDERADAS NA ATS?

Do ponto de vista médico, muitos tratamentos não são eficazes em todos os pacientes com uma determinada doença em particular. Por isso, equipes multidisciplinares, que incluem médicos, engenheiros, economistas, estatísticos, matemáticos e pesquisadores com outras formações, atuam conjuntamente para revisar as pesquisas já existentes ou para produzir novos estudos, quando não houver evidências convincentes sobre o desempenho de um tratamento. Os principais tipos de estudos usados em ATS são: revisões sistemáticas e meta-análises, usadas para reunir de forma organizada os estudos científicos já existentes sobre um novo tratamento; ensaios clínicos, que comparam a eficácia de uma ou mais tecnologias diretamente em pacientes, em condições controladas; e estudos observacionais, usados para avaliar o desempenho dos tratamentos de saúde no mundo real, fora de condições controladas.

[4] POR QUE É IMPORTANTE CONSIDERAR TAMBÉM O ASPECTO ECONÔMICO?

O aspecto econômico é importante no processo da ATS porque os recursos disponíveis

aos sistemas de saúde são limitados e devem ser gastos de maneira apropriada e racional. Por isso, além das evidências sobre eficácia e segurança de uma determinada tecnologia, são realizados estudos econômicos, principalmente sob a ótica de custo-efetividade. Assim, é possível definir qual a melhor forma de se empregar os recursos financeiros, obtendo-se o maior benefício para a população. No caso do Brasil, há um requerimento formal para que estudos econômicos integrem também a ATS, a fim de orientar as decisões de acesso.

[5] COMO A ATS FUNCIONA NO ÂMBITO DO SUS?

No Sistema Único de Saúde (SUS), administrado pela esfera pública, a incorporação de tecnologias foi institucionalizada pela Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, e regulamentada pelos decretos 7.646, de 21 de dezembro de 2011, e 7.797, de 30 de outubro de 2012, e pelas portarias MS 204, de 7 de fevereiro de 2012, e MS 2.009, de 13 de setembro de 2012. Essa legislação definiu o funcionamento da ATS no SUS, em processo que visa responder três perguntas: se o tratamento deve ser oferecido no sistema de saúde nacional; para quais pacientes deve ser

ASPECTOS DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE (ATS)

CLÍNICA

- Segurança
- Efetividade
- Eficácia
- Indicações
- População beneficiada
- Outros resultados



ECONÔMICA

- Custos
- Eficiência
- Custo-efetividade
- Custos de oportunidade
- Impacto orçamentário

PACIENTE

- Impacto social
- Ética
- Conveniência
- Aceitabilidade
- Reações psicológicas
- Outros aspectos

ORGANIZACIONAL

- Difusão
- Aceitabilidade
- Logística
- Capacitação
- Utilização
- Sustentabilidade

Fonte: Ministério da Saúde

fornecido; e por quanto tempo os pacientes devem receber o tratamento.

[6] QUAL É O ÓRGÃO RESPONSÁVEL POR CONDUZIR ESSE PROCESSO?

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) é o órgão responsável por assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração ou exclusão de novas tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Essa comissão é formada por seis membros do próprio Ministério da Saúde e sete representantes dos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Federal de Medicina (CFM), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Segundo a legislação, o demandante deve apresentar à Conitec os estudos de eficácia, segurança, avaliação econômica e de impacto orçamentário para que seja possível avaliar a incorporação de uma nova tecnologia no SUS. A partir dessa

solicitação, a Conitec tem um prazo máximo de 270 dias para finalizar sua análise. Quando uma solicitação é aceita, a oferta da tecnologia deve ser efetivada no SUS em um prazo de 180 dias.

[7] QUAL É A DIFERENÇA DESSE PROCESSO PARA O DE REGISTRO DE UMA TECNOLOGIA NA ANVISA?

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão público responsável pelo registro de medicamentos e outros produtos de saúde, isto é, pela autorização de comercialização dos mesmos. Nesse processo, a Anvisa avalia os pedidos de registros de acordo com as evidências de eficácia e segurança. Já a Conitec faz sua recomendação sobre a incorporação de tecnologias em saúde levando em conta, também, se esta é mais vantajosa do que as alternativas já disponibilizadas no sistema de saúde.

[8] COMO É A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR?

No âmbito da saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias é realizada de dois em dois anos pela Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS), com a publicação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que relaciona a cobertura mínima que os planos de saúde devem oferecer aos seus beneficiários. Os princípios norteadores para a atualização do rol, segundo a ANS, são três: as avaliações de segurança e efetividade dos procedimentos; a disponibilidade de rede prestadora; e a relação custo-benefício para o conjunto de beneficiários. Para conduzir esse processo foi instituído, pela Resolução Normativa n.º 338, de 21 de outubro de 2013, o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), formado por representantes do Governo Federal, de conselhos de classe, associações empresariais, sindicatos e sociedade civil. De acordo com a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho, vale ressaltar o caráter participativo do processo de incorporação de procedimentos no rol: “O Cosaúde é um comitê permanente que conta com ampla representatividade dos integrantes do setor e a proposta de atualização das coberturas ainda passa por consulta pública, de forma a permitir a contribuição de toda a sociedade”.

[9] QUE TIPO DE EVOLUÇÃO PODEMOS ESPERAR NO FUTURO?

Segundo o cirurgião geral e mastologista Reynaldo Rocha Junior, devemos avançar em direção a modelos de decisão preditivos, de análise em ambiente multicritérios, que levam em consideração uma série de elementos com impactos diretos na incorporação de novas tecnologias. Um desses critérios, de acordo com Rocha Junior, seria o Número Necessário a Tratar (NNT), estabelecido com base na margem de eficácia de um tratamento em uma determinada população. Outros possíveis critérios seriam a expectativa de utilização, a relevância clínica e os efeitos adversos, entre outros.

ABRAMGE TEM NOVA DIRETORIA ATÉ 2021

Eleição confirma mais um mandato do Presidente Reinaldo Scheibe

Foi eleita, no último dia 28 de março, a nova diretoria da Abramge, que conduzirá a entidade no triênio 2018/2021. Na ocasião, o presidente Reinaldo Scheibe foi confirmado no cargo que ocupa desde 2016, tendo liderado as ações da Abramge em importantes demandas da saúde suplementar, como o estabelecimento de novo marco regulatório do setor, atualmente em discussão na Câmara dos Deputados.

“O marco regulatório é imprescindível, pois a lei foi pensada para uma saúde de 20 anos atrás. Hoje tudo se modernizou, a tecnologia é outra. Para que tudo ocorra perfeitamente, da melhor maneira, é preciso que haja tempo, estudo e um amplo debate técnico com especia-

listas, para que sejam analisados os distintos exemplos mundiais já existentes, que possam vir a ser incorporados no Brasil, com foco no benefício mútuo a todos”, escreveu Scheibe em artigo publicado após a eleição.

Bacharel em administração empresarial e pós-graduado em administração hospitalar, Scheibe está vinculado à diretoria da Abramge desde a década de 1980 e já atuou em diferentes entidades vinculadas a planos de saúde e hospitais. Por duas vezes foi presidente da Associação Latino-americana dos Sistemas Privados de Saúde (Alami).

Entre suas prioridades à frente da Abramge, estão: auxiliar no planejamento e retomada do crescimento da saúde suple-

mentar; encabeçar o combate às fraudes e à máfia das próteses; dirimir os impactos da judicialização da saúde; possibilitar a implantação de novos modelos de remuneração baseados em valor, com foco no paciente; e outros aspectos relacionados à regulamentação do setor.

“Almejo um sistema de saúde suplementar com equilíbrio socioeconômico, com foco na qualidade do atendimento e acesso simplificado do consumidor brasileiro”, diz Scheibe.

A Abramge representa os interesses das empresas de medicina de grupo, que atendem a cerca de 18 milhões de beneficiários – equivalentes a aproximadamente 40% do total de pessoas com planos de saúde no Brasil.

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA ABRAMGE – 2018/2021

CARGO	ELEITO	ASSOCIADO	UF
<i>Presidente</i>	Reinaldo Camargo Scheibe	Amil Assistência Médica Internacional S/A	SP
<i>Secretário-Geral</i>	Carlito Marques de Abreu	Hapvida Assistência Médica Ltda.	CE
<i>1º Secretário</i>	Francisco Antonio Santa Helena	Centro Clínico Gaúcho Ltda.	RS
<i>1º Tesoureiro</i>	Paulo Rogério Santini Gabriel	São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresarial Ltda.	SP
<i>2º Tesoureiro</i>	Felipe Magalhães Rossi	Samp Minas Assistência Médica Ltda.	MG
<i>Diretor de Promoção</i>	Antonio Fernando Monteiro	Cemil - Centro Médico de Itú Ltda.	SP
<i>Diretor Adjunto</i>	Jorge Antonio Duarte Oliveira	Promédica Proteção Médica à Empresas Ltda.	BA
<i>Diretor Adjunto</i>	Joaquim Pereira	Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde S/A	SP

FERNANDO HENRIQUE E ZEINA LATIF PARTICIPAM DO CONGRESSO ABRAMGE/SINOG

Unir os diferentes *players* do mercado na discussão das soluções necessárias para a sustentabilidade da saúde suplementar. Esse é o objetivo do 23º Congresso Abramge e 14º Congresso Sinog, a ser realizado nos dias 23 e 24 de agosto de 2018, no Hotel Renaissance, em São Paulo.

Sob o tema “Saúde suplementar: desafios e perspectivas, a integração dos *stakeholders*”, serão realizados painéis temáticos liderados por representantes dos principais elos do setor: governo, classe médica, hospitais, indústria e operadoras de planos de saúde. Para complementar as visões de quem faz parte do sistema, o evento terá as palestras do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que falará sobre o panorama político, e da economista-chefe da XP Investimentos, Zeina Latif, acerca do cenário econômico.

Entre os principais assuntos a serem discutidos, estão a excessiva judicialização da saúde, *compliance* e modelos de remuneração, além da criação de novos produtos e das necessidades de ajustes na regulamentação do setor.

Os temas e palestrantes confirmados são: Indústria de Órtese e Prótese – Fabrício Campolina, coordenador do Grupo de Saúde 4.0. da Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (Abimed), entidade que representa 190 empresas de produtos e dispositivos médicos; Indústria Farmacêutica – Nelson Mussolini, presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (Sindusfarma), que reúne 326 empresas do mercado nacional de medicamentos; Clientes – Emanuel Lacerda, gerente-executivo de saúde e segurança na indústria, do Serviço Social da Indústria (SESI), entidade que promove a saúde e segurança do trabalhador; Hospitais – Martha Regina de Oliveira, diretora executiva da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), associação composta por 86 hospitais; e Classe Médica – Salomão Rodrigues Filho, conselheiro efetivo do Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica no Brasil. Ainda haverá exposições de representantes do governo e do empresariado.

As inscrições podem ser feitas pelo site:
www.abramge.com.br/congresso.



Zeina Latif fará apresentação sobre o atual cenário econômico

DIVULGAÇÃO

Promovendo a autoestima

Operadora de planos odontológicos fornece cobertura gratuita e ações de conscientização para milhares de crianças e adolescentes carentes

Dar a crianças carentes o acesso a assistência odontologia e ortodôntica de qualidade e promover a conscientização sobre a importância da saúde bucal em comunidades de baixa renda. Esses são os objetivos do Programa de Assistência Continuada, da operadora de planos odontológicos OdontoPrev, que desde 2001, quando foi criado, já realizou mais de 30 mil tratamentos em 11.196 crianças e adolescentes.

Para atingir esses objetivos, que estão totalmente alinhados à missão da companhia de disponibilizar o acesso a odontologia de qualidade à população brasileira, a OdontoPrev estabeleceu parcerias institucionais com projetos sociais que apoiam o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Uma vez firmadas as parcerias, a operadora passa a acompanhar a vida odontológica dos novos beneficiários, desde a mais tenra idade até completarem 18 anos, oferecendo cobertura para cerca de 120 procedimentos diferentes, que incluem profilaxia dental e tratamentos complexos.



A Fundação Gol de Letra é uma das entidades atendidas pelo Programa de Assistência Continuada da OdontoPrev

Além disso, por meio do programa a OdontoPrev promove ações de conscientização sobre a importância da saúde bucal, tanto nas instituições parceiras quanto em escolas públicas de comunidades de baixa renda. Somente em 2017, foram realizados 10 “escovódromos”, que atingiram 1.959

crianças e adolescentes com apresentações lúdicas que ensinam a como escovar corretamente os dentes e a usar fio dental, além de transmitir a mensagem da importância da saúde bucal para a vida de uma pessoa.

“Acima de tudo, o programa ajuda a criar nessas crianças a cultura de cuidar da

saúde bucal”, diz o superintendente de marketing da OdontoPrev, Robert Wieselberg. “Mas para os brasileiros a aparência é um componente muito importante para a autoestima. Isso inclui desde a beleza e o bom estado dos dentes, até o hálito bom e a gengiva saudável. Então, quando damos acesso a isso, permitimos que as crianças e jovens conquistem mais objetivos em sua vida social e profissional.”

Atualmente, a OdontoPrev investe uma média de 150 mil reais por ano no programa, que abrange 19 projetos sociais nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Mas a companhia planeja expandir sua abrangência para outras regiões do país, a partir do segundo semestre deste ano, por meio do estabelecimento de parcerias com outros projetos sociais. Para selecionar os novos parceiros, a companhia avalia a boa estrutura de governança e o renome no mercado.

“Queremos ampliar muito o alcance do programa, chegando a novos projetos”, diz Wieselberg. “Mas também queremos que os atuais parceiros estimulem mais o uso do benefício que oferecemos.”

A OdontoPrev está presente em cerca de 2,5 mil municípios de todas as regiões do país e conta com mais de 28 mil dentistas credenciados.

GOL DE LETRA

Uma das instituições parceiras do Programa de Assistência Continuada é a Fundação Gol de Letra, criada em 1998 pelos ex-jogadores de futebol profissional Raí e Leonardo. Essa organização da sociedade civil sem fins lucrativos atende crianças, adolescentes e jovens, aliando práticas educacionais e de assistência social ao desenvolvimento comunitário e de suas famílias, estando presente em duas localidades, a Vila Albertina, em São Paulo, e o Parque Caju, no Rio de Janeiro.

“Essas são comunidades periféricas, com uma grande carência de oportunidades de uma forma geral, onde o Estado não consegue suprir as necessidades básicas das famílias”, diz Sóstenes Brasileiro, diretor-geral da Fundação Gol de Letra. “Por meio do esporte e da cultura, procuramos dar um mínimo de sustentação para essas famílias.”



DIVULGAÇÃO

“Acima de tudo, o programa ajuda a criar nessas crianças a cultura de cuidar da saúde bucal”

ROBERT WIESELBERG, da OdontoPrev

Atualmente, cerca de 800 crianças e jovens atendidos pela instituição, entre 8 e 22 anos, são beneficiados pela parceria com a OdontoPrev, que também fornece o plano de assistência odontológica para os cerca de 300 colaboradores da Fundação e seus familiares. Os “educandos”, como são chamados os participantes do projeto social, também são alvo de ações educativas realizadas pela OdontoPrev, sobre a importância da saúde bucal.

Sóstenes explica que dadas as condições socioeconômicas dessas comunidades, os educandos não teriam acesso à saúde bucal sem a parceria com a OdontoPrev. “Eles mal têm condições de obter serviços médicos e não teriam alternativa para tratar dos seus dentes sem o nosso apoio”, explica Sóstenes.



Eventos de sensibilização são realizados em escolas públicas em regiões de baixa renda

Cadê o médico de confiança?

ESTAR DISPONÍVEL, SABER EXPLICAR E RECONHECER SEUS LIMITES SÃO FATORES IMPORTANTES PARA ATENDER BEM ÀS DEMANDAS DE SAÚDE ATUAIS

POR KAZUSEI AKIYAMA*

A Medicina é a ciência e a arte de cultivar a saúde das pessoas e de corrigir as doenças. Precisamos lembrar que a pessoa é o centro e o motivo principal da atenção à saúde. Entretanto, temos várias indicações de que a medicina praticada no nosso meio não está atualmente alinhada com a demanda dos pacientes. Notamos esse erro de demanda não de maneira pontual ou setorial, mas fazendo parte de um grande processo, tomando todas as etapas da vida do ser humano. Começa antes do nascimento, quando já temos a polêmica do uso de doulas em cenário obstétrico. Chegando ao fim da vida, uma agenda importante da iniciativa Slow Medicine chama atenção para a agressividade das condutas médicas, especialmente prejudicial nessa etapa.

Vivemos tempos de grandes mudanças, que trazem diferentes questões de saúde pública. Existe consenso de que a melhora da expectativa de vida das pessoas se deve grandemente à urbanização. A tendência no mundo todo é essa, e a Organização das Nações Unidas estima que, em 2030, 60% da população mundial estará vivendo em área urbana. Por outro lado, a urbanização, no molde em que está ocorrendo, faz quebrar os relacionamentos pessoais, familiares e comunitários. Viver em ambiente urbano pode melhorar a expectativa de vida, mas traz junto outros riscos, como viver cada vez mais isolado. Fenômeno que está no cerne da criação no Reino Unido, em 2018, do Ministério da Solidão. As consequências da solidão são abordadas como problema de saúde pública.

Outra mudança importante que aconteceu nas últimas décadas foi a Revolução da Informação. O ser humano passa a dispor de uma quantidade absurda de informação, médica inclusive, num pequeno aparelho que cabe na mão. Os pacientes dispõem de muitas informações sobre condições médicas atualmente, o que fez com



que a dinâmica de uma consulta médica se modificasse: há estimativas mostrando que 80% do tempo é gasto com análise e discussão de informação que o paciente traz.

O acesso a informação tem o potencial de aumentar a autonomia da pessoa. Trata-se de um empoderamento, que resultou num avanço da prática médica: a coparticipação do paciente e a divisão da responsabilidade em direção à busca da melhor solução para o seu problema de saúde. Foi nessa época que a indústria da saúde passou a chamar o “paciente” de “cliente”. É a vontade da pessoa que vale. Bom por um lado, o ruim foi criar uma legião de pessoas que tinham de tomar decisões acerca da sua saúde. E uma explosão da publicação, principalmente via internet, de informações de cunho médico para dar suporte à legião. Ocorre que informação não é conhecimento.

Atuando como clínico geral há mais de 20 anos, noto que as pessoas estão em busca de um profissional que cuide de sua saúde de forma integral e não somente de um médico que trate suas

doenças. A maneira como nossa sociedade está organizada atualmente faz com que aquele, que se apresenta à sua frente, seja o cidadão-paciente, confuso e “meio abandonado”, com dificuldade de discernir entre o certo e o duvidoso, o correto e o mentiroso. As pessoas, hoje em dia, procuram num médico alguém que possa ajudá-los a navegar nesse novo mundo. Mais do que saber tratar de uma doença, alguém em que possam confiar.

É o médico de confiança. Esse papel, antigamente, era do “médico d’a família”.

As seguintes características são esperadas em um “médico-de-confiança”: 1. ser próximo, não somente em termos de distância, mas como relação pessoal também; 2. conseguir dar início à resolução de qualquer tipo de problema de saúde; 3. ter disponibilidade para atendimento; 4. ter capacidade de explicar o problema, a solução, o tratamento; 5. ter capacidade de reconhecer seus limites, referindo para devidos serviços quando necessário.

Ser “médico-de-confiança” não é questão de especialidade, é uma questão de atitude do médico. As palavras do dr. Dario Birolini, professor emérito da Faculdade de Medicina da USP, clarificam tal atitude: “a decisão final de qualquer tipo de medida é do paciente, entretanto, o médico deve ter a obrigação de explicar claramente, de uma forma honesta e transparente, sem qualquer tipo de insinuação, para que o paciente possa tomar decisões pessoais equilibradas, justas e sensatas”. A *Demografia Médica no Brasil 2018*, recém-publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) mostra um dado interessante: das especialidades médicas registradas, a segunda com menor média de idade é a Medicina de Família e Comunidade. Pode ser um dado mostrando que os médicos mais jovens estão atentos à demanda da sociedade.



KAZUSEI AKIYAMA É MÉDICO CLÍNICO GERAL COM DOUTORADO EM MEDICINA PREVENTIVA PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP).



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



23º Congresso Abramge
14º Congresso Sinog



SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS E PERSPECTIVAS,
A “INTEGRAÇÃO DOS STAKEHOLDERS”

23 e 24
de agosto de 2018

Hotel Renaissance
Alameda Santos, 2233 - Cerqueira César, São Paulo - SP

abramge.com.br/congresso

Realização

Apoio Institucional

Patrocínio

