

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

JUL/AGO/SET • 2022



abramge • sinamge • sinog

ANO 7 Nº 24
ISSN 2448-0630

TUDO SOBRE O ROL

LISTA DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS, ESSENCIAL PARA A CONTINUIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE, AINDA CORRE RISCO

FUTURO DESCORTINADO

ESPECIALISTAS APONTAM AS PRINCIPAIS TENDÊNCIAS PARA O FUTURO DO SEGMENTO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL



TELESSAÚDE

AMPARADOS EM NOVAS REGULAMENTAÇÕES, OPERADORAS E PRESTADORES AVANÇAM NO USO DE TECNOLOGIAS QUE ENCURTAM DISTÂNCIAS E DÃO MAIS EFICIÊNCIA À ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA



SISTEMA ABRAMGE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOVA IDENTIDADE, NOVO SITE



O Sistema Abramge de Urgência e Emergência consiste em um acordo estabelecido entre as operadoras de plano de saúde associadas à Abramge.

Por meio dele, os usuários destas operadoras recebem serviços de urgência e emergência quando estiverem em trânsito em locais em que exista hospital indicado, ou seja, em locais fora de sua área de cobertura assistencial com recurso indicado por uma das congêneres.



WWW.ATENDIMENTOABRAMGE.COM.BR



CLAMOR POR PREVISIBILIDADE

Assim como muitas áreas da sociedade, a saúde suplementar experimenta ciclos de avanços, em que encontra caminhos para se desenvolver a atender a mais pessoas, e também períodos de ameaças ao seu crescimento. Na atualidade, uma era repleta incertezas e paradoxos, na qual eventos épicos como a pandemia de Covid-19 e a guerra na Ucrânia coexistem como se triviais fossem, nada mais natural que o mercado de planos de saúde refletisse a histeria coletiva que nos assola.

De um lado, o número de beneficiários e os serviços prestados por operadoras e prestadores alcançam níveis históricos, impulsionados pelas novas tecnologias; de outro, o ciclo virtuoso segue ameaçado por sucessivas tentativas de mudança nas regras do jogo.

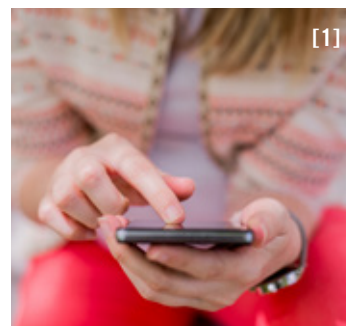
Entre as boas notícias está a recente normalização da telessaúde, termo que designa o uso de tecnologias de conectividade para tornar mais eficiente – e, portanto, mais efetiva – a assistência médica e odontológica. Passou da hora de usarmos as ferramentas de que dispomos para encurtar distâncias, dar mais comodidade às pessoas e chegar a localidades do país que não possuem oferta suficiente de médicos, dentistas e demais profissionais de saúde [1].

Enquanto isso, infelizmente, o vento contra continua a tornar nossa caminhada mais penosa. Pior, com possibilidade de se tornar um furacão que devastará o mercado. Estamos nos referindo às infundáveis, e na maioria das vezes infundadas, discussões sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Vinte e quatro anos depois de sua criação, que revolucionou positivamente a relação entre operadoras, prestadores e beneficiários, tornando claras as regras do jogo, essa lista de coberturas obrigatórias segue sob ameaça. Após o STJ (Superior Tribunal de Justiça) ter reafirmado sua taxatividade – acertadamente –, há diversas iniciativas no judiciário e no legislativo para derrubá-la. Entenda, na entrevista especial sobre o assunto [2], conferida pelo presidente da Abramge, Renato Casarotti, e na reportagem [3], a importância do rol para a previsibilidade e sustentabilidade do sistema privado de saúde.

Não perca, ainda: a reportagem sobre as principais tendências do segmento de planos odontológicos [4]; a lista de curiosidades sobre os planos coletivos (pg. 32); o convite ao próximo Congresso Abramge, que se realizará em setembro (pg. 34); uma história pessoal que mostra a importância do Atendimento Nacional Abramge (pg. 36); e um artigo especial sobre governança corporativa nos planos de saúde (pg. 38).

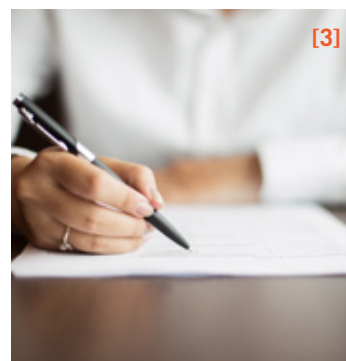
Boa leitura.



UNSPASH



UNSPASH



DIVULGAÇÃO



UNSPASH

6 PÁGINAS AZUIS

Os planos de saúde podem entrar em colapso em três anos, alerta o presidente da Abramge, Renato Casarotti, em entrevista exclusiva sobre a possibilidade de o Rol de Procedimentos da ANS se tornar exemplificativo.



UNSPASH

CAPA

SEGUIE O LINK

Por que sair de casa ou do trabalho, tomar um ônibus ou pegar seu carro, ficar estressado por estar atrasado, perder tempo e gastar dinheiro à toa, enfim, se você pode fazer uma consulta virtual? A telessaúde está aí e cabe a nós fazer bom uso dela.

32 REAJUSTES EM QUEDA

Planos de saúde coletivos, que não têm seu aumento regulado pela ANS e atendem à grande maioria dos beneficiários do sistema, apresentam índices de aumento em queda há cinco anos. Saiba por quê.

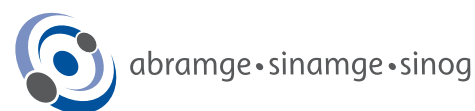
SEÇÕES

- 12 Notas
- 32 Check-up
- 34 Por Dentro
- 36 Acesso
- 38 Diagnóstico



UNSPASH

CAPA: FREEPIK



COMITÊ EXECUTIVO

Renato Casarotti PRESIDENTE DA ABRAMGE
 Roberto Seme Cury PRESIDENTE DA SINOG
 Cadri Massuda PRESIDENTE DO SINAMGE
 Carlito Marques SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE
 Marcos Novais SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

EXPEDIENTE

Carina Martins ACESSORA DA SUPERINTENDÊNCIA
 Frederico Borges SUPERINTENDENTE DE RELAÇÕES
 INSTITUCIONAIS E GOVERNAMENTAIS
 Gustavo Sierra GERENTE DE COMUNICAÇÃO ABRAMGE
 Keiko Otsuka Mauro GERENTE DE MARKETING
 E EVENTOS ABRAMGE

PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Gustavo Magaldi REDAÇÃO E EDIÇÃO
 Flavio Faria e Viviane Pettersen REPORTAGEM
 Marcio Penna EDIÇÃO DE ARTE

PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

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

Associação Brasileira de Planos Odontológicos

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

UMA ADVOCACIA DINÂMICA, INTEGRADA AOS NOVOS TEMPOS

Atuamos na consultoria regulatória,
contencioso cível e administrativo,
bem como com o ressarcimento
ao SUS.

ÁREAS DE ATUAÇÃO



DIREITO
MÉDICO




SAÚDE
SUPLEMENTAR

ENTRE EM CONTATO

Rio de Janeiro

 (21) 3437-1250

 Av. das Américas, 3.500, Hong Kong 3000,
Gr 308, Le Monde Offices, Barra da Tijuca

São Paulo

 (11) 3289-0471

 Av. Paulista, 509, Conj. 1P - Bela Vista



BRUNOMARCELOS
Escritório de Advocacia

www.brunomarcelosadvocacia.com.br



Ter ou não ter um rol, eis a questão

Presidente da Abramge vê rol “taxativo” ainda sob risco e explica por que um rol “exemplificativo” representaria o colapso dos planos de saúde

Em 8 de junho deste ano, os olhos de todos envolvidos no sistema de saúde suplementar, e também dos demais brasileiros atentos a essa questão fundamental para o país, estavam voltados à Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Nove ministros do chamado “Tribunal da Cidadania” estavam reunidos para concluir o julgamento sobre a “taxatividade” ou não do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Traduzindo para os leigos, a corte decidiu que a lista de coberturas obrigatórias para os planos de saúde, que possui mais de 3 mil itens que atendem a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da OMS (Organização Mundial da Saúde), continua válida, com algumas exceções. Caso fosse considerada “exemplificativa”, na prática, deixaria de ter sentido. E mudaria toda a estrutura dos planos de saúde, comprometendo a manutenção dos serviços que atendem, atualmente, a quase 50 milhões de pessoas. Na entrevista a seguir, o presidente da Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Renato Casarotti, explica a importância dessa decisão e alerta que ainda há iniciativas que colocam sob risco o futuro dos planos de saúde.

ENTREVISTA: GUSTAVO MAGALDI | FOTO: DIVULGAÇÃO

VISÃO SAÚDE – Qual é o balanço da Abramge sobre a recente decisão do STJ acerca do rol da ANS?

RENATO CASAROTTI – Nós esperávamos que a decisão viesse no sentido de considerar o rol como taxativo. É importante, primeiro, falar sobre os conceitos de “rol taxativo” e “rol exemplificativo”, discussão que ficou difusa por ser um linguajar setorial que as pessoas não entendem integralmente. Na essência, trata-se de existir ou não uma lista obrigatória de coberturas dos planos de saúde ou de ter de cobrir toda e qualquer coisa que seja prescrita por um médico. “Taxativo” significa ter uma lista e exemplificativo, na verdade, é não ter uma lista e seguir o que o médico prescreve. Essa lista, o rol, existe desde 1998, é fundamental e por isso esse reconhecimento do STJ foi muito importante.

Por que o rol é fundamental para os planos de saúde?

Porque sem ele não temos serviços, não temos produtos. Se não sabemos o que temos de cobrir, não temos como precificar o serviço que entregamos. Esse, para nós, foi o principal ponto. Lembrando que a lista não tem só os procedimentos, terapias e eventos a serem cobertos, mas também em quais situações devem ter cobertura. Por exemplo, existe previsão e regras de cobertura de laparoscopia ou de cirurgia robótica para determinados procedimentos. Se essas regras deixam de existir, o cirurgião pode pedir cirurgia robótica para qualquer coisa. E não temos nem como questionar isso. Então, na nossa avaliação, a decisão do STJ é correta. Há exceções, mas são exceções muito claras, em determinadas situações: quando [o procedimento ou terapia] ainda não tiver sido avaliado pela agência, quando não houver incorporação por outras agências internacionais. A discussão deveria ser muito mais em ter ou não ter uma lista, em como ela é atualizada, com que frequência e com quais critérios. Essa discussão é um pilar fundamental para qualquer sistema de saúde, inclusive os públicos. No sistema público quem faz esse papel é a Conitec [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias], que decide o que vai ser incorporado ou não para o SUS [Sistema Único de Saúde].

O que aconteceria se o rol deixasse de existir?

Se tirar esse horizonte do sistema, a tendência de se errar, para os dois extremos, é muito grande. Pode haver a subprecificação dos planos, para tentar manter a acessibilidade, mas se segurar o preço vai estourar do outro lado. Quando chegar a conta dos procedimentos, a conta não vai fechar.

Ou, no outro extremo, as empresas podem tentar precificar esse risco muito mais elevado, levando a uma restrição de acesso aos planos. Poucas pessoas vão conseguir pagar o preço. Então, hoje, a discussão que traz mais apreensão para o setor é essa. É a mais estruturante, está na raiz do sistema e é a questão que traz mais risco de médio e longo prazo para o setor.

A decisão do STJ firma um caminho do qual não vamos sair por ora?

Não, ela está em risco. Hoje existe um debate em dois fóruns diferentes. Houve recursos [à decisão do STJ] e novas ações para o STF. Mas, nesse fórum, a tendência é que seja um debate técnico, aprofundado, que favorece uma decisão equilibrada. Quanto mais técnica for a decisão, melhor. Mas, por outro lado, o segundo fórum de discussão é o Congresso Nacional, que está muito mais suscetível a pressões sociais. Estamos em ano de eleições, alguns parlamentares serão candidatos, então existe pouca abertura para se discutir o tema com profundidade. Uma legislação aprovada a toque de caixa é um perigo, que pode interferir na estrutura do sistema. Por exemplo, há iniciativas que preveem um rol, mas que abrem exceção para tudo o que for prescrito pelo médico. Então é algo como “isto pode, mas tudo pode ser exceção”. Estamos muito preocupados com essa discussão, que pode ou não garantir a sobrevivência do sistema de saúde suplementar. Temos de mostrar para a sociedade o risco desse tipo de mudança.

Muitas vezes a discussão sobre cobertura é focada em casos individuais. Qual é a importância de se ancorar no princípio do mutualismo?

Isso é fundamental. Temos de mostrar que o sistema não vai conseguir entregar tudo para todos. Isso é impossível, financeiramente, enquanto coletividade. Temos necessariamente de fazer escolhas sobre o que vai ser coberto. E essas escolhas passam por três critérios essenciais. Primeiro, se [o procedimento ou terapia] é eficaz, isto é, se funciona ou não. O médico, individualmente, não pode definir se algo funciona ou não. O segundo critério é de segurança, se funciona e se não faz mais mal do que traz benefícios. E o terceiro critério é a custo-efetividade, um conceito fundamental para a coletividade, porque trata-se do custo-benefício de se incorporar algo ao rol. Se o custo é muito maior do que o benefício que ele entrega, não deveria se incorpo-

“ Nossa expectativa é que a discussão ocorra cada vez menos no judiciário e cada vez mais na ANS. Que seja uma discussão técnica. Ao invés de se discutir casos individuais, se cobre ou não, que se discuta a incorporação, sob a ótica da coletividade. Esse processo já melhorou bastante, mas ainda há espaço para maior participação social.

rar. Porque vai ocupar espaço de outras terapias e outros procedimentos que precisariam ser incorporados. Então tem de haver prioridades. É como em um condomínio que faz escolhas de quais despesas serão rateadas. O que faz mais sentido, colocar câmeras de segurança ou aquecimento na piscina? São escolhas tomadas com base no custo-benefício. Se você acaba com o processo de incorporação, quem tem acesso a advogados, por exemplo, é que vai poder se beneficiar. Então, a incorporação tem de olhar sempre para a coletividade, não para o individual. Temos de buscar formas didáticas, mais claras, de as pessoas entenderem. Os planos de saúde são como enormes condomínios, em que as pessoas rateiam as despesas.

Voltando à decisão do STJ, que por ora deu segurança ao sistema com o rol taxativo, qual o reflexo disso na judicialização excessiva na saúde suplementar?

A perspectiva é positiva, de um pouco de pacificação. As exceções são claras. Nossa expectativa é que a discussão ocorra cada vez menos no judiciário e cada vez mais na ANS. Que seja uma discussão técnica. Ao invés de se discutir casos individuais, se cobre ou não, que se discuta a incorporação, sob a ótica da coletividade. Esse processo já melhorou bastante, mas ainda há espaço para maior participação social. Temos de discutir, tecnicamente, segundo os critérios mencionados, se determinado procedimento deverá ter cobertura ou não. E não apenas para a pessoa que entrou no judiciário, mas todos que estão no sistema.

Como o senhor descreveria a situação financeira dos planos de saúde, atualmente?

Vimos de um ano muito difícil. O setor teve um 2020 com resultados financeiros positivos, isso é verdade. Com queda de sinistro e com aumento do número de bene-

ficiários. Mas 2021, por sua vez, foi um ano muito difícil. Por duas razões: primeiro que, por causa de 2020, no ano passado os planos individuais, pela primeira vez na história, tiveram uma redução de preço pago pelas pessoas. Isso é inédito em qualquer setor regulado. E mesmo para os planos coletivos, em que o preço não é regulado, o reajuste médio foi de 5% e para algumas empresas foi próximo de zero. Por outro lado, em 2021, as despesas dispararam, primeiro por causa da Covid, que teve a pior onda no primeiro trimestre do ano. Não tinha vaga nos hospitais e houve a retomada, principalmente no segundo semestre, de todos os procedimentos e eventos que estavam represados pela Covid. O que nos levou a uma situação de prejuízo operacional global, do setor, de 980 milhões de reais. Isso penalizou, de forma indistinta, pequenas, médias e grandes operadoras.

Considerando esse cenário, o que aconteceria se o rol exemplificativo fosse adotado?

Se adotarmos o rol exemplificativo é difícil até estimar o impacto. Isso levaria a um colapso do sistema em dois ou três anos. Porque teria uma disparada das despesas médicas, por causa do volume muito maior de procedimentos caros, como cirurgias robóticas, além da adoção cada vez maior de opções mais caras em detrimento de outras mais baratas mas tão efetivas quanto. Por exemplo, ressonância magnética. Foi o que eu falei anteriormente, em relação a previsão de que em quais casos tal procedimento estaria coberto. São as diretrizes de utilização. A lista traz quais procedimentos serão cobertos e em quais situações, que são as diretrizes de utilização. Isso é tão importante quanto a lista em si. Se isso é descartado, perde-se o controle, a tendência é ter uma alta muito grande. A consequência direta dessa alta é que, no ano seguinte, isso vai pressionar o reajuste, que pode ser o dobro do que

se tem hoje. É uma bola de neve. Do outro lado, é provável que tenhamos uma pressão social muito forte para o controle artificial dos preços. É a tempestade perfeita, que levaria à redução de oferta de planos e à quebra da sustentabilidade dos planos já existentes. Como a escala do setor é muito grande, um prejuízo pequeno em termos percentuais é, em valores absolutos, muito grande. Isso quebra o setor muito rapidamente. Mesmo com as reservas [financeiras], as operadoras não conseguiriam conviver com prejuízos recorrentes, por causa da escala. Um índice negativo tem um impacto muito grande e muito rápido. Então, com prejuízos de seis meses seguidos, por exemplo, a chance de colapso é grande.

Algumas pessoas veem os balanços de operadoras e afirmam que os resultados financeiros são bons.

Há uma confusão entre resultado financeiro e resultado operacional. O resultado de uma aplicação financeira é uma coisa, mas o que está relacionado à sustentabilidade de qualquer empresa é o resultado operacional. Qual é a lógica de o resultado financeiro ser muito melhor que o operacional? Imagine que uma pessoa pegue uma parte de seu salário e destine para uma aplicação financeira. Só que isso não influi se o salário é adequado ou não. No caso de operadoras, o que se paga de despesas assistenciais, mais as despesas operacionais, mais os impostos, versus o que se recebe de contraprestação, é necessário ter resultado positivo. Mesmo que seja uma margem pequena de lucro, ela tem de existir. Se for negativo, muito rapidamente o sistema entra em colapso. Se a operação não para em pé, o negócio não faz sentido. Então, nesse cenário de rol exemplificativo, as despesas estariam tão pressionadas que a operadora vai ter de repassar isso para o preço. Aí muitas pessoas não vão conseguir pagar o plano. E tem a possibilidade muito forte de não ser permitido o repasse adequado, via controle de preços. Se esses dois vetores se combinarem, o colapso se materializa muito mais rapidamente. Em dois, três anos o sistema implode.

Se a saúde suplementar se inviabilizar, o que ocorreria com o sistema de saúde brasileiro como um todo?

Naturalmente as pessoas migrariam para o SUS, que já enfrenta seus desafios, já está estrangulado. O mesmo problema demográfico que temos na saúde suplementar [envelhecimento da população, aumentando a demanda

por serviços assistenciais] também está presente no sistema público. Além disso o SUS teria de acolher esse contingente adicional de pessoas em um prazo muito curto. E a tendência é de se precarizar o cuidado no SUS, já que não há abundância de recursos.

Qual sua avaliação do mecanismo atual de incorporação de novos procedimentos e terapias, em relação à celeridade do processo e também da observação do critério de custo-efetividade? O que funciona e o que precisa melhorar?

Houve uma mudança neste ano. A atualização era bienal, o que gerava muita pressão social. Na pandemia, o processo passou para mais de três anos. Em 2021, após debate amplo no Congresso Nacional, adotou-se um processo contínuo de atualização. A qualquer momento pode-se pedir a incorporação de um novo procedimento, medicamento ou terapia. Os prazos foram muito encurtados e, além disso, são prazos para cada avaliação e não mais para o conjunto do rol. Eles vão de 120 dias, que podem ser estendidos para mais 60 no caso de antineoplásicos orais, que têm uma regra específica. Ou 180 dias que podem ser estendidos para mais 90 dias para outras terapias. O prazo de 180 dias está em linha com as melhores práticas no mundo todo, em países como Inglaterra, Austrália e Canadá. E o prazo limite de análise de 120 dias para antineoplásicos orais é o menor do mundo. Esses prazos não são fáceis de serem cumpridos, mas sabemos que a ANS está se esforçando para isso. Lembrando que são prazos máximos. Em 2022, até 5 de julho, 24 novas terapias foram incorporadas. Isto é, as análises ocorreram em tempo mais curto que o prazo limite. Está muito célere.

E o que ainda deve ser melhorado, na sua opinião?

É importante ter um limiar de custo-efetividade, isto é, uma linha de corte aceitável. A OMS recomenda que essa linha de corte seja de 1 pib *per capita* por quali. QALY é um índice que determina anos a mais de expectativa de vida como resultado de uma determinada terapia. Um QALY representa mais um ano de expectativa de vida. Esse limite proposto pela OMS é para adequar a capacidade econômica de um determinado país com o que você recebe de benefício. Isso é um critério bom e, independentemente de qual for a linha do corte, é importante que ela existe, pois torna a análise mais objetiva. Ficou



“Nossa discussão não é para incorporar menos, mas sim para incorporar melhor. É como você faria na sua casa, quer colocar mais coisa na geladeira, mas se pagar 200 reais por uma caixa de ovos, a geladeira vai ficar vazia.”

acima, não entra. Se ficou fora, o fabricante é estimulado a baixar o preço para que seu produto seja incorporado. E se isso não ocorrer, simplesmente será uma incorporação que não vale a pena sob a ótica de custo-efetividade. Por sinal, a Conitec, que é o órgão responsável por conduzir o processo de incorporação no SUS, está com uma consulta pública aberta para justamente discutir um limiar de custo-efetividade. Outra coisa importante que pode ser aprimorada no processo da ANS é o que se chama de preço de incorporação, isto é, um valor menor que o preço CMED [estipulado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos como limite], que viabilize sua incorporação pelo sistema, assim como faz a Conitec. Nossa discussão não é para incorporar menos, mas sim para incorporar melhor. É como você faria na sua casa, quer colocar mais coisa na geladeira, mas se pagar 200 reais por uma caixa de ovos, a geladeira vai ficar vazia.

Toda a discussão em torno do rol deveria girar em torno do princípio da previsibilidade, concorda?

Enquanto setor, a maior preocupação, mais do que com a qualidade das regras, é com a instabilidade das regras. Elas mudam com uma velocidade estonteante, e sem debate. Para quem tem de operar no sistema, isso é insalubre. As mudanças constantes são uma das principais causas da redução considerável do número de empresas na saúde suplementar. Muitas operadoras “quebraram” nos últimos anos. Atualmente, essa instabilidade está muito menos na ANS do que no Legislativo e, em certa medida também, no Judiciário. As operadoras fazem seu planejamento de acordo com regras, que depois podem mudar completamente. Um exemplo é o controle artificial de preços, que recentemente foi aventado e é uma possibilidade que causa muito temor. A única certeza que temos agora é que o cenário futuro é totalmente imprevisível.

TECNOLOGIA CHEGA À FARMÁCIA

O futuro chegou, definitivamente, à relação entre profissionais de saúde e pacientes. Após a tão esperada regulamentação da Telessaúde, ocorrida nos últimos meses, o mesmo aconteceu, mais recentemente, com o atendimento farmacêutico. Em 30 de junho, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução nº 727, do CFF (Conselho Federal de Farmácia), que regulamenta o exercício da atividade com a mediação de tecnologias de informação e comunicação. Assim, passa a ser permitido o atendimento à distância de um farmacêutico para fins de “promoção, proteção, monitoramento, recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde, bem como

para a resolução de problemas da farmacoterapia, para o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde”. Os farmacêuticos que atuam em Telefarmácia somente poderão utilizar plataformas ou *softwares* devidamente registrados no CRF (Conselho Regional de Farmácia) e com representação estabelecida no país. Além disso, o atendimento por Telefarmácia deve ser registrado em prontuário físico ou por meio de Sistemas Informatizados de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES) do paciente, como também pode ser necessária a emissão de outros documentos, como: receita, solicitação de exames, documento de encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde.

CAMPANHA VISA DEMOCRATIZAR SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Promovida pela Sinog (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), a campanha “Julho Neon: salve o sorriso brasileiro” entrou em seu segundo ano com o objetivo de impactar os brasileiros sobre a importância da saúde bucal.

Segundo dados levantados pela associação, cerca de 41,5% da população no Brasil podem chegar aos 60 anos com a arcada dentária totalmente comprometida. O movimento visa valorizar o papel do dentista e envolver o setor na causa, já que o país possui os melhores percentuais profissional/população atendida do mundo (cerca de 570 habitantes/cirurgião-dentista).

Com repercussão nacional, a campanha possui a colaboração de influenciadores e artistas, como a atriz Mônica Martelli, que foi nomeada Embaixadora do Julho Neon, assim como o cantor Jairzinho, criador e voz do jingle da ação, entre outros. Alguns monumentos importantes de algumas das principais cidades brasileiras, como o Congresso Nacional (Brasília), o Estádio do Maracanã e o Cristo Redentor (Rio de Janeiro) ficaram iluminados com as cores da campanha.

4.691.627 EMPREGOS NA SAÚDE

Levantamento do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) divulgado em maio mostra que em fevereiro deste ano o número de empregos formais no setor de saúde, no Brasil, atingiu patamar histórico, chegando a quase 4,7 milhões de pessoas. O contingente de vagas aumentou 1% em relação a novembro do ano passado, enquanto o mercado de trabalho total da economia brasileira encolheu 1% no mesmo período. Ainda segundo essa pesquisa, no acumulado do ano, o subsetor que mais gerou empregos formais na cadeia foi o de prestadores (19,3 mil), seguido por fornecedores (7,4 mil) e operadoras (662). No total, o saldo do setor privado de saúde (27,4 mil) representa 8,4% do volume gerado pela economia (328,5 mil).



DESCUBRA UM NOVO MUNDO

TENHA ACESSO AOS PRINCIPAIS INDICADORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

saúdedados 

1ª plataforma de inteligência de mercado
voltada para a saúde suplementar

Conecte-se aos principais indicadores da saúde suplementar, crie consultas e obtenha informações relevantes para impulsionar as decisões da sua empresa.

Conheça as soluções que o Saúde Dados® oferece.

Entre em contato conosco e descubra um novo paradigma:

saudedados.com.br
contato@abramge-uca.com.br
(11) 4878-4413 / 4478-4438



A TELESSAÚDE CHEGOU PARA FICAR

Tecnologia encurta caminhos e acelera a universalização do atendimento de saúde em todo o Brasil

Por Flávio Faria

O Brasil é um país imenso, assim como o desafio de levar as melhores práticas de medicina para todos os seus habitantes, principalmente em cidades mais afastadas dos grandes centros urbanos. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Ipsos em setembro de 2021 com 21.513 pessoas, de 30 países, apontou que quase metade dos brasileiros (45%) considera as dificuldades de acesso a tratamento e os longos períodos de espera como os principais problemas enfrentados por quem precisa de atendimento.

A telessaúde foi uma das formas que as empresas de saúde encontraram para seguir oferecendo para seus clientes, agora à distância e muitas vezes em cidades com pouca estrutura, serviços com mesmo nível de qualidade encontrados presencialmente nas capitais.

O cenário, que sempre foi complicado, se agravou com a chegada da pandemia de Covid-19, com hospitais lotados e alto risco de contaminação, o que impedia o acesso daqueles que precisavam de outros tratamentos, mas não podiam correr o risco de se infectar. Nesse contexto, a telemedicina foi a saída encontrada para que esse público pudesse ser atendido com segurança. Esse tipo de atendimento, normalmente realizado à distância por meio de chamada de vídeo para o computador ou celular do paciente, tem ganhado cada vez mais popularidade no Brasil mesmo com a retração da pandemia, devido à maior conveniência que traz para os pacientes e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Segundo dados da Abrange, até junho deste ano foram realizadas mais de 6,5 milhões de consultas virtuais entre operadoras que fazem parte da associação, responsáveis pela cobertura de nove milhões de beneficiários de planos de saúde. “A telessaúde significa acesso à saúde de forma mais facilitada, cômoda, segura e eficiente através da tecnologia”, destaca Luciano Cunha, Diretor Médico de Digital Health na Maida.health e coordenador de telessaúde da Abrange. Um levantamento realizado pela operadora Alice também evidencia essa ampliação da utilização dos serviços médicos e de saúde por meio da internet. Segundo a empresa, hoje, mais de 85% das necessidades de saúde dos membros já são resolvidas digitalmente, considerando atendimentos via chat e videoconferência.

A questão da ampliação da capilaridade trazida pelas ferramentas de telessaúde também é central pelo ponto de vista de Paulo Yoo, Gerente Executivo Médico da área de Saúde Digital da NotreDame Intermédica, operadora de saúde com atuação nos segmentos odontológico e médico-hospitalar. Ele ressalta, inclusive, que “acesso à saúde” é um conceito que envolve diferentes fatores. “Quando se entende acesso, não devemos levar em conta apenas a consulta médica, mas toda a logística que uma consulta

presencial gera, como a necessidade de acompanhante, transporte público, tempo de trajetos, orçamento para realizar um lanche ou refeição nas unidades de saúde, reserva de agenda no calendário já atribulado”, enumera, exemplificando algumas das barreiras que o atendimento por meios digitais ajuda a derrubar.

César Biselli, líder de Saúde Digital na Alice, operadora de planos médico-hospitalares, lembra também da liberdade que o atendimento à distância traz para os pacientes. “A telemedicina dá uma maior flexibilidade e segurança para as pessoas poderem viajar ou viver em locais que têm menor acesso à saúde em formato presencial, sem que elas fiquem desamparadas caso tenham alguma demanda”, afirmou. Essa facilidade de acesso se mostrou especialmente importante com a chegada da pandemia, quando muitas pessoas passaram a trabalhar em regime de *home office* e deixaram os grandes centros urbanos em busca de mais qualidade de vida e contato com a natureza em cidades do interior. A telessaúde foi uma das formas que as empresas de saúde encontraram para seguir oferecendo para seus clientes, agora à distância e muitas vezes em cidades com pouca estrutura, serviços com mesmo nível de qualidade encontrados presencialmente nas capitais.

PRESENCIAL? DE PREFERÊNCIA, SOMENTE QUANDO NECESSÁRIO

Apesar de ter ganhado força na pandemia, o conceito de atendimento de saúde à distância, ou telessaúde, existe há décadas em países como Israel, Estados Unidos e da Europa. Porém, com a chegada dos smartphones e da internet banda larga possibilitando chamadas de vídeo, a modalidade ganhou o mundo. Isso porque, na maioria dos casos, o contato presencial entre profissionais de saúde e pacientes é desnecessário. Um estudo realizado pela American Medical Association revelou que 75% das consultas médicas, regulares ou de emergên-

cia, poderiam ser substituídas por chamadas de vídeo ou telefone. Levantamento similar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostrou que, no Brasil, 40% dos exames e 18% das idas ao pronto-socorro são desnecessários e poderiam ser evitados com coordenação de cuidado e atenção primária. Além disso, com o avanço das ferramentas tecnológicas, os próprios profissionais de saúde são capazes de avaliar quando há a necessidade de visita do paciente.

“Atualmente já existem tecnologias disponíveis no mercado que possibilitam o monitoramento remoto de sinais vitais e outros dados clínicos. Além disso, a telepropeledeutica (anamnese e exame físico direcionado pela telemedicina) ajuda o médico a identificar quadros mais graves ou que necessitam de uma avaliação presencial”, explica Luciano Cunha, coordenador de telessaúde da Abramge.

Segundo César Biselli, da Alice, o atendimento à distância atua como uma “otimização” das consultas presenciais. “Com a telemedicina, o profissional de saúde consegue entender se al-

gum exame adicional pode ser solicitado antes de uma consulta presencial ou, melhor ainda, o retorno após a consulta presencial pode ser realizado digitalmente, o que traz comodidade e evita desperdícios. O acompanhamento de casos crônicos também pode ser feito dessa forma – com consultas digitais intercaladas com retornos presenciais, otimizando o tratamento”, afirma.

Contudo, destaca Biselli, mesmo nos casos em que não é possível que o atendimento seja realizado de forma totalmente online, ainda é possível colher benefícios com a telemedicina. “Algumas condições não podem ser resolvidas digitalmente e precisam ser encaminhadas para um atendimento presencial. Com a telemedicina, conseguimos ser mais assertivos e direcionar a pessoa para o melhor lugar, o que é muito relevante. Por exemplo, podemos direcionar uma pessoa com um problema agudo no olho para um hospital em que tenha plantão de oftalmologista naquele momento”, explica.

Hoje, a telessaúde pode ser aplicada em diferentes frentes do atendimento de saúde: consultas, ampliando o acesso de quem está em locais remotos ou querem uma segunda opinião



“A telessaúde significa acesso à saúde de forma mais facilitada, cômoda, segura e eficiente através da tecnologia”

LUCIANO CUNHA
Diretor Médico de Digital Health na Mayda.health e coordenador de telessaúde da Abramge

COMO A TELESSAÚDE TRANSFORMARÁ O ATENDIMENTO EM DIFERENTES ÁREAS

- Casos mais simples poderão ser atendidos mais rapidamente à distância;
- Ambulatórios e prontos-socorros presenciais serão utilizados cada vez mais para emergências e atendimentos ganharão agilidade;
- Documentação do paciente, prontuários e laudos poderão ser produzidos, armazenados e compartilhados com rapidez;
- Acesso mais rápido a profissionais de saúde especialistas, mesmo em regiões mais remotas;
- Mais conforto para atendimento de pessoas com dificuldade de locomoção.



“Enxergamos que a telemedicina é o uso da tecnologia na mesma medicina, adaptada à mesma norma ética e jurídica, que traz mais conforto para o paciente promover saúde, prevenir doenças, evitar internações e ter um tempo de permanência hospitalar menor. É o mesmo ato médico, mas de uma forma que pode trazer mais qualidade de vida e de acesso ao usuário”

DONIZETTI GIAMBERARDINO,
conselheiro relator da
Resolução CFM nº 2314/2022
do CFM

de especialistas; na assistência, possibilitando o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, idosos ou casos excepcionais, como grávidas com gestação de risco; ou até na troca entre os próprios médicos, que podem consultar colegas à distância ou buscar qualificação em entidades de ensino distantes sem precisar deixar a prática médica diária nas suas cidades.

LEGISLAÇÃO JÁ TRAMITA NO SENADO

Para dar ainda mais sustentação às novas tecnologias na área de saúde, está tramitando no congresso o Projeto de Lei 1998/20, de autoria da deputada federal Adriana Ventura (NOVO/SP). O projeto regulamenta a telessaúde, que é a utilização da tecnologia para todos os serviços de saúde, de consultas médicas (telemedicina) às sessões de terapia com psicólogos, entre outras práticas.

“A prática da telessaúde já existe há muito tempo no Brasil, mas com a pandemia se mostrou ainda mais necessária como estratégia de saúde pública. Trouxe comodidade, eficiência, resolutividade, economia de tempo e recursos e principalmente acesso ao sistema de saúde. O uso das tecnologias na saúde é um caminho sem volta, a regulamentação definitiva da prática foi só uma consequência disso”, destaca Ventura.

Após um novo passo no trâmite no Senado Federal, a deputada espera que o PL siga para aprovação definitiva. “Espero que a parte turbulenta da jornada já tenha passado! Tivemos em 5 de julho a aprovação do parecer substitutivo do meu PL na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, com relatoria do senador Veneziano Vital do Rêgo (MDB/PB) a favor do projeto, e agora, esperamos águas tranquilas para aprovação no Plenário”, destaca a deputada.

Segundo ela, o caminho foi desafiador e exigiu grande trabalho da frente parlamentar, com muita “articulação e diálogo” entre todos os envolvidos, como “O Ministério da Saúde, todos os outros 14 deputados coautores, com o

relator aqui da Câmara, deputado federal Pedro Vilela (PSDB/AL), as 28 entidades apoiadoras da Frente da Telessaúde – que representam mais de 1600 instituições e os senadores. Assim, conseguimos mostrar com todo o embasamento técnico necessário os motivos que a Lei da Telessaúde deveria estar dentro da Lei Orgânica da Saúde. Agora é questão de tempo ele ser aprovado de forma definitiva pelo Congresso e seguir para sanção presidencial, mas o trabalho não para! Só vou descansar quando a lei estiver assinada pelo presidente e publicada no Diário Oficial da União”, destaca.

Para a deputada, o amparo legal deverá trazer ainda mais desenvolvimento para o mercado. “Minha expectativa com a futura aprovação é que o mercado continue crescendo e se desenvolvendo em serviços, produtos, exame, conectividade e tecnologias.

Estamos falando de *healthtechs*, *startups* e empresas se desenvolvendo graças a um ecossistema favorável, de um Brasil conectado, com uma população aberta e que aceita muito bem, com índices de aprovação do uso da telemedicina sempre acima dos 90% segundo as maiores operadoras e associações da área. Há um mercado potencial enorme a ser explorado”, afirma.

ATUAÇÃO DO CFM PARA A TELEMEDICINA

Além da legislação, há também a necessidade de regulação técnica para utilização das tecnologias na área da saúde para que não haja prejuízo à qualidade de atendimento. Em relação à telemedicina, especificamente, apesar dos benefícios trazidos, até abril deste ano havia ainda um vácuo na regulamentação.

Desde a resolução 1.643/2002 que o CFM (Conselho Federal de Medicina) define a especialidade como representante do exercício da medicina “através de metodologias interativas de comunicação audiovisual e dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”. Porém, as consultas médicas à distância

de fato passaram a ser realizadas somente em 2020, com base na Lei Nº 13.989, também de autoria da deputada federal Adriana Ventura, que em uma decisão temporária e emergencial regulamentou e autorizou o uso da telemedicina durante o período de pandemia.

Com a popularização da prática, surgiu a necessidade de um amparo jurídico mais robusto, que chegou em abril deste ano, por meio da resolução Nº 2.314, de 22 de abril de 2022.

“Enxergamos que a telemedicina é o uso da tecnologia na mesma medicina, adaptada à mesma norma ética e jurídica, que traz mais conforto para o paciente promover saúde, prevenir doenças, evitar internações e ter um tempo de permanência hospitalar menor. É o mesmo ato médico, mas de uma forma que pode trazer mais qualidade de vida e de acesso ao usuário”, afirma Donizetti Giamberardino, conselheiro relator da Resolução CFM nº 2314/2022 do CFM, que também tem uma visão de que o atendimento presencial permanecerá como “padrão ouro”, isto é, modalidade preferencial de atendimento, enquanto a prática da telemedicina é complementar, mas não substitutiva.

“É uma opção principalmente para aqueles que já foram consultados presencialmente, têm diagnóstico formulado e às vezes precisam fazer viagens longas para mostrar exames e pegar receita. (Mas) É direito do paciente escolher se quer ou não ser atendido dessa forma. É preciso ter equilíbrio. Toda regulamentação está baseada na autonomia das partes envolvidas (médico e paciente), segurança do diagnóstico e do ato médico praticado. Não se pode confundir com ‘baratear’ o atendimento, como se não fosse necessário ter mais médicos”, explica Giamberardino. Segundo ele, a modalidade deve servir até o ponto em que é benéfica. “É muito claro que tem que ter essa autonomia. Uma consulta pode inclusive ser interrompida se for verificado que há a necessidade do presencial”, destaca.

Além disso, conforme ressalta o conselheiro relator, telemedicina não significa simplesmente atender por videochamada. É preciso que o profissional médico esteja preparado. “Está em discussão como funcionará essa capacitação, mas há essa necessidade para quem deseja atender por meio de telemedicina”, afirma.

MANTER A QUALIDADE É ESSENCIAL

A maior preocupação em relação à prática de telemedicina é que se mantenha a qualidade e assertividade nos atendimentos. Segundo a deputada Adriana Ventura, esse aspecto não foi deixado de lado na concepção do PL 1998/20. “Dentro do texto da lei existem alguns dispositivos que ajudarão a garantir a qualidade do atendimento: assistência segura e com qualidade; confidencialidade dos dados; observância das atribuições legais de cada profissão; responsabilidade digital e o atendimento de todos os padrões éticos e normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial”, destaca.

Paulo Yoo, Gerente Executivo Médico da área de Saúde Digital da NotreDame Intermédica ressalta que os serviços de saúde precisam “garantir que as plataformas tenham os requisitos necessários, como áudio e vídeo adequado, adequação à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e Segurança da Informação, treinamento do corpo clínico para a telepropeleutic, além de certificado digital como premissa para todos os profissionais que realizam teleatendimento. A interoperabilidade de prontuários para que as consultas possam ter o histórico de maneira adequada e sejam mais resolutivas também entra como dispositivo de qualidade”, afirma.

Mas, além do básico, outras ferramentas digitais já estão de fato à serviço da qualidade de atendimento. César Biselli, líder de Saúde Digital na Alice, traz alguns exemplos dos desafios que a tecnologia impõe e quais saídas a operadora já encontrou. “Estamos nos primeiros anos da telemedicina e sabemos que precisamos

ALÉM DA CONSULTA, OUTRAS PRÁTICAS DE TELEMEDICINA ESTÃO INCLUÍDAS PELO CFM

- **Teleorientação:** orientação e encaminhamento de pacientes em isolamento;
- **Telemonitoramento:** monitoramento ou vigência à distância de saúde ou doença, sob supervisão médica;
- **Teleinterconsulta:** troca de opiniões e informações entre médicos para diagnóstico ou auxílio terapêutico.

ser ainda mais cautelosos com nossas condutas, uma vez que existe a limitação do exame físico. Aqui na Alice, utilizamos alguns dispositivos para possibilitar a avaliação física ou a coleta de dados clínicos à distância. Um dos principais é o TytoCare, que possibilita que o membro – com a orientação e acompanhamento remoto do profissional de saúde – faça exame do ouvido (otoscopia), boca e garganta (oroscopia) e ouça pulmão e coração (ausculta). Por meio de uma integração com o nosso aplicativo, o profissional de saúde da Alice recebe os resultados em tempo real e, assim, consegue direcionar melhor o cuidado”, ressalta.

Segundo Biselli, o atendimento à distância também foi um grande aliado durante a pandemia. “Conseguimos estar mais próximos dos nossos membros ao longo de um tratamento. Por exemplo, em casos de Covid-19, onde a pessoa não possui comorbidades ou sintomas graves, enviamos um oxímetro para ela por 10 a 14 dias e mantemos contato via aplicativo da Alice”, explicou.

Com o fortalecimento da legislação, abre-se também o caminho para as chamadas “healthtechs”, startups da área de saúde que buscam inovar e acelerar processos ou incorporar tecnologias que tragam acessibilidade, conforto e mais assertividade ao atendimento. No Brasil, dados do *hub* de inovação Distrito mostrou que o número de empresas de tecnologia focadas em soluções para o segmento de saúde saltou de 248 em 2018 para

542 em 2020. Outro estudo, da plataforma Startup Scanner, realizado pela PwC e Liga Ventures, apontou que entre 2021 e 2022 os investimentos em fusões e aquisições (M&A) no segmento de healthtechs movimentou R\$ 1,79 bilhões, cifra tímida perto dos US\$ 379 bilhões que estão previstos de investimentos para o setor até 2024 pela empresa de inteligência de mercado Global Market Insights.

DESAFIOS DA TECNOLOGIA

Uma pesquisa realizada pelo Centro de Tecnologia Aplicada da Fundação Getúlio Vargas (FGVcia) em junho deste ano mostrou que o Brasil já é um dos países mais digitais do mundo, com 447 milhões de dispositivos em uso, entre computadores, notebooks, smartphones e tablets, o que representa uma média de 2,1 aparelhos por pessoa. O recorte que compreende apenas smartphones também é surpreendente: são 242 milhões de aparelhos em uso, uma média de 1,1 por pessoa. Ou seja: já temos mais celulares conectados à internet do que habitantes no país — 212,2 milhões.

O número ainda está distante do primeiro lugar, Estados Unidos, onde a média é de 10 dispositivos por habitante, mas coloca o Brasil no quinto mercado do mundo para produtos de tecnologia. Contudo, o mesmo estudo pontua que, embora o Brasil seja em geral um país conectado, a base não está bem distribuída, com classes mais baixas ainda utilizando smartphones obsoletos ou com recursos limi-



“Como tudo na vida, é um passo de cada vez. Primeiro é necessário o respaldo da sociedade, o que já temos, em seguida, o arcabouço jurídico para a prática, que é no que eu, o Congresso e o Ministério da Saúde estamos fazendo. Em seguida, virão os investimentos da Telessaúde como política pública, e aí sim entrará pesado a questão de investimentos, tanto públicos quanto estratégia de saúde pública do SUS quanto privada, com todo o ecossistema de tecnologia e infraestrutura, em conjunto com as operadoras de saúde suplementar, para que da nascente do Rio Ailã, no Monte Caburá em Roraima, até o Arroio Chuí, no Rio Grande do Sul, todo cidadão brasileiro tenha a possibilidade de ter um atendimento de saúde de qualidade”

ADRIANA VENTURA
Deputada federal (NOVO/SP)

tados, tornando mais difícil sua utilização para chamadas de vídeo ou utilização de aplicativos mais complexos.

Outro desafio é em relação à velocidade de conexão. Segundo o balanço de acessos aos serviços de telecomunicações de 2021, elaborado pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), 41,4 milhões de usuários hoje contam com acesso à internet banda larga fixa e a maioria deles está localizado em grandes centros urbanos. Segundo o último levantamento anual (2021) do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic), 83% dos usuários de internet em áreas rurais utilizam somente o celular para se conectar à rede e, desse público, apenas 57% utilizam serviços públicos disponíveis na internet, enquanto a média entre usuários de regiões urbanizadas é de 72%.

A velocidade e dificuldade de conexão nessas regiões é um fator que afasta esse público. Enquanto as regiões do Brasil que contam com as últimas tecnologias aguardam para os próximos meses a chegada do 5G, mais de 300 cidades ainda não contam nem com cobertura do 4G. “Existe um desafio grande em termos de infraestrutura fora dos grandes centros e regiões rurais. Acreditamos que o governo, em parceria com empresas privadas, já tem conseguido aumentar o acesso. Contudo, a qualidade do acesso precisa também ser vista nessas regiões. Não é um tema simples e já existem frentes parlamentares que hoje tratam disso”, destaca Luciano Cunha, da Abramge.

Para a deputada Adriana Ventura, com a aprovação da legislação, os investimentos para a evolução chegarão naturalmente. “Como tudo na vida, é um passo de cada vez. Primeiro é necessário o respaldo da sociedade, o que já temos, em seguida, o arcabouço jurídico para a prática, que é no que eu, o Congresso e o Ministério da Saúde estamos fazendo. Em seguida, virão os investimentos da Telessaúde como política pública, e aí sim entrará pesado a questão de investimentos, tanto públicos quanto es-

tratégia de saúde pública do SUS quanto privada, com todo o ecossistema de tecnologia e infraestrutura, em conjunto com as operadoras de saúde suplementar, para que da nascente do Rio Ailã, no Monte Caburaí em Roraima, até o Arroio Chuí, no Rio Grande do Sul, todo cidadão brasileiro tenha a possibilidade de ter um atendimento de saúde de qualidade”, afirma.

Outro desafio para a adoção de ferramentas tecnológicas no atendimento de saúde é a dificuldade de aderência por pessoas idosas ou com baixa instrução. Porém, o entendimento do mercado é de que, além de o atendimento presencial seguir existindo, sempre há maneiras de superar esses obstáculos. “Pacientes idosos representam mais de 10% dos atendimentos por telemedicina e a jornada para realizar a consulta está cada vez mais simples, diminuindo quase que completamente a dificuldade. Vimos que, muitas vezes, os idosos que necessitam de auxílio, são acompanhados de seus parentes mais próximos ou cuidadores”, explica Paulo Yoo, da NotreDame Intermédica.

E NO SUS?

Os desafios de se aplicar a medicina na saúde privada são ainda maiores para o sistema público, que já enfrenta diversos problemas estruturais. Porém, segundo a deputada Adriana Ventura, as disposições que trazem o Projeto de Lei podem ajudar a tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) mais ágil e integrado.

“Em termos de SUS, espero que tenhamos um sistema de saúde que faça jus ao nome: único, integrado e conectado. Com prontuários médicos 100% digitalizados nas bases, melhorando assim diagnósticos baseados em históricos médicos. Com Unidades Básicas de Saúde conectadas, com sistemas de gerenciamento de estoques de medicamentos inteligentes. Espero também impactos significativos, já observados hoje em redes municipais e estaduais de saúde que se utilizam da telemedicina na redução de filas, otimizando tempo e recursos de atendimentos”, afirma a parlamentar.



“Quando se entende acesso, não devemos levar em conta apenas a consulta médica, mas toda a logística que uma consulta presencial gera, como a necessidade de acompanhante, transporte público, tempo de trajetos, orçamento para realizar um lanche ou refeição nas unidades de saúde, reserva de agenda no calendário já atribulado”

PAULO YOO
Gerente Executivo Médico
da área de Saúde Digital da
NotreDame Intermédica

RESPEITO PELA CIÊNCIA E PELOS PACIENTES

Agilidade para incorporação de novas coberturas, abertura para participação da sociedade civil e processo de decisão baseado em evidências científicas tornam Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a lista de coberturas obrigatórias da ANS, um dos sistemas mais efetivos do mundo

Por Flávio Faria

Com o avanço veloz da ciência e o surgimento de novas terapias e tecnologias a todo momento, é fundamental criar um sistema regulatório que, ao mesmo tempo, garanta aos pacientes as melhores coberturas para exames, cirurgias e terapias e, por outro lado, assegure a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. No Brasil, esse marco foi alcançado no ano 2000, com a criação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, formulado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), por meio da Lei 9.961/2000. Até então, não havia uma padronização do que deveria ser coberto pelos planos de saúde. E, por isso, cada empresa oferecia seu “pacote” de coberturas, com diversas limitações para os usuários.







“O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem 3.368 itens (e continua crescendo), entre consultas, exames, terapias e cirurgias, que atendem a todas as doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse sentido, a Agência vem cumprindo seu papel e tem aprimorado, sistematicamente, o processo de revisão do rol para tornar mais ágil a incorporação de tecnologias, com toda a segurança necessária para os pacientes.”

ALEXANDRE FIORANELLI
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS

“Antes da Lei nº 9.656/1998, marco regulatório do setor de saúde suplementar, não havia rol, não havia padronização de coberturas. Cada operadora oferecia uma cobertura diferente e havia limitação de número de consultas, de exames e até de tempo de internação, além de exclusões de coberturas para doenças específicas”, afirma Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação de Produtos da ANS. Segundo ele, hoje o sistema brasileiro traz uma lista completa e que é constantemente renovada.

“O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem 3.368 itens, entre consultas, exames, terapias e cirurgias, que atendem a todas as doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse sentido, a Agência vem cumprindo seu papel e tem aprimorado, sistematicamente, o processo de revisão do rol para tornar mais ágil a incorporação de tecnologias, com toda a segurança necessária para os pacientes. Só em 2022, de janeiro a junho, já foram feitas 23 inclusões, desde exames diagnósticos a quimioterápicos orais para diferentes tipos de câncer. Também recentemente, no dia 23 de junho, a ANS ampliou as regras de cobertura assistencial para usuários de planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento”, explica.

COMO FUNCIONA A INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS AO ROL?

Segundo Fioranelli, hoje o sistema brasileiro é um dos mais ágeis do mundo na incorporação de novos medicamentos e tecnologias, além de contar com a participação direta da sociedade e ter respaldo científico por meio da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), processo de análise baseado em evidências científicas. Isso garante que a avaliação leve em consideração os benefícios que a incorporação de uma nova cobertura, bem como seu custo-efetividade.

“O processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem sido objeto de contínuo aprimoramento, buscando maior padronização, transparência, previsibilidade e ampla participação social. Para a incorporação de

novas tecnologias, a ANS leva em consideração estudos técnicos, com evidências científicas atualizadas quanto à segurança, eficácia, efetividade, acurácia e custo-efetividade das intervenções. Assim, os procedimentos incluídos no rol são aqueles nos quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura disponível e os conceitos de ATS”, explica.

Segundo Cássio Ide Alves, Superintendente Médico da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), a ATS é a melhor e mais segura forma para se incorporar qualquer tecnologia, tratamentos, exames, terapias e medicamentos em uma lista de cobertura assistencial.

“A ATS é altamente recomendada pela OMS e realizada nos países mais ricos e desenvolvidos do mundo, como Inglaterra, Escócia, Austrália, Alemanha, Canadá, EUA, entre outros que dispõem de agências reguladoras. Até 2021, a atualização do Rol de procedimentos da ANS era feita a cada dois anos, o que certamente já não era compatível com o desenvolvimento da ciência, das necessidades prescritivas de nós médicos e dos anseios legítimos dos pacientes beneficiários dos planos de saúde. A partir de demandas sociais, das sociedades médicas, entre outras, a ANS e o Legislativo tomaram iniciativas importantes para adaptar o sistema de saúde suplementar às novas realidades e necessidades, criando um arcabouço regulatório e legal, por meio das RN 470 (de 9/7/21), RN 474 (25/11/21 Cosaúde) e da Lei 14307 de 3 de março de 2022, que alteraram o rito processual para incorporação no rol de procedimentos, tornando contínua a submissão, avaliação e incorporação de tecnologias, termo genérico para tratamentos, terapias, medicamentos. Além de o processo ser contínuo na sua íntegra, prevê ampla participação social nas diversas etapas, seja na Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (Cosaúde), que assessora a ANS em todas as fases da incorporação, seja com a realização de consultas e audiências públicas”, afirma.

ATUALIZAÇÃO DO ROL DA ANS

Como era	Como ficou
Propostas eram recebidas em períodos determinados, seguindo o cronograma do ciclo de atualização	Cada proposta é recebida e analisada individualmente, de forma contínua
Todas as propostas seguiam juntas	Cada proposta seguirá seu próprio processo, de acordo com a data de submissão e aspectos como elegibilidade e complexidade
O rol era revisado a cada dois anos	Se não houver nenhuma incorporação extraordinária, a revisão acontece a cada seis meses, em janeiro e julho

Hoje, segundo Fioranelli, da ANS, qualquer pessoa pode pedir diretamente a incorporação de uma nova cobertura ao rol e o processo de incorporação acontece, na maioria dos casos, entre 60 e 180 dias, graças à resolução normativa, em vigor desde o ano passado, que estabelece um processo mais ágil para incorporação ao rol.

“A RN 470 tornou a operacionalização deste processo mais transparente para a sociedade. Qualquer pessoa interessada em enviar contribuições para a revisão do rol pode participar. As propostas de atualização são enviadas diretamente à ANS a qualquer tempo, por meio de um formulário eletrônico disponível no portal da Agência. Essas propostas são encaminhadas para análises continuadas e passam por discussão na Cosaúde e por participação social ampla, por meio de consulta pública. Quando as propostas de incorporação têm recomendação preliminar de não incorporação, elas são objeto, ainda, de audiência pública. A partir desse novo processo, a Agência passou a receber e a analisar as propostas de alteração no rol de forma contínua e as inclusões de tecnologias podem acontecer em até 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias), para as tecnologias em geral, e de 120 dias (prorrogáveis por mais 60 dias) para os antineoplásicos orais.

Já as tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), cuja decisão de incorporação ao Sistema Único de Saúde tenha sido publicada em portaria específica, passaram a ser avaliadas pela ANS para incorporação no prazo de 60 dias. Esses prazos são bastante inferiores aos anteriormente aplicados, quando o rol passava por atualização a cada dois anos”, explica Fioranelli.

Cássio Ide Alves, da Abramge, lembra que o sistema brasileiro, se tornou tão ágil e seguro quanto o de países desenvolvidos. “Os beneficiários de planos de saúde no Brasil contam agora com a segurança de ter a incorporação de tecnologias que trazem benefícios clínicos comprovados por robusta evidência científica, seguros, eficientes, eficazes e custo-efetivos em prazos iguais ou menores que nos países mais ricos e desenvolvidos do mundo, onde o prazo médio de incorporação de novas tecnologias, quando seguras e custo-efetivas, é de seis meses”, afirma.

STJ DECIDIU: INTERPRETAÇÃO DO ROL É TAXATIVA

Em 8 de junho, o STJ (Superior Tribunal de Justiça) definiu que o Rol de Procedimentos e



“Os beneficiários de planos de saúde no Brasil contam agora com a segurança de ter a incorporação de tecnologias que trazem benefícios clínicos comprovados por robusta evidência científica, seguros, eficientes, eficazes e custo-efetivos em prazos iguais ou menores que nos países mais ricos e desenvolvidos do mundo, onde o prazo médio de incorporação de novas tecnologias, quando seguras e custo-efetivas, é de seis meses”

CÁSSIO IDE ALVES
Superintendente Médico
da Abramge



“A aprovação da Lei 14.307/2022 foi um avanço. Um importante avanço. Passamos de potenciais 1336 dias de espera por uma resposta regulatória para 180 dias, prorrogáveis por mais 90. Mas precisamos criar um fluxo ainda mais célere para análises de casos extraordinários envolvendo tecnologias com boas evidências e alto impacto na saúde do paciente. O objetivo a ser perseguido é garantir o acesso à tecnologia certa, ao paciente certo, na hora certa, na quantidade certa”

TIAGO FARINA
Consultor e conselheiro
jurídico da Oncoguia

Eventos em Saúde da ANS deve ser interpretado de forma taxativa, isto é, os procedimentos e coberturas devem primeiro passar pelo processo de incorporação para depois serem cobertos pelo plano de saúde. Até então, caso alguma tecnologia não estivesse no rol, era possível recorrer ao judiciário para tentar o direito à cobertura, causando enorme insegurança jurídica. Segundo Alexandre Fioranelli, da ANS, a decisão chega para fortalecer o papel da ANS.

“O caráter taxativo do rol confere a prerrogativa da ANS de estabelecer as coberturas obrigatórias a serem ofertadas pelos planos de saúde, sem que os consumidores precisem arcar com custos de coberturas adicionais. Sem essa definição, significa, no limite, atribuir a cada um dos juízes do Brasil a prerrogativa de determinar a inclusão de cobertura não prevista em contrato ou no rol de coberturas obrigatórias, o que traria o aumento da judicialização no setor de saúde e enorme insegurança ao setor de saúde suplementar, na medida em que seria impossível mensurar adequadamente quais os riscos estariam efetivamente cobertos; o que impacta na definição do preço dos produtos. Além disso, é importante destacar que a decisão do STJ, embora tenha estabelecido o caráter taxativo do rol, deixou margem para que os juízes decidam em casos específicos. Não há, então, motivo para que os usuários de planos de saúde temam a perda de direitos ou a falta de assistência”, afirma.

Cássio Alves também enumera alguns motivos pelos quais acredita que a interpretação do rol deva ser taxativa. “O rol deve ser taxativo para trazer racionalidade, sustentabilidade e segurança para o sistema de saúde sem prejuízo aos beneficiários, visto que o processo de incorporação se faz de forma contínua. Acredito que esta decisão ratificou o entendimento prévio da ANS, seu poder regulador do setor e deve minimizar em muito a judicialização, pois traz segurança jurídica e prevê exceções ao rol taxativo que visam garantir cobertura na possibilidade de ocorrer alguma lacuna assistencial/temporal com o novo rito de atualização”, explica.

Já Tiago Farina, consultor e conselheiro jurídico da Oncoguia, ONG e portal informativo voltado para a qualidade de vida do paciente com câncer, acredita que a visão sobre o rol sempre foi taxativa, mas que agora, com a definição do STJ, diminuiu a janela de oportunidade de vitória para quem busca o judiciário, o que poderá levar a um aumento de procura pelo SUS.

“Entendo que o rol sempre foi taxativo (sem exceções) no âmbito regulatório e sempre foi taxativo (com exceções) no âmbito judicial. Mesmo que se diga que o judiciário considerava o rol exemplificativo, esse artifício narrativo servia muito mais para facilitar a compreensão de algo complexo do que por coerência semântica. Digo isso porque se fosse, de fato, exemplificativo, o certo seria o judiciário por fim ao rol, eliminando, em especial, todo o custo e esforço envolvido na sua construção. Seria mais lógico e racional dizer que não existe rol e que a cobertura deve ser com base na caneta do médico. O Judiciário nunca fez isso de forma *erga omnes* (ampla), apenas de forma individual. Logo, trabalhou com exceções individualizadas na caneta do médico. O que mudou com a decisão do STJ é que as exceções foram algoritmizadas, ou seja, ficaram mais previsíveis e restritas. Acredito que o beneficiário que tiver alguma indicação médica que não está no rol continuará recorrendo ao judiciário, mas a probabilidade de vitória se limitará às exceções definidas pelo STJ. Embora a decisão do STJ não seja vinculante, ela deve nortear o magistrado. Além disso, na hipótese de recurso, o STJ tende a seguir o paradigma firmado. O risco de perder a ação nos casos em que o paciente não se enquadrar nas exceções, sobretudo considerando a possibilidade de sucumbência e condenação na devolução dos valores eventualmente cobertos pelas operadoras, pode fazer com que as demandas sejam direcionadas ao SUS, o que só agravará o problema”, afirma.

O próprio Poder Público em suas diferentes esferas também sofre com a judicialização da saúde. Talvez tenha que por em prática a íntegra do artigo 196 da Constituição Federal de 1988,

onde prevê igualdade no acesso à saúde aos cidadãos brasileiros, mediante políticas sociais e econômicas. Por óbvio, não é possível dar tudo a todos. É assim que funciona em todos os países de referência na atenção à saúde e o Brasil deveria seguir o mesmo caminho.

Segundo Farina, é necessário continuar evoluindo o processo de atualização para tornar a lista de coberturas ainda mais rápida e efetiva. “A aprovação da Lei 14.307/2022 foi um avanço. Um importante avanço. Passamos de potenciais 1336 dias de espera por uma resposta regulatória para 180 dias, prorrogáveis por mais 90. Mas precisamos criar um fluxo ainda mais célere para análises de casos extraordinários envolvendo tecnologias com boas evidências e alto impacto na saúde do paciente. O objetivo a ser perseguido é garantir o acesso à tecnologia certa, ao paciente certo, na hora certa, na quantidade certa”, resume.

Tiago destaca que já existem modelos de processos em outras áreas no Brasil que poderiam trazer mais velocidade para o rol da ANS. “A ANVISA, em matéria de registro de medicamentos, possui o conhecido “*fast track*” (RDC 204/2017), uma lista de casos que devem ser priorizados. O inc. I do art. 4º dessa RDC prevê, por exemplo, que serão priorizados pedidos envolvendo “nova indicação terapêutica ou ampliação de uso destinados a doenças negligenciadas, raras, emergentes, reemergentes, emergências em saúde pública ou condições sérias debilitantes, nas situações em que não houver alternativa terapêutica disponível ou quando apresentar uma melhora significativa de segurança ou eficácia”. Com algumas adaptações, este poderia ser um critério para justificar a realização de ATS mais célere tanto no SUS como na Saúde Suplementar”, explica.

VISÃO TAXATIVA DO ROL FAVORECE O CUSTO-EFETIVIDADE

Segundo Fioranelli, da ANS, a interpretação taxativa do rol traz segurança jurídica para os pacientes e ajuda a tornar os preços dos planos de saúde mais previsível.



UNSPLASH

“O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma das principais conquistas consagradas no setor de saúde suplementar. Garante segurança ao paciente e previsibilidade ao setor. Permite que as operadoras calculem o risco e precifiquem seus produtos. Sem o conhecimento prévio do que deve ser coberto, as operadoras tenderiam a elevar os valores cobrados aos seus beneficiários, como forma de manter a sustentabilidade de suas carteiras, já que seria impossível mensurar adequadamente os custos das despesas assistenciais. Outro ponto importante é que o rol taxativo permite a fiscalização do seu cumprimento por parte da ANS, permitindo sua ação efetiva na defesa dos direitos dos consumidores”, explica.

A leitura taxativa do rol, defende Cássio Alves, da Abramge, ajuda inclusive a trazer mais pessoas para os planos de saúde, o que significa economia para o SUS.

“O rol taxativo permite cálculo atuarial mais preciso, necessário para composição de preços mais justa, possibilitando a acesso de mais beneficiários ao sistema de saúde suplementar, mantendo os atuais beneficiários e desafogando o SUS”, afirma.

Judicialização: no entendimento dos especialistas a decisão do STJ deve trazer maior segurança jurídica para a saúde suplementar

O FUTURO JÁ CHEGOU: E SUA EMPRESA ESTÁ NELE

Como as novas ações promovidas pela transformação digital já podem ser consideradas realidade entre as empresas de planos odontológicos com base em algo muito íntimo para todos nós: o relacionamento

Por Viviane Pettersen

Anos atrás, quando pensávamos sobre o futuro, parecia algo muito distante, quase inimaginável. O mais certo era termos um planejamento, uma ideia, algo que nos oferecesse uma linearidade entre tempos e momentos para, assim que esse futuro chegasse, estivéssemos preparados para qualquer tipo de cenário.



Porém, o futuro já chegou. Esqueça (ou deixe um pouco de lado) o plano perfeito, a ação previamente controlada. A nova geração já nasce conectada e questionadora. Modelos antigos de aprendizados nos ensinam o que é certo, mas a verdadeira rotina, a prática, o “se jogar aos leões” nos ensina o que dá certo. Quando pensamos em gestão e liderança, a ambiguidade se faz presente: deixar o tradicional plano de negócios que foi um sucesso até aqui ou partir para o desconhecido sem saber exatamente no que vai dar? A resposta é simples: equilibrar acelerador e freio é o principal método a ser considerado neste futuro que já chegou.

NECESSÁRIO OUVIR

Erra quem pensa que esse equilíbrio se dá somente com investimentos em tecnologia e equipamentos de última geração. O relacionamento como base fundamental é o principal movimento interno para um futuro de sucesso. Empresas chamadas “unicórnios” (termo utilizado para definir startups com valor de mercado acima de US\$ 1 bilhão), já oferecem carteiras de serviços para que o cliente encontre tudo que ele precisa em um só lugar, e é este tipo de transformação que o mercado está em busca: fazer um produto que toque o coração das pessoas – e para isso, não existe outro movimento se não ouvir os clientes. Thiago Trevizan, Superintendente de TI da SulAmérica, seguradora que atua nos segmentos odontológico e médico-hospitalar, acredita que a verdadeira transformação digital é sobre pessoas, pois o relacionamento sempre será a chave. “Tecnologia muda todos os dias e muda também a entrega de valor. As pessoas nunca esquecem do que as fizemos sentir”, ressalta Trevizan.

O que alguns especialistas de mercado digital dizem é que estamos passando por “uma revolução biológica junto com uma revolução tecnológica” – e enxergar o seu negócio com os olhos de antes não será mais possível. Segundo Luis Rasquilha, CEO da Inova Consulting, regas de gestão aplicadas até 2019, por exemplo,

foram todas quebradas com a pandemia. O foco agora é ficar atento ao que está acontecendo fora da bolha, pois as economias estão encontrando novas formas de se alavancarem no mundo de diferentes formas. “Tudo está à distância de um clique”, diz o consultor. “O primeiro passo para a mudança é sermos completamente apaixonados pelo contexto que estamos vivendo”, conclui Rasquilha.

PROPÓSITO É O QUE MOVE O ESG

Trazer a paixão para essa discussão pode ser um pouco subjetivo demais, já que estamos falando de futuro e negócios. Mas a verdade é que, assim como os jovens que nascem conectados, também temos um público que está cada vez mais engajado com causas que os fazem refletir: se a empresa não estiver comunicando seu propósito corretamente, não há qualquer tipo de negócio com ela.

Priscila Claro, Líder de Núcleo e Sustentabilidade e professora do Insper, destaca a importância de as operadoras de planos odontológicos investirem em ações de ESG (ações de governança, sociais e ambientais) reais e factíveis para esse novo relacionamento. “Estamos lidando com um público mais engajado na cadeia de valor e que não permite mais se aliar com marcas que pensem diferente dos propósitos deles”, explica.

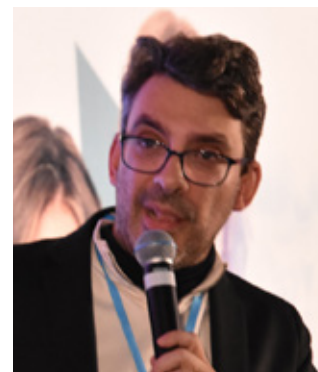
E essa paixão pela mudança, em trazer uma nova visão para a realidade de hoje, é o que gera o movimento necessário para o que se espera de futuro. Renato Costa, Diretor de TI, Inovação, Marketing e Sustentabilidade da Odontoprev, operadora de planos odontológicos, ressalta a importância de as empresas desse segmento participarem da transformação impulsionada pelo ESG. “Já que a responsabilidade, sobretudo ao âmbito social em oferecer um serviço de excelência, faz com que a sociedade se sinta abraçada pelo segmento”, pontua.

Costa ressalta, ainda, que a Odontoprev reforça os principais pilares ESG com diversas ações voltadas, por exemplo, a participação



“Estamos lidando com um público mais engajado na cadeia de valor e que não permite mais se aliar com marcas que pensem diferente dos propósitos deles”

PRISCILA CLARO
Professora do Insper



“O primeiro passo para a mudança é sermos completamente apaixonados pelo contexto que estamos vivendo”

LUIS RASQUILHA
CEO da Inova Consulting



“A responsabilidade, sobretudo ao âmbito social em oferecer um serviço de excelência, faz com que a sociedade se sinta abraçada pelo segmento”

RENATO COSTA

Diretor de TI, Inovação, Marketing e Sustentabilidade da Odontoprev

da empresa no desenvolvimento de projetos sociais, por meio de doação de planos odontológicos e da presença em campanhas de saúde bucal. No pilar ambiental, a companhia realiza campanhas de conscientização sobre o uso racional de água e energia, e sobre a destinação correta de resíduos, além de monitorar sua emissão de carbono. Nesse quesito, aliás, a empresa conseguiu reduzir o impacto gerado pela utilização de materiais físicos unindo a tecnologia com sustentabilidade – pedidos de exames e emissão de carteirinhas, por exemplo, são todos digitais. Os colaboradores também foram prioridade nas ações da empresa, com a criação do “Vida Leve”, programa que visa o acompanhamento de perto da saúde mental dos funcionários e seus familiares.

MUDANÇA DE DENTRO...

Não há como pensar em inovação sem pensar em mudança interna nas empresas. Nessa linha, os modelos de remuneração são discutidos amplamente pelo segmento odontológico, pois com a transformação acontecendo lá fora, existe a necessidade de reavaliar e reorganizar uma cultura diferente dentro. Para o Dr. Ro-

bert Janett, médico e professor da Harvard Medical School, as despesas elevadas das operadoras de saúde, no Brasil, acontecem por falta de tratamento prévio e básico. Ele ressalta a importância de sempre se pensar nas necessidades do paciente em primeiro lugar, já que hoje existem sistemas de informação e indicadores para controle, tornando possível se evitar a piora dos quadros clínicos e, conseqüentemente, custos altos para a empresa.

Segundo Janett, alguns fatores podem contribuir para um modelo de remuneração mais eficiente: “Uma boa liderança do segmento, unida a um sistema de qualidade para monitorar casos graves, além, é claro, da motivação do profissional e paciente. Tudo isso muda a cultura de remuneração”, esclarece. Para ele, modelos fragmentados de saúde não bastam: “Está mais do que na hora do Brasil ter um programa de desenvolvimento assistencial que ofereça saúde integrada de qualidade como um todo”, conclui. Segundo a Sinog (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), o Brasil possui uma projeção de 30,3 milhões de beneficiários de planos odontológicos até o final de 2022.

...PARA FORA

No ambiente corporativo, principalmente, com a tecnologia em profundo desenvolvimento e tudo acontecendo de forma rápida, fórmulas prontas de gestão e governança passadas por gerações, talvez, não sejam mais tão eficientes assim.

O que antes o desafio era a busca por preços bons e competitivos, hoje o desafio é a entrega de valor. A solução para agradecer pelos ótimos resultados do passado e dar as boas-vindas ao novo é reorganizar o negócio. E, para isso, o relacionamento volta a ser protagonista, já que é ouvindo colaboradores e clientes que um novo plano pode ser traçado. E tudo isso pode ser feito em mais alguns passos: aceitar que esse futuro já chegou e pensar com a mente expandida, afinal, é ouvindo e direcionando que a gente vai chegando lá.

SIMPLIO 2022 REUNIU PRINCIPAIS EMPRESAS DO SEGMENTO DE PLANOS ODONTOLÓGICO DO PAÍS

Nos dias 30 de Junho e 1º de Julho, aconteceu o Simplo 2022 (Simpósio dos Planos Odontológicos) na Fecomércio, em São Paulo. Após uma parada de dois anos devido à pandemia, o evento voltou a ser presencial com a participação dos principais players do mercado de planos odontológicos. Com o tema “Passado, Presente e Futuro: Desafios e Perspectivas dos

Planos Odontológicos para a próxima década”, o encontro teve também a participação de nomes importantes do mercado corporativo, como o especialista em inovação Kim Silvestre; o professor do Insper em inovação mercadológica Romeo Busarello; o jornalista e escritor Merval Pereira; e outros profissionais renomados que trouxeram um panorama sobre o futuro desse mercado.



DISSEMINAÇÃO DA SAÚDE BUCAL É DESAFIO NO BRASIL

Apesar de registrar uma das melhores relações percentuais entre profissional/população atendida do mundo (cerca de 570 habitantes para cada cirurgião-dentista), o brasileiro ainda carece de cuidados com sua saúde bucal. De acordo com a pesquisa “Percepções Latino-americanas sobre Perda de Dentes e Autoconfiança”, realizado pela consultoria internacional Edelman Insights, a perda de dentes é o segundo fator que mais prejudica a vida de pessoas com idade entre 45 e 70 anos na região. A pesquisa ouviu 600 pessoas na América Latina, 151 deles brasileiros, e reforça que a perda de dentes impede os entrevistados de terem um padrão de vida mais saudável e ativo. Essas estimativas também indicam que 41,5% da população chega aos 60 anos de idade com a arcada totalmente comprometida.

“Esta é uma de nossas principais batalhas: permitir que o brasileiro tenha acesso a uma saúde dental de qualidade. Trata-se de algo simples, mas extremamente complexo em um país continental como o nosso, e com as desigualdades sociais que possuímos. Se pensarmos que o ticket médio mensal de um plano odontológico é inferior a R\$ 20, percebemos o tamanho do problema. Para ampliar ainda mais o acesso da população, no nosso entendimento, precisamos aperfeiçoar a regulação atual. Um exemplo: somos proibidos, pela atual regulação, de dar desconto nos planos individuais, para clientes, por tempo de permanência no plano. Por que não beneficiar os usuários?”, questiona Roberto Cury, presidente da Sinog.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ibope indicam que 16 milhões de brasileiros vivem sem nenhum dente.



“Está mais do que na hora do Brasil ter um programa de desenvolvimento assistencial que ofereça saúde integrada de qualidade como um todo”

ROBERT JANETT
Médico e professor da
Harvard Medical School

REAJUSTES EM DECLÍNIO NOS PLANOS COLETIVOS

Responsável pela assistência a mais de 80% dos quase 50 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, esse grupo tem regras próprias de reajuste, cujo índice vem caindo nos últimos anos

Os planos de saúde coletivos são uma categoria à parte na saúde suplementar no Brasil, custeando a assistência médico-hospitalar de mais de 8 entre cada 10 brasileiros com cobertura do sistema privado. Ao mesmo tempo, esse universo de mais de 40 milhões de pessoas, trabalhadores vinculados a empresas e associações de classe, possui regras próprias de reajustes, que, ao contrário do que ocorre nos planos individuais ou familiares, não são determinados anualmente pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Isto é, o aumento do valor das contraprestações não é regulado.

Apesar disso, como mostraremos nos tópicos a seguir, o valor dos reajustes caiu substancialmente nos últimos cinco anos. Entenda:

1. DIFERENÇAS ENTRE PLANOS EMPRESARIAIS E POR ADESÃO

Nos planos coletivos empresariais, a cobertura assistencial é fornecida a indivíduos que possuem relação empregatícia ou estatutária com a empresa contratante. Nos planos coletivos por adesão, o vínculo entre beneficiários e contratante pode ser de caráter profissional, classista ou setorial.

2. PLANOS COLETIVOS COM 30 VIDAS OU MAIS REPRESENTAM A GRANDE MAIORIA DOS BENEFICIÁRIOS

Em 2021, os contratos de planos coletivos com 30 vidas ou mais representavam 39,1% do total de contratos de planos coletivos, mas eram responsáveis por 86,4% do total de beneficiários de planos coletivos.

3. POR QUE OS REAJUSTES SÃO DIFERENTES NOS PLANOS COLETIVOS?





O índice de reajuste é negociado livremente entre contratante e operadora porque como um contrato de plano coletivo pode conter centenas e até milhares de beneficiários, os contratantes possuem poder de barganha para negociar um aumento mais favorável com a operadora.

4. OS PLANOS COLETIVOS COM MENOS DE 30 VIDAS TÊM REGRA ESPECÍFICA

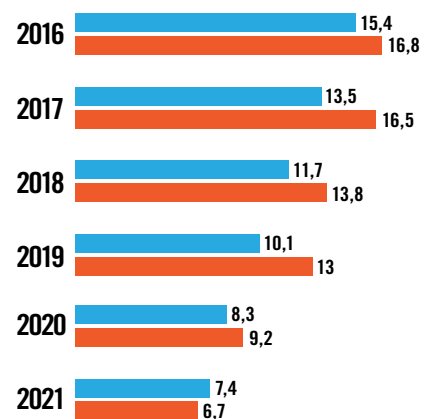
Nesses casos, a operadora deve agrupar todos os contratos e calcular um percentual de aumento único para todos.

5. O REAJUSTE MÉDIO APRESENTA QUEDA NOS DOIS TIPOS DE PLANOS COLETIVOS DESDE 2016

O reajuste médio dos contratos ligados a planos coletivos por adesão caiu mais de 10 pontos percentuais entre 2016 e 2021, atingindo 6,7% em novembro do ano passado. No caso dos contratos de planos coletivos empresariais, também houve queda expressiva nesse período, de oito pontos percentuais, conforme apresentado no gráfico a seguir.

MÉDIA DE REAJUSTE

Média ponderada de reajustes de planos coletivos (em %)



LEGENDA: ■ EMPRESARIAL ■ POR ADESÃO

6. A QUEDA SE DEU EM UM CENÁRIO COMPLEXO...

Os reajustes aplicados em 2021 foram, em média, os menores dos últimos seis anos, mesmo em um contexto de elevado crescimento das despesas assistenciais em decorrência da alta taxa de ocupação de leitos devido à pandemia de Covid-19 e à retomada de procedimentos eletivos adiados.

7. ...E GEROU UM AUMENTO DA DEMANDA

É evidente o esforço das operadoras em reduzir reajustes e manter a cobertura assistencial a seus beneficiários, o que se traduz no forte crescimento apresentado pelos planos coletivos nos últimos anos. Apenas entre 2020 e 2021, o crescimento do número de beneficiários nesse tipo de plano foi de 4,4%, acima da taxa de crescimento do mercado de planos médicos no período (3,3%).

Fonte: elaboração da Abramge com dados da ANS.

PASSANDO A LIMPO O FUTURO DO SETOR

Está chegando o Congresso Abramge, que vai reunir os principais nomes da saúde suplementar para discutir os melhores caminhos para sua sustentabilidade e crescimento

Assim como muitas pessoas fazem um *checkup* anual para verificar se sua saúde anda bem, é importante fazer, também, realizar um debate amplo e profundo sobre os principais avanços e desafios dos planos de saúde. É isso que a Abramge busca ao realizar, todos os anos, um congresso reunindo os principais *players* da saúde suplementar, abordando os temas mais relevantes para a sustentabilidade e o crescimento desse segmento que promove a saúde de quase 50 milhões de brasileiros.

Em 2022, o 26º Congresso Abramge será realizado, de maneira presencial e virtual, nos dias 15 e 16 de setembro, na capital paulista. Nesta edição, o principal tema será “Ecossistemas, acesso e sustentabilidade na Saúde Suplementar”. O presidente da Abramge, **Renato Casarotti**,

receberá convidados especiais, entre eles o presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), **Paulo Rebello**, o presidente da FenaSaúde, **Manoel Peres**, o presidente da Unidas, **Anderson Mendes**, o presidente da Unimed do Brasil, **Omar Abujamra Filho**, o CEO do Health Inova HUB, **Fernando Cembranelli**, e a CEO da BP, **Denise Soares dos Santos**.

Como desdobramentos do tema principal, o evento trará discussões mais aprofundadas em assuntos específicos: “Como ampliar o acesso dos brasileiros à Saúde Suplementar”, “Modelos Disruptivos para a Saúde”, “Do acesso ao desfecho – a jornada do paciente”, “Ecossistemas da Saúde – Cases de Sucesso” e “Como pensar ESG em Saúde”. Entre os palestrantes já confirmados estarão **Marcella Ungaretti**, Head de Research ESG e sócia da XP Inc.,

João Alceu Amoroso Lima, vice-presidente da Interodonto, **Carlos Ferreira**, diretor e membro do *board* da Athena Saúde e **Juliana Caligiuri**, vice-presidente da Sul América Saúde & Odonto.

Os interessados em participar do evento para debater, aprender e reforçar seu network, podem fazer suas inscrições em abramge.com.br/congresso. Corra que as vagas são limitadas!

MARQUE NA AGENDA

26º Congresso Abramge
15 e 16 de setembro de 2022
Hotel Rosewood São Paulo
Inscrições pelo site:
abramge.com.br/congresso

Missão Colômbia em Atenção Primária

Tendências,
experiências e
conhecimento em
um evento único

INFORMAÇÕES
abramge-uca.com.br



UNIVERSIDADE
CORPORATIVA
ABRAMGE

MEU PLANO DE SAÚDE VIAJA COMIGO

Sistema Abramge proporciona atendimento de emergência para beneficiários de planos de saúde associados

Ninguém sabe quando – nem onde – podemos ter um mal súbito e precisar de um atendimento de emergência. Nesses momentos, nada como ter a possibilidade de ser atendido em um pronto atendimento de qualidade localizado o mais próximo possível.

Foi o que aconteceu em uma noite de novembro de 2021 com a pedagoga e empresária Marcia Van Schaik. Moradora de Holambra, no interior do estado de São Paulo, ela estava na capital paulista para visitar seus filhos. Como sempre fazem, amantes da boa comida que são, eles estavam reunidos para o jantar em um conhecido restaurante de frutos do mar da cidade. Tudo ia bem, entre risadas, delícias marinhas e um gole ou outro. Até que Marcia “apagou”, como ela mesma diz.

“De repente, tudo escureceu e quando acordei me contaram que eu havia



O Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito está disponível para beneficiários de planos de saúde associados quando estão fora da área de cobertura contratada

desmaiado e sido atendida por uma médica presente no restaurante. Não sei o que causou o desmaio, talvez tenha sido a comida ou a batida de coco que eu tomei. Só sei que decidimos correr para o pronto-socorro mais próximo”, conta a empresária.

O hospital mais perto ficava a algumas quadras do restaurante, no bairro de Moema. Marcia foi atendida prontamente, medicada e, algumas horas depois, já estava a caminho de sua casa. E o melhor: sem uma conta salgada para pagar para o hospital.

Isso só ocorreu porque o plano de Marcia, 2Care, é associado à Abramge. E, por isso, pode oferecer aos seus beneficiários as vantagens do Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito (*ver detalhes no quadro*), que oferece serviços de urgência e emergência quando os mesmos estiverem em trânsito em locais fora de sua área de cobertura assistencial.

“Eu nem sabia da existência desse benefício”, diz Marcia. “Mas minha filha já o havia usado em uma viagem e acionou o meu plano enquanto eu era atendida. Por sorte, o hospital em que eu estava fazia parte da extensão de rede cadastrada à Abramge. Os planos poderiam divulgar melhor esse serviço, pois é um conforto e uma tranquilidade saber que podemos ser atendidos em emergências quando estamos fora da nossa cidade”.

Marcia e seu marido adoram viajar. Quando vão ao exterior, sempre contratam um seguro-viagem. Agora, seja nas visitas aos filhos, ou nas andanças pelo Brasil, vão tranquilos por saberem que estão protegidos.

“Eu nem sabia da existência desse benefício. Mas minha filha já o havia usado em uma viagem e acionou o meu plano enquanto eu era atendida. Por sorte, o hospital em que eu estava fazia parte da extensão de rede cadastrada à Abramge.”

MARCIA VAN SCHAIK, pedagoga e empresária



COMO E QUANDO USAR O SISTEMA ABRAMGE

O Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito consiste em um acordo estabelecido entre as operadoras de plano de saúde associadas à entidade. Por meio dele, beneficiários têm acesso a atendimento de urgência e emergência e eventuais serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) necessários, devidamente fundamentados pelo médico assistente, além de internações clínicas ou cirúrgicas, quando houver indicações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis.

Para receber atendimento, o usuário deverá apresentar os seguintes documentos:

- *Cartão de identificação do plano de saúde (documento físico ou digital)*
- *Documento de identidade*

Quando o beneficiário for menor de idade, devem ser apresentados certidão de nascimento e o CPF da criança ou jovem e o RG/CPF da pessoa responsável.

Além de oferecer um site com sistema de geolocalização e informações sobre saúde em trânsito, o Sistema Abramge possui uma central de atendimento 24 horas, acessível pelo telefone 0800.722.7511.

A governança do reencontro

POR LUCAS MIGLIOLI*

Charles Plummer morreu em 1927, com 76 anos, e possivelmente não imaginou que 95 anos depois o mundo corporativo se dedicaria a debater a governança como elemento fundamental da administração.

A Plummer, ganhador do Fellowship of British Academy, prêmio concedido a acadêmicos que se destacam nas ciências humanas e sociais, é reputado o fato de ser o primeiro teórico a falar sobre governança em uma dimensão mais próxima do que se conhece hoje.

O termo com significado contemporâneo foi publicado em *The Governance of England*, tradução de 1885 de um manuscrito latino do século XV, de autoria de John Fortescue. Plummer, historiador, foi o editor da publicação.

A história ajuda a entender a dificuldade de se definir um significado único para governança e, conseqüentemente, de se aplicarem modelos operacionais de gestão que traduzam, com assertividade, a excelência da atividade.

Na origem, o livro de Sir Fortescue também é chamado de A diferença entre uma monarquia absoluta e uma monarquia limitada, o que oferece pistas sobre uma das ideias mais frequentes nesse assunto: os diferentes níveis de autonomia, tomada de decisão e responsabilidades. Enfim, governar.

O caráter ecumênico da palavra e sua escancarada transversalidade se encarregaram, nos últimos cem anos, de transpor as barreiras das monarquias para invadir os Estados democráticos e aportar nas empresas o que se convencionou chamar de governança corporativa.

Há pouca diferença entre os conceitos cunhados na origem, quando a atenção estava em estabelecer os limites da monarquia, e os atuais, que versam sobre os limites dos modelos de gestão das corporações. A repetição dos

O caráter social das corporações dedicadas aos cuidados da saúde é um dos elementos dificultadores para o estabelecimento de padrões de governança. A confusão decorrente de conceitos viciados sobre o papel do Estado no segmento assistencial impõe aos líderes empresariais uma visão eclética pautada em um modelo operacional híbrido

conceitos é proposital para instigar a reflexão sobre as dificuldades impostas a quem decide governar, Estados ou empresas, sob a égide das regras de eficiência, coerência e ética.

O método de John Fortescue, ao se fundamentar no estudo comparado, ajuda os contemporâneos a estabelecerem a pertinência e a relevância da governança corporativa, responsável pelo conjunto de regramentos que contribuem com os objetivos das empresas, com o lucro dos acionistas e com o bem-estar dos colaboradores.

O caráter social das corporações dedicadas aos cuidados da saúde é um dos elementos dificultadores para o estabelecimento de padrões de governança. A confusão decorrente de conceitos viciados sobre o papel do Estado no segmento assistencial impõe aos líderes empresariais uma visão eclética pautada em um modelo operacional híbrido, ora como provedor de serviços essenciais, de vocação estatal, ora como gerador de riquezas, de vocação privada.

Reside nesse aspecto a dificuldade em implantar modelos de governança nas empresas dedicadas aos serviços de saúde. E é esse o ponto de partida para uma proposta de mudança nos modelos operacionais

corporativos. A adoção da governança do reencontro é imperativa pelas empresas do segmento da saúde porque incorpora, na sua essência e razão de existir, o fato de que a severa transformação imposta pela precariedade das relações provocada pela Covid 19 pode incentivar modelos de gestão que restabeleçam a integração dos tecidos sociais, privilegiem o fluxo das informações objetivas, respeitem as diferenças individuais, contemplem as inovações tecnológicas e, sem falsos cognatos, resgatem os fundamentos elementares das relações entre as empresas e os usuários dos serviços.

Esse, posso garantir, é o caminho mais eficiente para a sustentabilidade do ecossistema de saúde. Que a jornada é longa, não há dúvida. Que paradigmas deverão ser rompidos, é certo. A mudança de cultura nunca é fácil nem rápida, mas o retorno é recompensador.

Na Saúde Suplementar, um dos passos mais importantes foi dado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), ao publicar a Resolução Normativa nº 443, em 2019, que dispõe sobre as práticas de governança corporativa, controles internos e gestão de riscos. Essa tríade é a base para o amadurecimento da gestão, garantindo solidez e sustentabilidade no longo prazo.

Mas não se engane. Não se trata apenas de políticas e processos internos, documentos e toda uma parafernália jurídica. É preciso ir muito além: as boas práticas devem estar inseridas no DNA da empresa. São orgânicas, têm vida, devem ser ajustadas, alimentadas, reforçadas, por meio de treinamento, a todo momento. Afinal, mais do que qualquer coisa, se trata de uma mudança de cultura.



LUCAS MIGLIOLI
É SÓCIO FUNDADOR DA M3BS ADVOGADOS



Por que sua saúde é o nosso maior cuidado

A **Saúde iD** é uma plataforma digital do Grupo Fleury que reúne médicos, hospitais, clínicas e laboratórios para oferecer consultas, exames e cirurgias com preços acessíveis.



Escaneie o QR Code e seja
um dos nossos parceiros.

saúde **iD**



Ecosistemas, acesso e sustentabilidade na Saúde Suplementar

O principal evento da Saúde Suplementar está de volta a São Paulo, no modelo híbrido: presencial no **Hotel Rosewood São Paulo** (antigo Hospital Matarazzo) e virtual para o mundo.

Acompanhe as nossas redes sociais para as novidades.



abramge.com.br/congresso

Realização



Parceiros



Apoio

