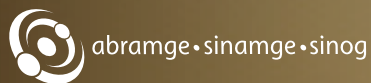


VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

ABR/MAI/JUN • 2024



abramge • sinamge • sinog

ANO 8 Nº 29
ISSN 2448-0630

ENTREVISTA

DANIELA MARRECO,
SECRETÁRIA-EXECUTIVA, FALA
SOBRE A ATUALIZAÇÃO
DO ARCABUÇO NORMATIVO
DA CMED

#JUNTOSPELORS

OPERADORAS DE SAÚDE SE
MOBILIZAM PARA OFERECER
ATENDIMENTO E AUXILIAR
A POPULAÇÃO LOCAL

ODONTO

INOVAÇÃO E TECNOLOGIA
ESTÃO NO CERNE DO CRESCIMENTO
DOS PLANOS ODONTOLÓGICOS



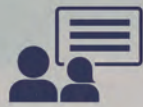
POR QUE DISCUTIR PREÇO?

Entenda o impacto do preço da
incorporação de novas tecnologias,
terapias e medicamentos na
acessibilidade a todo
o sistema de saúde



Início
24 de agosto

Carga horária
74 horas



Presencial e
On-line

Curso

Excelência em Gestão de Operadoras Odontológicas

Módulo Avançado - 2ª Turma

Realização



Para saber mais sobre o **Curso EGOO**
acesse: **www.sinog.com.br | 11. 3289-7299**

O PAPEL SOCIAL DO SETOR DE SAÚDE

É impossível não destacar a atuação das operadoras de planos de saúde atuantes no Rio Grande do Sul que, de forma heroica, conseguiram, não só manter o atendimento aos seus beneficiários, como abriram as portas para toda a população, além de atuar em frentes solidárias.

Amil, Doctor Clin, Hapvida, SulAmérica e Sulmed são algumas das companhias do setor que atuaram (e continuam atuando) incansavelmente para seguir com suas atividades, inclusive apoiando a sociedade. Afinal, como bem definiu Alexandre Salgado (1), da Sulmed, a tragédia no RS desafiou a resiliência do sistema de saúde.

É evidente que a saúde suplementar possui um papel social muito maior do que se possa imaginar. Por isso, tudo o que impacte a saúde como um todo tem de ser muito discutido.

A incorporação de novas tecnologias (2), desde que tenha a sua eficiência comprovada, traz benefícios à saúde, mas pode impactar no custo de todo um sistema constituído com base na coletividade entre as pessoas (mutualismo).

Muitas vezes, o aumento do plano não ocorre porque a operadora visa lucro, mas sim porque ela precisa buscar o equilíbrio para reajustar valores em decorrência da entrada de novos procedimentos. Precisamos lembrar disso a todo momento. A saúde suplementar é paga por cada beneficiário e é natural que o valor pago seja equivalente ao que se tem à disposição. Ninguém paga por uma bala e sai com uma caixa sortida de um mercado.

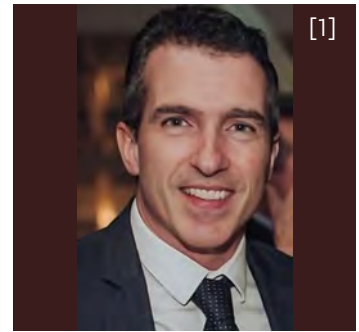
Por isso, procuramos explicar o impacto do preço e as distorções com relação ao que é aplicado à saúde pública e à saúde suplementar. Hoje, o dinamismo e a voracidade tecnológica fazem com que tenhamos novidades constantemente. Ao encontro das novas tecnologias e da precificação está o arcabouço legal da CMED, que data de mais de 20 anos e carece de atualização, que é, inclusive, um dos desafios de Daniela Marreco (3) à frente da CMED.

É fato que a saúde suplementar evita a sobrecarga do sistema público e o diálogo para ampliar a acessibilidade é um dos propósitos da gestão de Gustavo Ribeiro na Abramge (4).

De um lado há pleitos que envolvem outros órgãos e, de outro, há também necessidades de melhorias a serem desenvolvidas pelo setor. O primeiro curso de Acreditação de Operadoras (5), que será realizado pela UCA, tem como objetivo trabalhar a gestão das operadoras para melhorar a jornada dos consumidores.

Ampliar o acesso da população e a sustentabilidade do setor não é algo fácil, depende de muito diálogo, persistência e conscientização. É isso que estamos nos propondo nas próximas páginas e com todo o nosso trabalho.

Boa leitura!



[1]

DIVULGAÇÃO



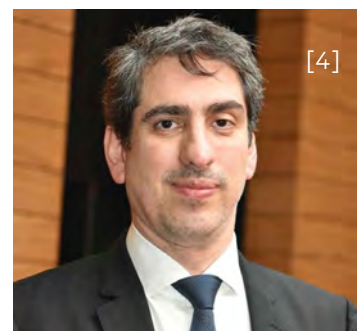
[2]

DIVULGAÇÃO



[3]

DIVULGAÇÃO



[4]

DIVULGAÇÃO



[5]

DIVULGAÇÃO

13



ISTOCK

CAPA
PREÇO X ACESSO

Saiba como são calculados os preços dos medicamentos, terapias e novas tecnologias e entenda o impacto na acessibilidade a todo o sistema de saúde e a importância da Conitec

SEÇÕES



GUSTAVO RIBEIRO,
presidente da
Abramge

DIVULGAÇÃO



VILMA OSHIRO,
coordenadora do curso
de Acreditação de
Operadoras de Planos
de Saúde da UCA

DIVULGAÇÃO

06 **PÁGINAS AZUIS**

Daniela Marreco Cerqueira, secretária-executiva da CMED, relata os desafios e a importância da atualização do arcabouço normativo e o equilíbrio da precificação das terapias gênicas para que sejam acessíveis à população, de forma que o sistema de saúde pública e a saúde suplementar consigam pagar por eles



DIVULGAÇÃO

- 11 Raio-x
- 24 Check-up
- 31 Notas
- 32 Por Dentro

19 #JUNTOSPELORS

Pronta-resposta dos players de saúde disponibiliza atendimento gratuito por meio da telemedicina com suporte emocional, orientação de primeiros cuidados e atendimento com profissionais especializados à população gaúcha



DIVULGAÇÃO

26 ODONTO

Em expansão, a Odontologia Suplementar precisa investir em inovação e tecnologia para manter um crescimento sustentável. Veja flashes do 19º SIMPLO, que a partir de 2025 se torna Congresso SINOG



DIVULGAÇÃO



abramge • sinamge • sinog

COMITÊ EXECUTIVO

Gustavo Ribeiro PRESIDENTE DA ABRAMGE
Roberto Seme Cury PRESIDENTE DA SINOG
Jorge Oliveira PRESIDENTE DO SINAMGE

EXPEDIENTE

Marcos Novais DIRETOR EXECUTIVO
Ana Bertani DIRETORA JURÍDICA
Cassio Ide Alves DIRETOR TÉCNICO-MÉDICO
Frederico Borges DIRETOR DE RELAÇÕES
INSTITUCIONAIS E GOVERNAMENTAIS
Carina Martins ASSESSORA DA SUPERINTENDÊNCIA
Gustavo Sierra DIRETOR DE COMUNICAÇÃO ABRAMGE

CONTEÚDO

Produção editorial e gráfica COBERTURA EDITORA
Carol Rodrigues REDAÇÃO E EDIÇÃO
Maisa Infante REDAÇÃO
Iara Spina 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



Como chegar ao preço justo do medicamento?

O compartilhamento de riscos é uma das estratégias que os países têm utilizado para fazer o pagamento de produtos de terapias gênicas

Com vasta experiência na área de registro de medicamentos, Daniela Marreco Cerqueira foi nomeada a secretária-executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), em 2023.

Atualmente, ela tem como um dos desafios a atualização do arcabouço normativo da CMED, que data de 2004. “Esse é um dos nossos grandes desafios. Outro grande desafio é conseguirmos, nesse cenário, em que as terapias medicamentosas estão cada vez mais caras e os produtos de terapia gênica custam na casa de milhões, equilibrarmos a precificação desses produtos para que sejam acessíveis à população, de forma que o sistema de saúde pública e a saúde suplementar consigam pagar por eles”.

Daniela ingressou na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2006, tendo passado por diferentes áreas. “A maior parte da minha experiência na Anvisa fiquei na parte de registro de produtos biológicos, inclusive fui gerente da área e construí boa parte do arcabouço regulatório para registro de produtos biológicos e biossimilares no Brasil”, conta Daniela, que também atuou junto à diretoria da Anvisa e na gerência geral de medicamentos.

À Revista *Visão Saúde* ela falou sobre o papel da CMED e seus desafios.

FOTOS: DIVULGAÇÃO

VISÃO SAÚDE – Como foi assumir essa Secretaria-Executiva?

DANIELA MARRECO CERQUEIRA

– Foi um grande desafio, pois ela trabalha de forma bastante diferente do restante da Anvisa. Por mais que eu tenha passado por diversas áreas da Agência, a Secretaria-Executiva, por atuar dentro de um órgão interministerial, um colegiado composto por cinco ministérios diferentes, tem um trabalho muito particular porque não trabalhamos para a Anvisa, mas sim para esse órgão colegiado. É outro esquema e outros processos de trabalho. Na CMED realizamos etapas de trabalho relacionadas não só a um procedimento de precificação de medicamento, que seria parecido com o processo de registro, mas também apuramos infrações ao mercado de medicamentos, que é um outro tipo de trabalho. Quando cheguei à Secretaria-Executiva percebi a importância que a CMED tem no acesso aos medicamentos. Quando estamos na Anvisa, na área de registro, temos o entendimento de que o registro é a última etapa para o medicamento ser disponibilizado para a população, mas ainda tem a etapa de preço, que é extremamente crítica quando pensamos como equilibrar o preço de um medicamento que seja justo para a indústria farmacêutica, que precisa ter lucro e fazer investimentos no País, e acessível para a população. Toda essa questão do acesso na Secretaria-Executiva e na CMED como um todo é muito proeminente.

Qual é o papel da CMED?

É permitir a existência de um mercado farmacêutico saudável no País. Quando digo saudável é que tenha regulação e monitoramento dos preços. Historicamente, quando observamos os preços de medicamentos no País antes da CMED, em 2003, e após, vemos que existia muita variação nos preços dos medicamentos. Hoje a variação de preço de medicamentos tende a ser muito mais estável, normalmente acompanhando os índices de inflação do País. Isso mostra que a



“Outro grande desafio é conseguirmos, nesse cenário, em que as terapias medicamentosas estão cada vez mais caras e os produtos de terapia gênica custam na casa de milhões, equilibrarmos a precificação desses produtos para que sejam acessíveis à população, de forma que o sistema de saúde pública e a saúde suplementar consigam pagar por eles”

regulação atingiu o objetivo dela, que é trazer uma estabilidade ao mercado farmacêutico nacional.

Por que o preço de incorporação difere na saúde pública e na saúde suplementar?

São regras de negociação. O que temos no âmbito da regulação da CMED é a definição de preço teto. Definimos o preço teto em três limites máximos: o preço fábrica, o preço praticado pelos atacadistas, distribuidores e hospitais; e o preço máximo ao consumidor, que é o preço do varejo, a ser praticado pelas farmácias e drogarias. Temos o PMVG, que é o Preço Máximo de Venda ao Governo. Ele traz um desconto, que chamamos de Coeficiente de Adequação de Preço (CAP). Hoje esse desconto é de 21,53% e é aplicado em cima do preço fábrica. Para as compras públicas, e para qualquer medicamento fornecido em determinação a uma ordem judicial, é preciso aplicar o CAP para ter desconto. Os medicamentos de compras públicas têm preço com desconto

e no âmbito da incorporação, seja no serviço público ou na saúde suplementar, depende de negociação, desde que seja praticado o preço teto, PMVG ou preço-fábrica, a negociação ocorre entre o ente, seja o plano de saúde ou a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), e o fornecedor do medicamento.

Há algum tipo de fiscalização para que os medicamentos não atinjam valores elevados?

Sim, temos regras. Inclusive tem uma resolução da CMED que traz as regras de precificação dos medicamentos, pois todos precisam ser precificados de acordo com as regras estabelecidas. Usamos também o custo de tratamento, em que comparo a nova tecnologia que estou precificando com a que já tenho disponível no País, de modo que possa ter um preço maior desde que a nova tecnologia demonstre ganho em relação ao que já tenho. Se ela for equiparável, o

preço do novo medicamento não pode ser superior ao que já existe no País. Esses são os critérios que utilizamos para evitar preços muito altos dos medicamentos que entram no mercado.

Essas regras têm sido respeitadas?

Quando nós definimos o preço máximo do medicamento, que é publicado na lista de preços da CMED, esse é o preço teto que pode ser praticado. Recebemos diversas denúncias em relação às práticas de sobrepreço no mercado, seja pelo fabricante, distribuidor ou pelas farmácias. Todas essas denúncias são avaliadas para ver se realmente ocorreu alguma infração às regras do mercado de medicamentos e, em caso de infração, as empresas são penalizadas. Elas precisam pagar multas que são estabelecidas de acordo com o preço do medicamento, o porte da empresa e a quantidade ofertada ou comercializada.

Quanto à incorporação acelerada de tecnologias, como equilibrar essa equação para que os planos de saúde mantenham a sustentabilidade e ofereçam as terapias ao beneficiário?

Isso vai além da CMED. Essa questão de como equilibrar as compras de medicamentos envolve a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Conitec, no âmbito do Ministério da Saúde. Não é algo exclusivo do Brasil. Outros países têm adotado algumas estratégias, como por exemplo, o compartilhamento de riscos. Isso é feito no momento da incorporação, em que é negociado com a empresa fornecedora daquele medicamento que ela vai receber o pagamento por ele na medida em que vai tendo o resultado



“Historicamente, quando observamos os preços de medicamentos no país antes da CMED, em 2003, e após, vemos que existia muita variação nos preços dos medicamentos. Hoje a variação de preço de medicamentos tende a ser muito mais estável, normalmente acompanhando os índices de inflação do País”

PDF que costumávamos divulgar anteriormente. É uma ferramenta que o cidadão consegue, de forma mais fácil, consultar o preço teto do medicamento que ele vai adquirir. Se ele verificar qualquer sobrepreço, pode encaminhar a denúncia para nós.

dos pacientes. A cada ano que o paciente demonstra uma boa sobrevivência, a empresa vai receber. Essa é uma das estratégias que os países têm utilizado para fazer o pagamento de produtos de terapias gênicas.

Isso pode dar certo no Brasil?

Sim, já existe. O zolgensma foi incorporado por essa ferramenta de compartilhamento de riscos. É um piloto que precisa ser avaliado em relação aos prós e contras, mas acho que é sim uma das possibilidades que o Brasil precisa estudar para implementar em mais casos.

A CMED completa 21 anos em 2024. O que houve de melhorias?

A regulação econômica do mercado farmacêutico beneficia a sociedade como um todo: o cidadão que compra seu medicamento na farmácia, os planos de saúde, que também precisam custear o fornecimento de medicamentos pelos hospitais, inclusive a CMED também tem regras estabelecendo como tem de ser a cobrança dos medicamentos pelos hospitais. O cidadão comum tem de participar do monitoramento do mercado enviando denúncias sempre que encontrar sobrepreços de medicamentos para apurarmos e realizar as investigações necessárias. Recentemente lançamos um painel para consulta de preços de medicamentos de forma muito mais amigável do que o

As denúncias mais recebidas são dos planos de saúde ou é algo mais realizado pelo consumidor?

Recebemos muitas denúncias de consumidores, de órgãos públicos, de compras de medicamentos que realizam pregões e recebem ofertas de medicamentos com preço acima do preço teto. Também recebemos de planos de saúde, mas a maioria é de secretarias de saúde e órgãos de saúde que compram medicamentos. Muitas vezes o plano de saúde tem ali agregado no valor o serviço que os hospitais incluem na norma da CMED. O que a norma CMED diz é que os hospitais não podem oferecer medicamento pelo preço máximo ao consumidor porque eles não são dispensários de medicamentos. Os hospitais devem praticar o custo fábrica e se o plano verificar dentro da nota fiscal que o hospital praticou um preço acima do preço fábrica, ele pode encaminhar a denúncia. Já recebemos muitas vezes denúncias de plano de saúde em relação a medicamentos fornecidos por ordem judicial. O juiz determina que o plano de saúde forneça um medicamento de alto custo. Nesses casos, sempre que é demanda judicial, precisa ser aplicado o desconto CAP. Mas muitas vezes o plano de saúde tem dificuldade de conseguir comprar o medicamento com a aplicação desse desconto. Então, eles fazem a compra, porque precisam cumprir a determinação judicial, e depois nos encaminham a denúncia porque não houve cumprimento da norma da CMED.

Nestes casos, demora-se quanto tempo para ter uma devolutiva?

Atualmente estamos apurando denúncias de 2021. No período de pandemia as denúncias extrapolaram todos os limites que estávamos acostumados a trabalhar. Estamos dando retorno no prazo de três anos. Por mais que a gente queira reduzir, hoje são três anos para começarmos a analisar as denúncias recebidas, exceto denúncias encaminhadas pelo Ministério Público e Ministério da Saúde,



“Já recebemos muitas vezes denúncias plano de saúde em relação a medicamentos fornecidos por ordem judicial. O juiz determina que o plano de saúde forneça um medicamento de alto custo. Nesses casos, sempre que é demanda judicial, precisa ser aplicado o desconto CAP. Mas muitas vezes o plano de saúde tem dificuldade de conseguir comprar o medicamento com a aplicação desse desconto”

vez mais caras e os produtos de terapia gênica custam na casa de milhões, equilibrarmos a precificação desses produtos para que sejam acessíveis à população, de forma que o sistema de saúde pública e a saúde suplementar consigam pagar por eles.

que são tratadas como prioridades.

Há algum tipo de planejamento (contratação de pessoas ou aquisição de tecnologias) para conseguir avaliar mais rápido?

Temos todas essas iniciativas. Estamos com um plano de ação em relação a recursos humanos e recursos tecnológicos para que consigamos dar mais celeridade a essas denúncias. Nossa meta é chegar a no máximo um ano de defasagem.

Hoje, qual é o maior desafio da CMED?

Temos muitos desafios. O primeiro deles é em relação ao arcabouço regulatório da CMED. Nossa norma, que define os critérios de precificação de medicamentos, é uma resolução 2/2004. Era um momento em que nosso mercado farmacêutico era formado muito por medicamentos sintéticos, em que a indústria nacional estava desenvolvendo medicamentos genéricos, então ela já não traz critérios que possam ser os mais adequados para precificar, por exemplo, um produto de terapia gênica. Precisamos revisar essa resolução para que ela esteja mais adequada ao cenário farmacêutico atual. Além dessa resolução, temos um planejamento estratégico do Comitê Técnico Executivo da CMED. São sete temas que se encontram em processo de revisão. Pretendemos atualizar o arcabouço normativo da CMED. Esse é um dos nossos grandes desafios. Outro grande desafio é conseguirmos, nesse cenário, em que as terapias medicamentosas estão cada

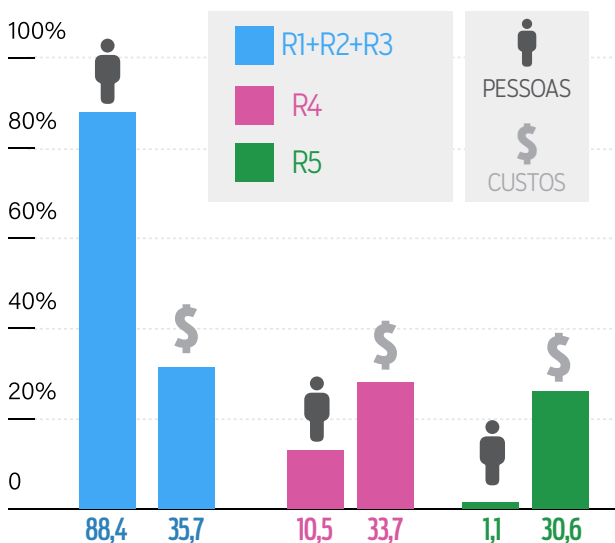
CUSTOS MÉDICOS CAEM COM DIAGNÓSTICOS PRECOCES

O estudo “Saúde populacional” realizado por Denizar Vianna traz algumas evidências importantes nos diagnósticos precoces e nos custos para tratamento.

A análise se baseia em uma população de mais de 70 mil vidas, exclusivamente de contratos empresariais (Pessoa Jurídica), de

empresas com mais de 100 vidas, concentradas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. A média de idade é de 39 anos, sendo que cerca de 10,4% das pessoas possuem mais de 59 anos.

A população analisada foi classificada em cinco grupos com base em risco, custo e frequência, sendo 1 menor e 5 maior.



1,1% da população classificada como **5** foi responsável por **30,6%** do custo total

10,5% da população classificada como **4** foi responsável por **33,7%** dos custos

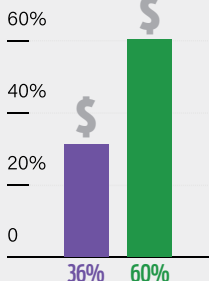
88,4% da população classificada como **3, 2 e 1** foi responsável por **35,7%** dos custos

Somados os **11,6%** integrantes da população em **5** e **4** foram responsáveis por **64,3%** do custo total

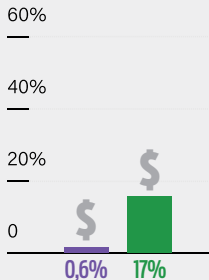
CONCENTRAÇÃO DE CUSTO NA POPULAÇÃO

GRUPOS 1+2+3+4 (purple) GRUPO 5 (green)

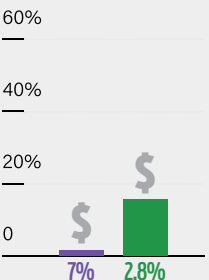
Despesa destinada ao pagamento de internações hospitalares (incluindo custo hospitalar, materiais, medicamentos, OPME e honorários médicos)



Recurso utilizado para pagamento de quimioterapia para o tratamento de doenças oncológicas



Pagamento de procedimentos ambulatoriais (pequenas cirurgias e procedimentos de diagnósticos que não requerem internação hospitalar)





CUSTOS MÉDIOS DO DIAGNÓSTICO

Câncer de mama

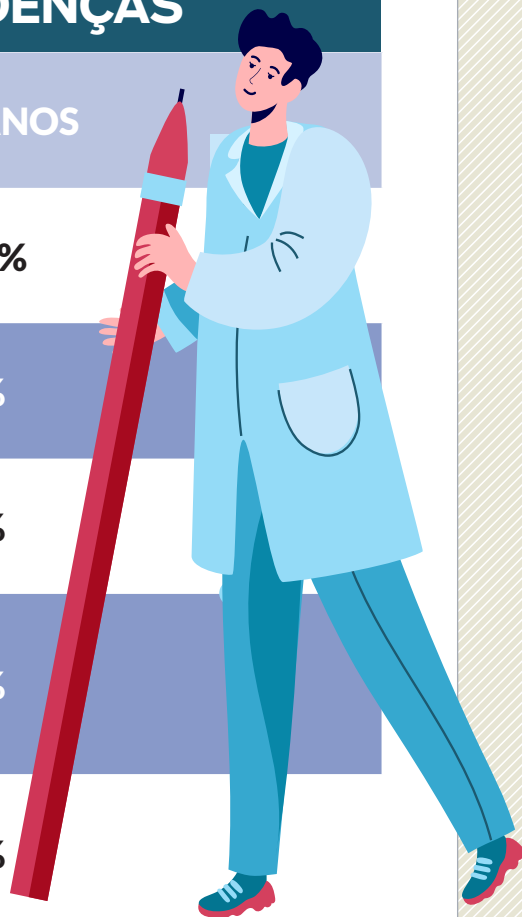
R\$ 78 MIL X **R\$ 224 MIL**
precoce tardio

Câncer de próstata

R\$ 46 MIL X **R\$ 112 MIL**
precoce tardio

PERCENTUAL DE CUSTOS TOTAIS COM DOENÇAS

IDADE MÉDIA DA POPULAÇÃO	29 ANOS	44 ANOS
TRATAMENTO DE CÂNCER	5,6%	11,5%
PACIENTES COM OBESIDADE	2,1%	1,3%
TERAPIAS CONTINUADAS COM TEA/TGD	6,7%	2,8%
TRATAMENTO DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS	1,8%	2,9%
TRATAMENTO DE DOENÇAS ORTOPÉDICAS	5,7%	9,4%



SUSTENTABILIDADE DEPENDE DA DISCUSSÃO DO PREÇO DE INCORPORAÇÃO

Diante das novas tecnologias e seu alto custo, não há como falar de acesso à saúde sem colocar na mesa de discussão o preço pago por elas

SURGIMENTO

de novas tecnologias em grande quantidade tem um forte impacto financeiro. Discussões no campo das inovações em saúde não podem pressupor que o mais caro é sempre o melhor

Incorporar uma nova tecnologia ao sistema de saúde - seja um medicamento, um exame ou uma terapia - é um processo que exige extremo cuidado e atenção porque, acima de tudo, há pessoas envolvidas, vidas que precisam de suporte.

Porém, não dá pra discutir esse tema sem colocar na pauta a sustentabilidade financeira da Saúde Suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS), além do papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vivemos um momento em que as novas tecnologias em saúde surgem em grande quantidade, porém sempre são mais caras. E isso, claro, tem um impacto orçamentário muito grande. Quando esse custo entra em contato com as distorções que ocorrem nos processos de incorporação no Brasil, a situação fica mais crítica e colabora para o momento atual de extremo desafio para a sustentabilidade financeira da saúde suplementar.

“Não podemos discutir o acesso às inovações sem discutir o preço das incorporações. Os recursos são finitos e novas soluções e inovações surgem todos os dias. A saúde suplementar não tem um orçamento único, mas tem a capacidade de pagamento das famílias, do indivíduo e das empresas, que também têm um limite. Então, temos que pensar sempre em discutir o preço do acesso a essas inovações”, avalia Cassio Ide Alves, diretor técnico-médico da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

COMO É FEITA A PRECIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

Para entender um pouco os gargalos e distorções que acontecem nos processos de incorporação é preciso entender como se dá a precificação de medicamentos no Brasil, que é responsabilidade da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

Antes do preço é preciso ter o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Normalmente, o registro pleno de uma medicação é feito após estudos clínicos de fase 3, que dão uma certeza maior sobre eficácia e segurança. Mas, como a ciência evoluiu bastante nesses últimos anos, encontrando soluções para doenças raras e oncológicas em estágios mais avançados, há uma tendência mundial de aceitar o registro sanitário com pesquisa clínica de fase 2, na qual se tem certeza apenas da segurança da dose e da eficácia, ou seja, ainda há uma série de dúvidas sobre a segurança completa, efeito colateral e ação do medicamento em órgãos que não estão doentes entre outros.

Essa menor barreira regulatória é chamada de *fast track* e traz uma maior

ENQUANTO NO REGISTRO

sanitário houve uma adequação, a lei de precificação não passou por nenhuma atualização. Ela está em vigor desde 2004, quando não existia nem metade das inovações que temos hoje



incerteza quanto aos benefícios e os riscos, porém o medicamento entra mais rápido no sistema.

A partir do momento que o medicamento recebe o registro sanitário, seja pelo processo completo ou pelo *fast track*, ele precisa ter um preço de registro para poder ser comercializado. Quem regula esse mercado é a CMED, que define três tipos de preços: Preço Fábrica (valor máximo pelo qual as indústrias e distribuidores podem vender medicamentos), Preço Máximo ao Consumidor (limite de preço que o consumidor final deve pagar por um medicamento) e Preço Máximo de Venda ao Governo (calculado a partir do Preço Fábrica com o coeficiente de adequação de preços).

Para estipular o preço de fábrica, a CMED leva em consideração uma cesta de nove países (eventualmente dez países, se o país detentor da patente não for um desses nove): Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra, Escócia, Itália, França e Japão. Ela vê nesses nove países qual tem o menor preço de registro e usa.

Mas existem meandros que precisam ser melhor entendidos. Usando como exemplo a Inglaterra, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a agência de regulação britânica, analisa a tecnologia, inclusive o *fast track*, dá o registro sanitário e coloca um preço de registro. O Brasil olha para isso e usa esse preço de registro como referência. Porém, esse preço de registro não é o preço de incorporação do medicamento pelo National Health Service (NHS), que é o sistema de saúde inglês. O NHS exige adequação de preço para que seja incorporado ao seu sistema de saúde.

“Na verdade, nós não tínhamos que usar o preço de registro. Tínhamos que usar o preço que foi incorporado no sistema de saúde. Só que não temos acesso a esse preço, que é feito com cláusulas de confidencialidade”, explica Alves.

Um exemplo é o medicamento Zolgensma, usado no tratamento de Atrofia Muscular Espinhal (AME). O preço de registro no NICE é de 1,1 milhão de libras e o de incorporação é de 200 mil libras. O preço máximo de venda ao Governo (PMVG) aqui no Brasil é de R\$ 5,5 milhões. Só que o preço para a saúde suplementar é R\$ 10 milhões.

“Se usássemos o preço de incorporação do NHS, pagaríamos cerca de R\$ 1,2 milhão. Para onde vai o restante desse dinheiro? Vai aumentar o lucro da matriz e subsidiar o sistema de saúde de lá. Acabamos pagando desenvolvimento científico, trabalho científico lá na matriz com os nossos recursos daqui”, diz Alves.

Outra questão discutida nesse sistema de precificação é que existem seis categorias de medicamentos. Porém, enquanto no registro sanitário houve uma adequação e uma permissibilidade para que existisse o *fast track*, a lei de precificação não passou por nenhuma adequação. Ela entrou em vigor em 2004, quando não existia nem metade das classes de drogas e inovações que temos hoje.

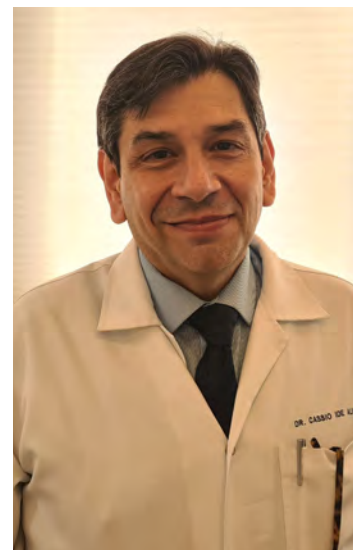
“Essa lei está extremamente defasada. Na época que foi proposto o preço máximo ao consumidor era mais com o objetivo de proteger o cidadão. Só que a ciência evoluiu. Passaram-se 20 anos e a realidade é outra. Então, é muito difícil esses novos medicamentos conseguirem demonstrar ganho de eficácia e segurança com relação a algum comparador. E se ele não consegue se encaixar em nenhuma das seis categorias, acaba entrando em uma categoria que é chamada caso omissis, criado para uma exceção, só que a exceção hoje em dia já representa mais de 30% dos medicamentos que recebem registro sanitário”, explica o diretor da Abramge.

COMO FICA A INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

Falar de preço é fundamental para poder falar da incorporação de novos medicamentos e procedimentos, um dos temas mais discutidos dentro da saúde suplementar e também do SUS. A ANS é a responsável por fazer a recomendação de novas tecnologias que serão incorporadas na saúde suplementar, enquanto no SUS esse é o trabalho da Conitec.

A comissão foi criada em 2011 e tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

Pela lei, a análise deve ser baseada em evidências científicas, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica



Não podemos discutir o acesso às inovações sem discutir o preço das incorporações. Os recursos são finitos e novas soluções e inovações surgem todos os dias. A saúde suplementar não tem um orçamento único, mas tem a capacidade de pagamento das famílias, do indivíduo e das empresas, que também têm um limite”

CASSIO IDE ALVES,
diretor técnico-médico
da Abramge



A Conitec olha, além dos parâmetros que já foram avaliados pela Anvisa, se aquela tecnologia tem efetividade e custo-efetividade. Funciona? É melhor do que o que há disponível no SUS? Se é melhor, será que compensa em termos de custos, tem uma boa relação de custo-efetividade? Normalmente, novas tecnologias têm um custo maior do que aquela já existente”

LUCIENE BONAN, diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGTIS), parte integrante da Conitec

comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes.

“A Conitec olha, além dos parâmetros que já foram avaliados pela Anvisa, se aquela tecnologia tem efetividade e custo-efetividade. Funciona? É melhor do que o que há disponível no SUS? Se é melhor, será que compensa em termos de custos, tem uma boa relação de custo-efetividade? Normalmente, novas tecnologias têm um custo maior do que aquela já existente. Então, será que esse custo incremental vale a pena e vai trazer eficiência para o sistema de saúde?”, explica Luciene Bonan, diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGTIS), parte integrante da Conitec.

Essa avaliação da Conitec é muito importante para o sistema de saúde suplementar porque desde 2022 tudo que é incorporado no SUS tem que ser oferecido na saúde suplementar em, no máximo, 60 dias.

“O medicamento é incorporado no SUS depois de um estudo de eficácia, segurança, efetividade e da discussão de preço. Quando ele vem para a saúde suplementar, não chega com o preço que foi discutido lá, mas sim o preço CMED. Muitas vezes, esse preço é cinco ou seis vezes maior do que o preço que foi incorporado no SUS. Já se passaram 29 ciclos mensais e a Agência Nacional de Saúde Suplementar ainda não estipulou um limiar de custo-efetividade e nem faz discussão de preço. Essa diferença de seis vezes são recursos jogados na lata do lixo, que só aumentam o lucro das empresas de medicamentos. Quando vem o cálculo atuarial para decidir de quanto vai ser o reajuste do plano de saúde no ano seguinte, esse desperdício entra na conta e todo mundo aqui está pagando”, avalia Alves.

Outro ponto a ser discutido é que desde 2022 o SUS tem um limiar de custo-efetividade que oferece parâmetro para os preços de incorporação, o que é uma demanda ainda não atendida do setor de saúde suplementar para ajudar na sustentabilidade financeira do sistema.

Luciene Bonan explica como a definição de um limiar impactou o trabalho da Conitec e a definição e a recomendação de tecnologias feitas pela comissão. “Ter esse parâmetro é importante porque qualifica as decisões. Foi uma decisão fundamentada em técnica, em ciência, em método, que levou em conta questões como a expectativa de vida da população brasileira e o que se quer alcançar com os gastos em saúde. Antes disso, sabíamos dessa relação de custo-efetividade, mas não tinha um pa-

O preço de registro no NICE do Zolgensma é de 1,1 milhão de libras e o de incorporação é de 200 mil libras. O preço de registro aqui no Brasil é por volta de R\$ 4 milhões e o preço para a saúde suplementar é R\$ 10 milhões

râmetro. Hoje, temos esse parâmetro estabelecido, assim como outros países”.

A diretora do DGTIS ainda acrescenta que a Conitec também avalia o impacto orçamentário, que é a demanda de uma nova tecnologia vezes o custo dela anualmente. “Uma tecnologia usada para doenças raras, por exemplo, pode ter um custo alto e impactar até cem pessoas. Mas posso ter outras demandas com valores que entendemos como mais suportáveis dentro do sistema, mas pode ser uma demanda pra milhões de brasileiros e o impacto orçamentário fica elevado, podendo até ultrapassar o orçamento do Ministério da Saúde”, acrescenta.

A ANS tem uma cadeira dentro da Conitec justamente porque é o órgão responsável pelas incorporações no sistema de saúde suplementar.

Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, reconhece que há inúmeros desafios.

“O crescimento contínuo dos custos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira têm trazido desafios ao processo de incorporação de tecnologias em saúde, tan-

to na Conitec quanto na ANS. Podemos ressaltar o contínuo investimento em capacitação e treinamento na área como um dos principais desafios enfrentados nos últimos anos, tendo como resultado iniciativas exitosas de formação de pessoal especializado e disseminação de conhecimento na área de ATS. Nesse sentido, a atualização deve ser constante”.

Para o diretor da Abramge, o limiar de custo-efetividade é um instrumento de gestão que ajudaria a equilibrar o sistema de saúde suplementar. Quando se faz uma incorporação é preciso usar uma matriz de decisão que mostra essa relação de custo-efetividade. Quando a efetividade é baixa com um custo mais alto, ninguém vai incorporar. Quando tem efetividade maior e custo mais baixo é a situação ideal e ninguém discute se vai incorporar ou não. O confronto ocorre quando há uma efetividade maior e um custo maior também. Geralmente é o caso das inovações.

“Como os países tratam disso? Com o limiar custo-efetividade. Todos os países do mundo condicionam as incorporações a um limiar de custo-efetividade ou, no mínimo, uma forte negociação de preço. A falta desse limiar na saúde suplementar cria essa distorção absurda”.

Uma das áreas que tem sido muito afetada pelas inovações é a oncologia, já que a incidência de câncer aumentou e o surgimento de novas medicações e terapias é constante.



O crescimento contínuo dos custos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira têm trazido desafios ao processo de incorporação de tecnologias em saúde, tanto na Conitec quanto na ANS”

ALEXANDRE FIORANELLI,
diretor de Normas e
Habilitação dos Produtos
da ANS

O LIMIAR DE CUSTO-EFETIVIDADE

é um instrumento de gestão que pode ajudar a equilibrar o sistema de saúde suplementar. Quando tem efetividade maior e custo mais baixo é a situação ideal e ninguém discute se vai incorporar ou não. O confronto ocorre quando há uma efetividade maior e um custo maior também. É o caso das inovações



LINHA DO TEMPO

“No caso específico da oncologia, a preocupação em termos globais tem sido o elevado número de diagnósticos. Do mesmo modo, os novos medicamentos para as doenças raras representam um importante avanço no tratamento dessas condições, implicando, no entanto, em possíveis impactos econômicos”, avalia Alexandre Fioranelli.

A SUSTENTABILIDADE É DO SISTEMA TODO

Discutir preço e limiar de custo-efetividade olhando para o sistema de saúde suplementar é, também, olhar para o sistema de saúde como um todo, afinal, só existe um Brasil.

O SUS, na verdade, é um sistema único de saúde e assim deveria ser considerado para o País. Então, se existe um limiar de custo-efetividade, deveria ser um único para todo o País e não ter um preço para o SUS e um preço para quem tem plano de saúde.

No final, todo mundo que precisa de assistência em saúde acaba penalizado. Hoje, existe uma grande rotatividade entre o SUS e a saúde suplementar e também dentro da saúde suplementar. O downgrade de plano de saúde está acontecendo, inclusive, na classe média alta. E muitas vezes a pessoa não consegue pagar nem mesmo o plano mais barato e vai para o SUS. Já o usuário do SUS, consegue um emprego e vai para a saúde suplementar. Hoje, 80% da saúde suplementar é composta por planos coletivos empresariais.

“Por isso, falo que as compras deveriam ser em grande quantidade e com negociação única, o que não significa que saúde suplementar e governo vão pagar o mesmo valor. O preço é único, mas depois tem imposto, alguns condicionantes que alteram o preço,

mas não tem sentido o preço base ser diferente. Claro que uma agência que fosse única, fortalecida, com todos esses critérios de avaliação de tecnologia em saúde, com forte negociação de preço, com forte poder de compra para fazer com que a indústria se adeque às necessidades, com inteligência para não afastar as inovações do país, seria muito melhor. Isso é feito, por exemplo, em uma das agências que mais admiro no mundo, que é a da Austrália”, diz o diretor técnico-médico da Abramge.

O problema da sustentabilidade é mundial, mas aqui é agravado por essas distorções. Por isso discutir custo-efetividade tem sido cada vez mais importante. As discussões no campo das inovações em saúde não podem pressupor que o mais caro é sempre o melhor. Os critérios são sempre dados pela medicina baseada em evidência, por protocolos de atendimento que estão presentes em praticamente todas as patologias.

O mais importante é que as agências e comissões cuidem da segurança e da eficácia dessas medicações. É importante essas agências se basearem nos estudos científicos para evitar o imperativo da ciência, o imperativo econômico, o imperativo comercial. Sem levar em consideração outras questões extremamente importantes, que têm muito mais valor em saúde do que a própria inovação, e quem acaba prejudicada é a população.

1983

Seminário da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) traz o conceito de ATS para o Brasil

2006

Criada a Comissão de Incorporação de Tecnologia (CITEC)

2000

Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

2011

Criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS

2016

ANS cria suas próprias regras e a atualização do rol é feita de 2 em 2 anos

2022

ANS passa a incorporar automaticamente o que é incorporado no SUS

AMIL
Militares realizam
o desembarque dos
carregamentos de
insumos médico-hospitalares
doados pela Amil

A FORÇA-TAREFA DA SAÚDE

Pronta-resposta dos players de saúde disponibiliza atendimento gratuito por meio da telemedicina com suporte emocional, orientação de primeiros cuidados e atendimento com profissionais especializados

A tragédia sem precedentes em decorrência das chuvas intensas e, consequentemente, de inundações por conta do transbordamento de rios no estado do Rio Grande do Sul chocou a todos. De imediato, as operadoras de saúde criaram seus planos de contingência para seguir com os atendimentos, além de ajudar a população local de alguma forma.

“Passamos pela pior tragédia climática da história do nosso Estado. De repente, nossa infraestrutura foi totalmente destruída: cidades

ilhadas, estradas e pontes desapareceram, e centenas de milhares de pessoas ficaram desabrigadas, vivendo em cidades sem água, luz e comunicação”, relata Alexandre Salgado, diretor-Executivo da Sulmed.

A Sulmed é uma operadora com mais de 40 anos de atuação sediada em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Diante do cenário, a primeira preocupação foi tentar manter a operação assistencial, com o intuito de estar disponível para a população atingida pelas enchentes.

“Não sabíamos se teríamos nossos times disponíveis, pois não havia dimensão dos atingidos. Boa parte da nossa rede assistencial foi impactada de alguma forma, e muitos estabelecimentos não estavam conseguindo prestar atendimento. Entretanto, conseguimos estruturar um modelo de contingência que deu vazão às necessidades dos beneficiários, tanto na rede própria quanto na rede credenciada. Inclusive, flexibilizamos algumas regras de produto, como a dispensa de autorização prévia para a realização de consultas e exames. Além disso, ampliamos a capacidade de atendimento do nosso Pronto Atendimento Digital e das consultas eletivas por telemedicina”, explica Salgado.

DOCTOR CLIN

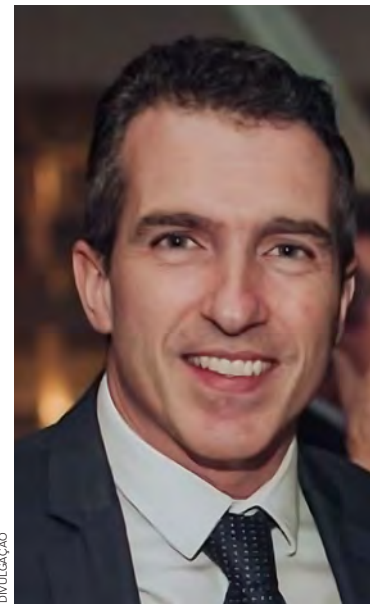
Em parceria com o projeto De Volta para Casa, distribuiu aos beneficiados um cartão que possibilita a compra de itens em lojas parceiras, viabilizando a aquisição de materiais de construção, eletrodomésticos, móveis etc.

Segundo ele, mais de 20% dos colaboradores da Sulmed foram atingidos e uma das medidas adotadas foi o fornecimento de um cartão emergencial com crédito para ser utilizado em qualquer estabelecimento comercial. Além disso, as jornadas de trabalho foram flexibilizadas e a operadora também criou uma campanha para arrecadação de recursos destinados às pessoas que tiveram suas casas severamente atingidas pelas enchentes.

A situação também destacou a importância da colaboração. “Nossa rede de saúde demonstrou uma incrível capacidade de adaptação, com muitos profissionais trabalhando incansavelmente para garantir que os cuidados continuassem, mesmo nas condições mais adversas”, destaca Salgado.

A telemedicina

A Hapvida NotreDame Intermédica e a Conexa, ecossistema digital de saúde, uniram-se na campanha Juntos pelo Rio Grande do Sul para oferecer consultas gratuitas por videochamadas e telefone a todos os gaúchos que necessitarem. “A iniciativa conjunta foi criada para atender a população do Estado que sofre com uma das maiores tragédias já vistas no País”, ressalta Jorge Pinheiro, CEO da Hapvida NotreDame Intermédica.



DIVULGAÇÃO



Priorizar a manutenção dos fluxos de atendimento, em meio a todo esse caos, é a melhor forma de ajudar a sociedade como um todo. Se não tivéssemos lutado para garantir o acesso aos serviços, muita gente seria impactada negativamente neste momento que, certamente, é dos mais difíceis de suas vidas”

ALEXANDRE SALGADO,
diretor-executivo
da Sulmed



Conforme ele, os serviços estão ativos para todo Rio Grande do Sul. As videochamadas estão disponíveis 24 horas por dia e estão à disposição dos pacientes cerca de 300 clínicos gerais, mais de 50 pediatras e uma equipe de enfermagem para acolhimento quando necessário. Os atendimentos por telefone, para áreas sem acesso à internet, são feitos pelo número 0800-8000081, das 9h às 18h.

Para passar pelas consultas por videochamadas, o paciente precisa entrar na plataforma da Conexa e fazer cadastro com nome, CPF e criar uma senha. É necessário informar e-mail, data de nascimento e um número de celular. O link para a consulta será enviado por mensagem eletrônica.

A Hapvida também fechou uma parceria com o Dr. Online, plataforma desenvolvida para atender profissionais da área da saúde para a realização de teleconsultas.

Para contribuir, a SulAmérica, em parceria com a Rede D'Or, cadastrou cerca de 150 médicos voluntários para realizar teleconsultas gratuitas para toda a população gaúcha. O objetivo foi fornecer acesso rápido e eficiente à orientação médica e psicológica, especialmente aos impossibilitados de se deslocar.

“Todos nós precisamos ajudar as famílias afetadas pelas enchentes no Rio Grande do Sul com os recursos que temos ao nosso alcance. Estamos mobilizando nossas forças e disponibilizando doações e cuidados médicos imediatos e essenciais para ajudar na reconstrução de milhares de vidas”, afirma Raquel Reis, presidente da SulAmérica Saúde e Odonto.

As teleconsultas são gratuitas e acessíveis por meio da plataforma DocWay. As enfermeiras ficam disponíveis 24 horas por dia durante os sete dias da semana. Se necessário, o atendimento será repassado para médicos durante o horário comercial.

A Doctor Clin, que também atua focada nos municípios do Rio Grande do Sul, está oferecendo até hoje apoio através da telemedicina, que serviu como uma alternativa aos pacientes enquanto algumas unidades permaneceram fechadas no período mais crítico da tragédia.

“Os pacientes podem agendar uma consulta através do nosso aplicativo. Além disso, o DC Group, uma plataforma de marcas e serviços independentes que visa oferecer soluções em saúde para as pessoas, na qual a Doctor Clin está inserida, lançou uma campanha para ajudar os colaboradores vítimas das enchentes que assolaram nossa região. Nos comprometemos em fazer a diferença e oferecer suporte aos profissionais que foram di-

retamente afetados pelos impactos das cheias”, analisa a operadora.

APOIO À SOCIEDADE

“As operadoras em geral já possuem um contexto social muito importante na atuação de nossa sociedade. Priorizar a manutenção dos fluxos de atendimento, em meio a todo esse caos, é a melhor forma de ajudar a sociedade como um todo. Esse é um momento muito difícil e delicado. Se não tivéssemos lutado para garantir o acesso aos serviços, muita gente seria impactada negativamente neste momento que, certamente, é dos mais difíceis de suas vidas”, descreve Alexandre Salgado.

“Temos um lado muito bonito, que é o quanto nossos colaboradores estão engajados em ajudar, cada um da maneira que pode. Desde doações de uma peça de roupa e de cestas básicas, passando por ajuda financeira, acolhendo colegas ou familiares desabrigados em suas casas, até casos onde foi cedido um prédio particular destinado para um abrigo voltado para atendimento de crianças autistas”, acrescenta o diretor da Sulmed.

De acordo com o CEO da Hapvida, a ação solidária visa minimizar os impactos sofridos pelo povo gaúcho. “Os nossos usuários já tinham o direito de usar o serviço de telemedicina e nós entendemos que deveríamos ampliar para população em geral a possibilidade de ter atendimento médico. Nossa companhia está empenhada em levar conforto, segurança e mais saúde para o povo do Rio Grande do Sul”, diz Pinheiro.

Além disso, a Hapvida tem divulgado o Pix Oficial do Governo do Rio Grande do Sul em seus canais oficiais, por meio das redes sociais, para clientes, médicos, dentistas, vendedores e corretores. “O prédio da sede de São Paulo ganhou um grande adesivo com esses dados e um QR Code incentivando as milhares de pessoas que transitam pela Avenida Paulista a ajudarem a população da região fazendo uma doação em dinheiro”, conta o presidente.



Estamos mobilizando
nossas forças e
disponibilizando
doações e cuidados
médicos imediatos e
essenciais para
ajudar na
reconstrução de
milhares de vidas”

RAQUEL REIS,
presidente da SulAmérica
Saúde e Odonto



HAPVIDA

Prédio da sede de São Paulo do grupo Hapvida ganhou um grande adesivo com esses dados e um QR Code incentivando as milhares de pessoas que transitam na Avenida Paulista a ajudarem a população do RS

A Amil, outro grande grupo de saúde, enviou, no mês de maio, em aviões da Força Aérea Brasileira (FAB), cargas de insumos médico-hospitalares para ajudar as vítimas das enchentes, equivalente a nove carretas repletas de itens.

A doação de mais de R\$ 2 milhões em produtos médicos foi disponibilizada em tempo recorde e envolveu a equipe da Amil e a cadeia de fornecedores da empresa que em 24 horas já havia conseguido 67% do que foi solicitado pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, foi enviada uma nova remessa e a contribuição da operadora somava 87% da contribuição pedida pelo governo federal.

“Houve uma logística de engajamento operacional e de ‘mão na massa’ para levar os medicamentos o quanto antes para os necessitados, que se sobrepõe a uma doação simplesmente financeira”, conta o empresário e CEO do Grupo Amil, José Seripieri Filho.

A ação solidária da Amil também ajudou em outras necessidades do povo gaúcho como doação em dinheiro e purificadores industriais de água, perfazendo o valor de R\$ 300 mil adicionais, já enviados para líderes de campanha como o professor de Direito e Desembargador William Douglas e o influenciador Felipe Neto.

Em outra frente de atuação, a SulAmérica realiza doações de materiais hospitalares, medicamentos e cestas básicas, bem como a promoção de campanhas de arrecadação de roupas e agasalhos.

“É fundamental que toda sociedade se mobilize para ajudar as vítimas da tragédia. Entre nossas ações, mobilizamos profissionais de saúde para atendimento e orientação por teleconsulta para a população gaúcha, doação de materiais hospitalares e medicamentos e doação de 10 mil cestas básicas em parceria com a ONG Ação da Cidadania”, comenta em nota a SulAmérica.

A Doctor Clin está inserida no cenário de calamidade pública enfrentado pelo Rio Grande do Sul e apoia a iniciativa de ações promovidas pelo governo do estado para recuperar perdas na área da saúde.

“A campanha que realizamos por meio do DC Group auxiliou 45 famílias da equipe de colaboradores impactadas pela enchente. A cada doação recebida, nós dobramos o valor, ou seja, a cada um real doado pela população, colocamos mais um real, ampliando o alcance do auxílio

aos necessitados. Ao final da campanha, o valor arrecadado foi de R\$ 200.012,79, destinado de forma igualitária para todas as famílias afetadas e proporcionando alívio e ajuda concreta em um momento tão difícil”, compartilha a operadora.

A distribuição foi realizada em parceria com o projeto De Volta para Casa e os beneficiados estão recebendo um cartão que possibilita a compra de itens em lojas parceiras, viabilizando a aquisição de materiais de construção, eletrodomésticos, móveis e outras necessidades que transformem as suas residências em lares novamente.

Além de realizar a campanha para auxiliar os colaboradores afetados, a Doctor atuou como ponto de coleta de doações em quatro unidades, duas na cidade de Novo Hamburgo, uma na cidade de São Leopoldo e uma em Porto Alegre. “Recebemos doações de alimentos não perecíveis, roupas e calçados, toalhas, roupas de cama, itens de cozinha, produtos e utensílios de limpeza. As doações são destinadas inicialmente aos colegas afetados e na sequência às instituições e aos abrigos que necessitem de apoio”.

CONTINUIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

Sobre o apoio para empresas do ecossistema de saúde que sofreram perdas, como hospitais, o diretor da Sulmed ressalta que o momento é muito delicado e existem muitas particularidades. “Não criamos um modelo de ajuda específico para as empresas do ecossistema de saúde, mas estamos recebendo as demandas e avaliando caso a caso. O momento nos exige muito empenho e flexibilidade para tentarmos ajudar todos que precisam”.

Salgado destaca que a tragédia não só desafiou a infraestrutura do Estado, mas também testou a resiliência do sistema de saúde. “A devastação causada pelas enchentes revelou vulnerabilidades e colocou à prova a capacidade de resposta de hospitais, clínicas e profissionais de saúde. Muitos estabelecimentos sofreram danos físicos significativos, enquanto outros enfrentaram dificuldades operacionais devido à falta de acesso, comunicação e questões básicas de infraestrutura”.

De acordo com o diretor da Sulmed, novas demandas continuam a ocorrer e, assim como no caso das empresas de saúde, as necessidades de cada um são tratadas de forma individualizada. “O cenário todo não será resolvido no curto prazo,

ainda teremos um longo caminho a percorrer e não há como prever exatamente os tipos de ajuda que ainda teremos que disponibilizar”, completa.

Os estragos causados pelas fortes chuvas no Rio Grande do Sul ainda levarão tempo para serem mensurados, principalmente no âmbito da saúde. “É preciso que todo setor de saúde do Brasil siga empenhado no auxílio à região enquanto os hospitais e unidades de saúde atingidos pela chuva estão sendo reconstruídos”, destaca a SulAmérica.

Segundo a direção da Doctor Clin, o Rio Grande do Sul tem, tradicionalmente, uma piora no quadro de doenças respiratórias nesta época do ano. Agravado ao frio, o cenário da tragédia climática impõe um desafio ainda maior.

A operadora alerta que doenças respiratórias em plena fase de exposição, como Covid-19, Gripes (principalmente H1N1, gripe A e vírus sincicial respiratório) são algumas das maiores preocupações por conta das aglomerações que não há como serem evitadas em muitos espaços.

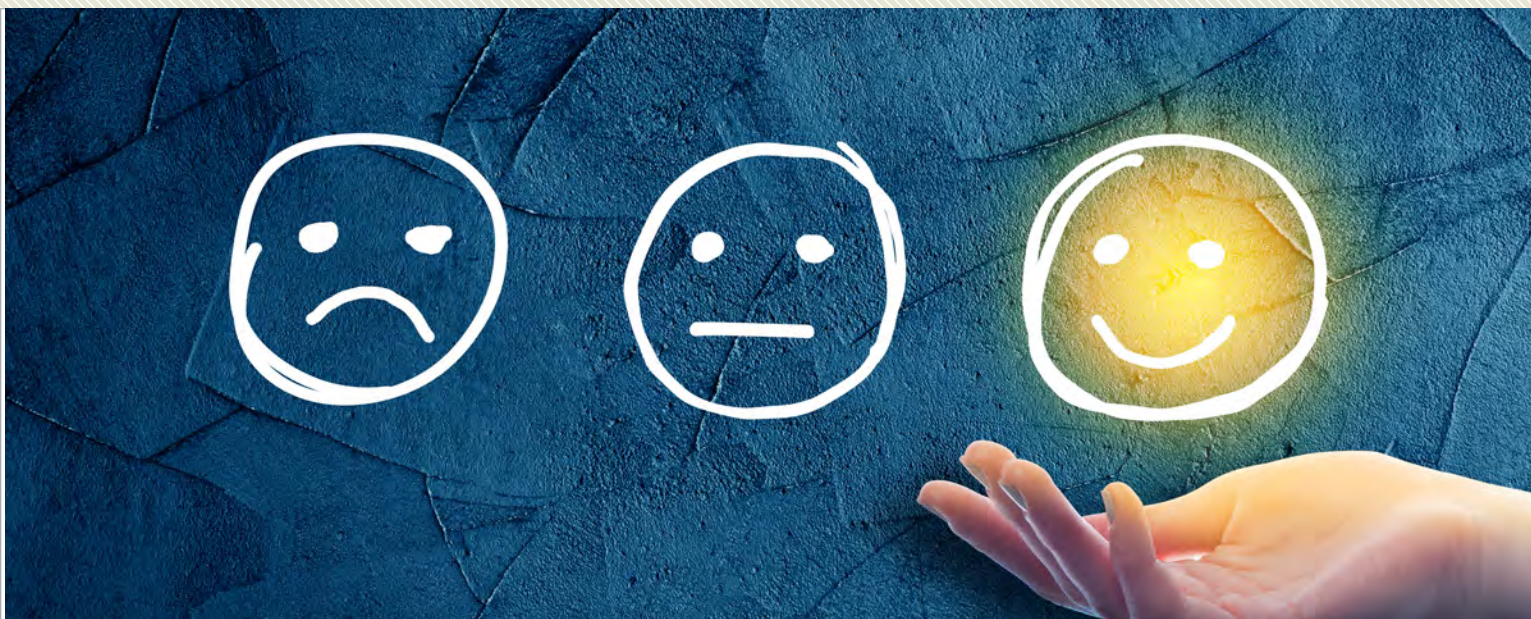
“Além disso, os alagamentos também trazem uma série de riscos, como a Leptospirose, a Hepatite A e o Rotavírus, que necessitam ser observados com atenção e que apresentam contágio através do contato com a água das enchentes. Com o aumento das ocorrências dessas doenças, a tendência é que o sistema de saúde enfrente uma sobrecarga, tornando essencial um planejamento e organização eficazes para lidar com este cenário da melhor forma possível”, destaca a direção da Doctor Clin.

O diretor da Sulmed lembra que a crise também sublinhou a necessidade de reforçar infraestruturas e de investir em tecnologias que possam garantir a continuidade do atendimento em situações de emergência. “A telemedicina, por exemplo, mostrou-se uma ferramenta essencial para manter o acesso aos cuidados de saúde, permitindo consultas e orientações médicas mesmo quando a locomoção física não era possível”, destaca.



Os nossos usuários já tinham o direito de usar o serviço de telemedicina e nós entendemos que deveríamos ampliar para população em geral a possibilidade de ter atendimento médico”

JORGE PINHEIRO,
CEO da Hapvida
NotreDame Intermédica



MUDANÇA NA GESTÃO PARA MELHORAR A JORNADA

Curso da UCA dedica-se ao Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde da RN 507 com um módulo específico para operadoras exclusivamente odontológicas, inédito no mercado

O Programa de Acreditação de Operadoras é oriundo da Resolução Normativa (RN) nº 507/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Ele foi apresentado em um dos módulos do Curso de Imersão Regulatória da Universidade Corporativa da Saúde Suplementar (UCA), em 2023, e devido à relevância e interesse das operadoras, este ano a UCA traz, pela primeira vez, o curso exclusivo de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde.

“O curso irá assegurar desenvolvimento de competências tanto individuais quanto coletivas, o que resultará em uma maior vantagem competitiva

às organizações, ao mercado e a todos os stakeholders do setor de Saúde Suplementar, em particular, à sociedade”, comenta a coordenadora do curso Vilma Oshiro, que atua em operadoras de planos odontológicos e de saúde há mais de 25 anos.

1. PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

É uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, que propicia uma melhor experiência para o beneficiário.

2. O CURSO

O curso de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde aborda o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde da RN 507, da ANS. Ele foi apresentado em um dos módulos do Curso de Imersão Regulatória da UCA, em 2023, e dada a relevância do tema e o interesse das Operadoras Associadas Abrange, a UCA lança este ano o seu 1º Curso de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde, em sintonia com as mudanças culturais e a velocidade das transformações na saúde suplementar.

3. QUATRO DIMENSÕES DA RN

O curso apresenta os principais conceitos do Programa de Acreditação de Operadoras RN 507, suas Quatro Dimensões (Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário) distribuídas nos seus 21 requisitos e 169 itens de verificação, bem como propicia a troca de experiências. Além disso, o curso aborda a interface da RN 507 com a RN 518, também de 2022, sobre práticas mínimas de governança corporativa, gestão de riscos e controles internos e um módulo para as operadoras exclusivamente odontológicas.

Para Operadoras de Planos de Saúde (OPS) serão abordados 169 itens de verificação em 21 requisitos das quatro Dimensões da RN 507. Já para as Operadoras Exclusivamente Odontológicas (OEO) serão abordados 133 itens de verificação em 18 requisitos das quatro Dimensões da RN 507.

4. IMPORTÂNCIA

A relevância do curso está em desenvolver competências e oferecer as ferramentas adequadas para a melhor gestão organizacional e em saúde, disponibilizando materiais de aprendizagem e troca de experiências aos profissionais que atuam no setor de saúde e/ou odontologia suplementar, induzindo a mudança no



DIVULGAÇÃO

VILMA OSHIRO, COORDENADORA DO CURSO DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DA UCA

modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

5. DIFERENCIAIS

Entre seus diferenciais estão o corpo docente multidisciplinar com profissionais altamente competentes que atuam no setor, a apresentação da interface da RN 507 com a RN 518, as práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de saúde e a inclusão de um módulo para operadoras exclusivamente odontológicas, com a possibilidade de o aluno se inscrever nos módulos conforme sua área de atuação (saúde ou odontologia), inédito no mercado. Entre os professores estão nomes

com vasta experiência no setor como Gilberto Bosco Neto, consultor em implantação prática de legislação em softwares de saúde; Marcela Prescindo, médica especialista em medicina preventiva e social; Janini Rosas, cirurgiã-dentista, mestre em gestão de tecnologia e inovação em saúde (Sírio Libanês); Rodnei Yogui, sócio da Odonto Corporativa; Eduardo Vieira, especialista em gestão em saúde com ampla experiência na articulação de serviços de saúde, e Raquel Marimon, presidente do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA).

6. PORQUE FAZÊ-LO

Os profissionais atuantes ou com interesse em atuar no segmento de saúde ou odontologia suplementar devem fazer este curso, pois o Programa de Acreditação de Operadoras aborda as dimensões de gestão organizacional, de gestão da rede prestadora de serviços de saúde, da gestão em saúde e da experiência do beneficiário. Tudo de forma bem abrangente e robusta, oferecendo ao profissional uma visão sistêmica das operadoras de planos de saúde, propiciando uma indução a mudança no modelo de gestão em saúde existente a fim de melhorar a jornada do beneficiário. Além disso, o conhecimento e a disseminação de boas práticas de gestão visam manter a solvência das operadoras.

Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde

O curso inicia em 22 de julho e termina em 4 de setembro, sempre às segundas e quartas-feiras, das 19h30 às 21h30. As aulas são on-line e ao vivo, com parte teórica e prática. Confira o conteúdo programático em <https://abramge-uca.com.br/acreditacao-de-operadoras-de-planos-de-saude-e-de-operadoras-exclusivamente-odontologicas-rn-507-ans/>



CRESCIMENTO PASSA PELA MELHOR JORNADA DO CLIENTE

Em expansão, a Odontologia Suplementar precisa investir em inovação e tecnologia para manter um crescimento sustentável

O setor de planos odontológicos tem hoje, no Brasil, cerca de 32 milhões de beneficiários e vem registrando um crescimento contínuo que traz novos desafios para as operadoras.

Inovação, inteligência artificial, regulação e experiência do cliente são os grandes temas que têm pau-

tado as discussões do setor para um avanço mais sustentável e de qualidade dentro de um cenário de mudanças rápidas e constantes.

“O investimento contínuo em estratégias eficientes e inovadoras por parte das operadoras de planos odontológicos é o motor propulsor do seu próprio crescimento.

Aprimorar a competitividade saudável é essencial para o crescimento sustentável de qualquer segmento”, avalia Roberto Cury, presidente da Associação Brasileira de Planos Odontológicos (SINOG).

Para Jorge Aquino, diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor precisa se preparar para os próximos cinco anos, quando a população assistida tiver dobrado de tamanho. “Não vai ser possível o governo dar conta de tudo isso e a Odontologia Suplementar terá um papel fundamental em tentar aumentar essa cobertura”.

Estes pontos estiveram em debate durante o 19º Simpósio de Planos Odontológicos (SIMPLO), realizado nos dias 25 e 26 de abril, em São Paulo, e marcou a despedida do evento com este nome, já que a partir de 2025 o SIMPLO se torna Congresso SINOG.

CENÁRIO POLÍTICO

Seja qual for o avanço pelo qual a Odontologia Suplementar passar, ele vai se dar em um cenário político econômico desafiador. E a estagnação produtiva do país é o maior complicador.

Na visão do jornalista e escritor William Waack, o país precisa investir em qualificação de pessoas para que seja possível construir negócios e produtividade dentro de um ambiente sem recursos e com um sistema político falho.

“Os gastos cresceram acima da inflação nos últimos 35 anos, a carga tributária quebrou as pessoas e o Estado se apropriou de mais da metade da riqueza gerada pelo setor privado simplesmente para existir. É nesse ambiente, com um desafio de produtividade e diante do fato de ter falido, que a gente tem que tentar resolver os nossos problemas”, diz.

Esse cenário complexo traz um desafio maior para a área de saúde relacionado à judicialização, prática que tira

a previsibilidade do setor. “Não discutimos a judicialização que é devida, mas sim de temas e serviços fora do Rol e medicamentos *off label* que ainda não foram incorporados. Não tem como o setor se equilibrar se não souber exatamente com o que está lidando”, diz Gustavo Ribeiro, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e vice-presidente do Grupo Hapvida NDI.

“O setor de saúde como um todo só tem uma saída: A comunicação. Porque a Saúde Suplementar é fundamental para o bom funcionamento do SUS”, avalia Gustavo Ribeiro.

INOVAÇÃO, PESSOAS E TECNOLOGIA

Para avançar de forma sustentável, é inegável a necessidade de investimento em tecnologia e inovação, o que não necessariamente tem a ver apenas com a compra de modernos aparelhos.

Para Ítalo Martins, CEO da Fiibo, um dos caminhos para inovar é aprender com outros setores como financeiro e imobiliário, que já conseguiram estruturar uma mudança disruptiva que trouxe mais agilidade e menor custo.

“O custo de aquisição do cliente na saúde é muito elevado. Com a disrupção, outros setores resolveram isso e o mercado ficou mais dinâmico”, diz.

Para Fábio Nogi, head de inovação e superintendente da Unimed Odonto, dentre os principais impeditivos para que as empresas sejam inovadoras está a cultura organizacional, a falta de pessoas capacitadas, a estratégia de governança e o engajamento da liderança.

“As tecnologias emergentes estão crescendo de forma exponencial, enquanto o nosso modelo de gestão trabalha de maneira linear. 84% dos executivos atestam que a inovação é prioridade em suas organizações, mas 94% estão frustrados com o desempenho da inovação na organização. É preciso arriscar mais, porque mesmo



Os desafios da implementação de Modelos de Remuneração por Performance

O crescimento da Odontologia Suplementar traz desafios na forma de remuneração dos profissionais. Hoje, o modelo mais utilizado é o *fee for service* ou pagamento por serviço, mas já existe um debate em curso sobre novas formas de remuneração, principalmente a remuneração baseada em valor.

Para Ana Paula Cavalcante, gerente da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, é um modelo de pagamento que se concentra em recompensar resultados em saúde.

“Para isso, é preciso considerar a experiência assistencial, o tratamento adequado que proporcione desfechos clínicos de alta qualidade e custos adequados durante toda a jornada. A remuneração baseada em valor incentiva o alcance de bons resultados para os pacientes, ou seja, o modelo de remuneração e o modelo de cuidado têm que estar intrinsecamente relacionados”.

Hoje, as pessoas procuram um plano odontológico para tratar problemas específicos. Muitas vezes, até deixam o plano quando esse problema se resolve.

“Os procedimentos curativos representam 36% dos gastos odontológicos. Isso poderia ser evitado com um trabalho eficiente de prevenção, que é muito menos oneroso. Temos aí um grande desafio de manter esses beneficiários e os fazer entender que eles precisam focar na prevenção”, diz Daniela Moreira Rosa Rossler, coordenadora de credenciamento da Porto Seguro.

Para Clemente Nobrega, sócio da Innovatrix, escritor e palestrante, o primeiro passo a ser dado é entender a noção de valor do usuário de plano odontológico. Isso vai passar pelo monitoramento da satisfação do usuário.

“Tentar modificar as formas vigentes de remuneração que todos conhecemos e que são reconhecidamente perversas e geram incentivos inadequados é algo que não vai dar certo se nós não entendermos que a noção de valor para o usuário deve vir antes da noção de estabelecimento de remuneração, ou seja, dinheiro é consequência de uma escolha que o consumidor faz”.



FOTO: DIVULGAÇÃO



O investimento contínuo em estratégias eficientes e inovadoras por parte das operadoras de planos odontológicos é o motor propulsor do seu próprio crescimento. Aprimorar a competitividade saudável é essencial para o crescimento sustentável de qualquer segmento”

ROBERTO CURY,
presidente da SINOG

quando fracassa, você traz um ativo intelectual para a sua organização”, avalia.

Ao falar de tecnologia não podemos deixar de lado a Inteligência Artificial (IA) e o Big Data, fatores cada vez mais cruciais para serem incorporadas nos negócios.

Para Erika Fuga, head de saúde da Neurotech, a IA vai otimizar e automatizar processos, além de ajudar na criação de novos modelos de negócios. “Vai ajudar o humano a raciocinar, a tomar as melhores decisões e a resolver problemas”.

Um exemplo de aplicação na Odontologia é a empresa Dio Inteligência Odontológica, que utiliza inteligência artificial para detectar sinais radiográficos em poucos segundos, mostrando ao profissional os pontos de atenção em cada radiografia.

Todo esse trabalho da IA só é possível quando acontece a coleta e o processamento de dados, tanto os externos quanto os internos, gerados pelas próprias operadoras e empresas da área.

“A partir do momento que passamos a ter a informação dos beneficiários, será que não temos que cumprir uma nova lógica?”, questiona Caio Mathias, cofundador da Dio.

EXPERIÊNCIA DO CLIENTE

Embora investimento em tecnologia seja fundamental, se a experiência do cliente não for boa, os resultados não serão bons.

Existe, portanto, um desafio de aliar a tecnologia e automação à humanização, o que passa por engajar a rede credenciada já que, no final, é o atendimento que vai ditar a satisfação do cliente.

“A gente contrata um plano para não usar, mas quando usamos queremos ser bem atendidos. E quem faz esse atendimento é o prestador. Então, o desafio das operadoras é engajar toda a rede credenciada. Isso torna tudo mais complexo porque depende de terceiros, mesmo quem tem rede própria”, diz Camilla Kümmel, coach profissional e consultora da área de experiência e atendimento ao cliente.

Apesar do desafio, é uma grande oportunidade de criar diferenciais para o negócio, já que a experiência entre pessoas não pode ser copiada pelo concorrente.

“Toda fragilidade e ansiedade do momento de atendimento acaba nos dando a oportunidade de trazer o encantamento para a ponta. E isso é difícil de copiar”, diz Juliana Bagagli, diretora de atendimento exclusivo da SulAmérica.

ESG com foco em Governança

Um tema pujante em qualquer mercado, inclusive no de saúde, é o ESG (Environmental, Social and Governance). Dentro destas três abordagens, a governança tem um papel fundamental em empresas de qualquer tamanho e vai muito além de decisões formais, de alocação de um investimento ou da conquista de um contrato. Na visão do José Roberto Borges Pacheco, CFO & IRO da Odontoprev, é uma jornada que nunca acaba porque envolve todo o ecossistema de um negócio.

“No fundo, Governança Corporativa é um grande diálogo com o cliente, o prestador, o cre-

denciado, o parceiro, seja ele um capitalista ou mesmo um sócio do seu negócio”.

Para Luciana Kamimura, coordenadora de Planejamento Estratégico Institucional da Fundação Toyota, a governança tem que estar inserida na estratégia do negócio porque essa organização estrutural é que vai preparar as empresas para crescer.

“No final do dia, estamos falando de lucratividade. Para escalar e ter lucratividade, é preciso ter um negócio bem estruturado. Não ter uma boa governança custa mais caro do que ter uma boa governança”, diz.



DIVULGAÇÃO



ADOBE STOCK

COMBATE À FRAUDE

Um assunto que tem trazido muitas questões para todo o setor de Saúde Suplementar é a fraude. É um problema antigo que se intensificou com a digitalização de processos e a exploração das fragilidades do sistema para obter ganhos ilícitos.

As fraudes acontecem em todas as etapas, desde a lista de Beneficiários falsificados, dados trocados, Fraude envolvendo corretores e até funcionários das operadoras. O problema não é apenas das operadoras, mas de toda a sociedade.

“Quem fraudava não está fraudando o plano, mas toda a coletividade. Ele está fraudando os beneficiários em geral e ele mesmo está sendo prejudicado a médio e longo prazo. A fraude ameaça o mutualismo, um dos pilares fundamentais da saúde suplementar e traz impactos regulatórios e na sustentabilidade”, explica Cássio Ide Alves, diretor técnico-médico da Abramge.

Para Nuno Vieira, Sócio, Financial Services da EY Consultoria, o combate à fraude vai acontecer com uso da Inteligência Artificial para reconhecer padrões, mas também precisa do apoio de órgãos públicos e da polícia para investigar. “É muito importante haver a união do setor para conseguir fazer a criação dessa estrutura única no âmbito setorial”.

A REGULAÇÃO E O EQUILÍBRIO DO SETOR

Quando se fala em Saúde Suplementar, não se pode deixar de fora a regulação do setor, feita pela ANS, que tem a função de promover as boas práticas e também fiscalizar.

“A Odontologia Suplementar é um setor em ebulição, com potencial de crescimento muito grande. E a regulação da Saúde Suplementar quer empresas fortes e uma sociedade atendida”, diz Lenise Barcellos, secretária Executiva da ANS.

A própria fiscalização feita pela Agência contribui para o fortalecimento das empresas na medida

em que busca lançar mão de alternativas, por meio da prevenção e mediação, com o objetivo de orientar operadoras e beneficiários e solucionar conflitos entre esses agentes.

“Buscamos, através da NIP (Notificação de Intermediação Preliminar), mediações para possibilitar que a Operadora possa corrigir a sua conduta e resolver a tempo a reclamação. Com isso, evita-se seguir pelo caminho da pressão do regulador”, diz Eliane Medeiros, diretora de fiscalização da ANS.

Nos últimos anos, a Agência vem trabalhando para incluir as peculiaridades da Odontologia Suplementar nas normatizações e regulações. Estabeleceu, dentro da Política de Análise de Impacto Regulatório, a obrigatoriedade de analisar o impacto das normatizações nas operadoras odontológicas.

“Queremos que isso estimule a qualidade setorial, fazendo com que as operadoras possam revisar seus processos internos e promover, de alguma forma, uma concorrência que estimule a melhora da performance”, diz Angélica Carvalho, diretora adjunta da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).

Para Alexandre Fioranelli, diretor de Normas e Habilitações dos Produtos, há um espaço para o crescimento do Setor Odontológico e um dos pontos a ser discutido por todos, incluindo a ANS, é a ampliação do Rol de Procedimentos, que no caso da Odontologia engloba 140 procedimentos e teve sua última atualização em 2013.

“Será que se ampliarmos esse Rol, o setor, daqui a um tempo, pode começar a atingir o mesmo patamar de utilização do ponto de vista médico-hospitalar?”, questiona.

Esse questionamento precisa balizar muitas das discussões do setor, mas sem tirar do horizonte o que é melhor para o beneficiário.

Equalizar atendimento e custos é um desafio para todo o setor de saúde e precisa passar pelo lugar da comunicação, para que a sociedade entenda o mecanismo de funcionamento e a importância da Saúde Suplementar.



FOTO: DIVULGAÇÃO



“Os gastos cresceram acima da inflação nos últimos 35 anos, a carga tributária quebrou as pessoas e o Estado se apropria de mais da metade da riqueza gerada pelo Setor Privado simplesmente para existir. É nesse ambiente, com um desafio de produtividade e diante do fato de ter falido, que a gente tem que tentar resolver os nossos problemas”

WILLIAM WAACK,
jornalista e escritor

ESTRATÉGIA E COMPETITIVIDADE

Desafios para promover avanços na atuação das Operadoras, qualidade do Atendimento Odontológico e garantia de mais amplos serviços para o paciente.

Patrocinador Ouro **odontoprev** Patrocinador Bronze **MetLife**

simplo
Simpósio de Planos Odontológicos



19º SIMPLO – Estratégia e Competitividade

PAINEL 1



Roberto Cury (SINOG), William Waack (jornalista), Gustavo Ribeiro (Abramge) e Fernanda Ceneviva (SINOG)

PAINEL 2



Luciana Kamimura (Fundação Toyota), Roberto Cury (SINOG), José Roberto Borges Pacheco (Odontoprev), Andrea Figueiredo (MetLife Brasil) e Fernanda Ceneviva (SINOG)

PAINEL 3



Nuno Vieira (EY), Roberto Cury (SINOG), Fernanda Ceneviva (SINOG), Cássio Ide Alves (Abramge) e Andre Chidichimo França (Odontoprev)

PAINEL 4



Fernanda Ceneviva (SINOG), Roberto Cury (SINOG), Alexandre Fioranelli (ANS), Angélica Carvalho (ANS), Eliane Medeiros (ANS), Lenise Barcellos (ANS) e Jorge Aquino (ANS)

PAINEL 5



Roberto Cury (SINOG), Camila Kummel (Coach), Fernanda Ceneviva (SINOG), Solange Moretto (SulAmérica) e Juliana Bagagli (SulAmérica)

PAINEL 6



Fernanda Ceneviva (SINOG), Ítalo Martins de Oliveira (Fiibo), Vicente Lapenta (Porto Seguro), Fábio Nogi (Unimed Odonto) e Roberto Cury (SINOG)

PAINEL 7



Roberto Cury (SINOG), Érika Fuga (Neurotech), Caio Mathias (DIO Inteligência Odontológica), Brunna Salgado (OdontoGroup) e Fernanda Ceneviva (SINOG)

PAINEL 8



Roberto Cury (SINOG), Ana Pauta Cavalcante (ANS), Fernanda Ceneviva (SINOG), Daniela Moreira Rosa Rossler (Porto Seguro) e Clemente Nóbrega (Innovatrix)

PAINEL 9



Roberto Cury (SINOG), Rodrigo Rocha (Amil), Karina Oliani (Instituto Dharma) e Fernanda Ceneviva (SINOG)



PODCAST COM ENTREVISTAS EXCLUSIVAS

A M3BS - Miglioli, Bianchi, Borrozzino, Bellinatti e Scarabel Advogado esteve presente como parceira no 19º SIMPLO e produziu um podcast exclusivo com uma série de entrevistas com palestrantes e participantes do evento. Acesse o conteúdo completo: <https://youtube.com/playlist?list=PLFq8QQGxUjfiHhYhFfs5ZCj-ALOOM-cnS&si=qxfkxAfNnRIULxn0>

Mais de 10% dos empregos formais do Brasil estão no setor de saúde



O setor de saúde privado e público emprega 4,924 milhões de pessoas, conforme a 70ª edição do Relatório do Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde divulgada em junho pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A quantidade de pessoas empregadas em março de 2024 representa um crescimento de 1,1% em relação a dezembro de 2023. Vale destacar que o mercado de trabalho como um todo apresentou um aumento de 1,6% no mesmo período, totalizando 46,2 milhões de empregos formais.

Dessas 4,924 milhões de pessoas empregadas cerca de 81,5% correspondem a vínculos formais do setor privado. A região Sudeste detém a maior parte dos empregos na cadeia da saúde, com total de 2,5 milhões de empregados.

O estudo ainda aponta o peso da cadeia da saúde no mercado de trabalho das regiões Norte e Centro-Oeste. Nessas regiões, o emprego gerado pela cadeia da saúde representa 12,5%. No Brasil como um todo, a saúde representa 10,6% do mercado de trabalho.

De março de 2023 a março de 2024, o subsetor que mais contribuiu para a geração de empregos foi o de Prestadores, com a criação de 130.866 novos postos formais de trabalho. Já as operadoras contribuíram com um 6954; os prestadores com 45.571 e os fornecedores com 130.866 postos de trabalho adicionais. De forma conjunta, o saldo do setor privado da saúde totaliza 183.391 postos de trabalho.

O maior saldo está nas posições de auxiliar de escritório (operadoras), técnico de enfermagem (prestadores) e operadoras de caixa (fornecedores).

Melhor experiência para o paciente

O Hospital Vera Cruz, localizado em Campinas (SP) e integrante do grupo Hospital Care, adotou a ferramenta UpToDate®, da Wolters Kluwer, com o objetivo de elevar os padrões de atendimento médico por meio do acesso a informações confiáveis, ajudando os profissionais de saúde da instituição a tomar melhores decisões.

“O UpToDate se destaca por

sua abordagem omnichannel, consolidando várias fontes em uma única solução. Sua usabilidade intuitiva e capacidade de fornecer uma visão abrangente das melhores práticas clínicas também posiciona a ferramenta como um referencial em comparação com outras bases de informações,” explica o diretor técnico médico do Hub Campinas, Dr. Gabriel Redondano.





SOLEINIDADE
de posse do novo presidente da Abramge realizada em Brasília contou com a presença de diversas autoridades e empresários, como o vice-presidente da República, Geraldo Alckmin; o presidente do Senado Federal, Rodrigo Pacheco; os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), Gilmar Mendes e Dias Toffoli; o ministro da Justiça, Ricardo Lewandowski; o presidente da ANS, Paulo Rebello, e Daiane Nogueira de Lira, Conselheira do CNJ

BUSCA PELO EQUILÍBRIO É MISSÃO DA NOVA DIRETORIA

Diálogo e sustentabilidade são palavras-chaves na gestão do novo presidente da Abramge, que atuará nos próximos anos focado em buscar soluções para ampliar o acesso à saúde suplementar

Gustavo Ribeiro assumiu a presidência da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) para o biênio 2024-2026 atento aos enfrentamentos do setor de saúde suplementar. Para isso, uma das suas prerrogativas é a busca pela sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil.

“Hoje o setor busca o reequilíbrio. Esse caminho passa por desafios como aumentar o acesso para a população brasileira aos planos de saúde, aliado a condições que garantam a saúde perene do setor”, afirma.

Para tanto, ele se compromete com a transparência na divulgação dos números da saúde suplementar, assim como nas ações para enfrentamento dos desafios

postos. “O brasileiro deseja a segurança que a saúde suplementar proporciona e espera que o custo seja compatível com o orçamento. Aumentar o acesso da população ao sistema, oferecendo um serviço de alta qualidade, é o que lutamos como entidade”, ressalta.

É fato que há a necessidade de fortalecer o diálogo entre a Abramge, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Parlamento e o Judiciário para superação da crise no setor, que responde por 6% do Produto Interno Bruto (PIB). E é nessa direção os esforços da nova diretoria da Abramge, liderada por Ribeiro.

Fortalecer a articulação da saúde suplementar com os demais agentes sociais em torno de uma agenda estratégica propositiva baseada na ciência é um dos grandes desafios da diretoria que assume a gestão da Abramge pelos próximos dois anos.

“Ao propor um novo pacto, nosso objetivo é o de ampliar o acesso à saúde, desafogando e desonerando o SUS e garantindo a sustentabilidade do setor”, destaca.

Navisão de Ribeiro, nos dois anos à frente da Abramge será preciso ampliar a transparência a pontos nevrálgicos que regem a relação entre os operadores da saúde e a sociedade.

Afinal, a crença de muitos de que o setor quer ser elitista é contraditório ao propósito maior que é ampliar o acesso da população aos planos de saúde.

No entanto, o presidente da Abramge lembra que há uma série de fatores que impactam os custos e que se traduzem em reajustes maiores, tudo isso na busca de reequilibrar o sistema. Entre os impactos mais significativos estão as fraudes e a judicialização indevida da saúde.

COMUNICAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

A incorporação de novas tecnologias no rol de procedimentos dos planos de saúde tem riscos e custos. “Decisões judiciais que determinem a inclusão da cobertura, sem análise do impacto do seu custo sobre o

sistema e a sua efetividade, afeta, indiscriminadamente, todos os beneficiários. Isso acontece porque os planos funcionam à base de financiamento coletivo, ou seja, o usuário não paga por aquilo que usa, mas pela segurança do sistema, que administra o montante de recursos de modo a atender a quem precisa na medida em que precisa”, analisa Ribeiro.

Ele defende o uso consciente do sistema e destaca a importância do investimento em informação, como o *Movimento Todos por Todos com Muita Saúde*, encampado pela própria associação com o objetivo de mostrar como funciona a saúde suplementar e como o uso adequado pode baratear custos a médio prazo.

“Precisamos aprender a nos comunicar de maneira correta com a sociedade, com os formadores de



A existência da saúde suplementar é essencial para o bom funcionamento do SUS. O Brasil de hoje é inimaginável sem a atuação desse setor que, ao desafogar o sistema público, contribui para a sustentabilidade dele também”

GUSTAVO RIBEIRO,
presidente da Abramge

A ABRAMGE EM NÚMEROS

140 OPERADORAS ASSOCIADAS

17 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS

35% DO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO MERCADO

19 PRESEÇA EM UNIDADES FEDERATIVAS DO PAÍS



O brasileiro deseja a segurança que a saúde suplementar proporciona e espera que o custo seja compatível com o orçamento. Aumentar o acesso da população ao sistema, oferecendo um serviço de alta qualidade, é o que lutamos como entidade”

GUSTAVO RIBEIRO,
presidente da Abramge

opinião, com os políticos e com o poder judiciário. Para levar para todos a notícia da importância desse setor, o porquê precisamos permanecer em pé e, conhecendo o problema, trabalhar para se organizar dentro desse cenário”.

Ele destaca que, hoje, um a cada quatro brasileiros tem planos de saúde e no total já somam 51 milhões.

“A existência da saúde suplementar é essencial para o bom funcionamento do SUS. O Brasil de hoje é inimaginável sem a atuação desse setor que, ao desafogar o sistema público, contribui para a sustentabilidade dele também”.

ACESSO E EQUILÍBRIO

A prevenção das doenças é outro ponto para o qual Ribeiro chama a atenção. Afinal, com mais acesso, as pessoas podem cuidar mais da saúde e diagnosticar problemas precocemente, o que contribui para o tratamento e também para a redução dos custos. “Quando falamos em saúde complementar, suplementar e saúde pública, estamos falando de uma só saúde. O sistema particular existe justamente para desafogar a saúde pública e permitir ao SUS um melhor orçamento per capita para atender a população”.

O fato de o plano de saúde ser o terceiro maior desejo de consumo dos brasileiros, conforme pesquisa Vox Populi feita à pedido do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), mostra o potencial de crescimento e também a missão da Abramge. “Aumentar o acesso da população ao sistema é possível e é uma das razões de ser da Abramge”, ressalta.

No entanto, a ampliação da acessibilidade depende de equilíbrio. E esse é um ponto focal da gestão de Ribeiro.

O novo presidente tem Renato Casarotti, seu antecessor na presidência da Associação como vice-presidente. Na nova dire-

toria da Abramge também estão Marcelo Sanches Dietrich (Doctor Clin), Luiz Celso Dias Lopes (Hapvida NDI), Paulo Jorge Rascão Cardoso (Grupo Athena), Dulcimar de Conto (Nossa Saúde) e Rodrigo Mafra (Sermed). Marcos Novais, à frente do corpo executivo desde janeiro de 2020, permanece na função, assim como os demais diretores executivos da entidade.

Advogado, Mestre em Direito do Estado, com ampla experiência em saúde suplementar, Ribeiro foi vice-presidente da Fundação Zerbini, ligada ao In-Cor da Faculdade de Medicina da USP. Na área pública atuou como assessor especial do Gabinete pessoal do Presidente da República entre os anos de 2015 e 2016. Atualmente, é vice-presidente de Relações Institucionais e Contratos Públicos da Hapvida Notre-Dame Intermédica.

DIRETORIA PARA O TRIÊNIO 2024-2026

Presidente
GUSTAVO RIBEIRO

Vice-Presidente
Renato Casarotti

Diretores:
Marcelo Sanches Dietrich
Luiz Celso Dias Lopes
Paulo Jorge Rascão Cardoso
Dulcimar de Conto
Rodrigo Mafra

Conselheiros Fiscais Titulares:
Andre Thomaz de Aquino – **Presidente**
Waldemar Henrique Rausch Júnior – **Secretário**
Rafael Eduardo Fares Gualda

Conselheiros Fiscais Suplentes:
Natalia Akemi Tamura
Alexandre da Silva Lima
Fabiana Perpetua Silva de Matos



28º
Congresso
Abramge



SAÚDE 4.0



21 e 22 de novembro

Centro de Convenções 2 do Distrito Anhembi (antigo Anhembi)
Av. Olavo Fontoura, 1209 - Santana, São Paulo/SP

Saiba mais em congressoabramge.com.br

Realização



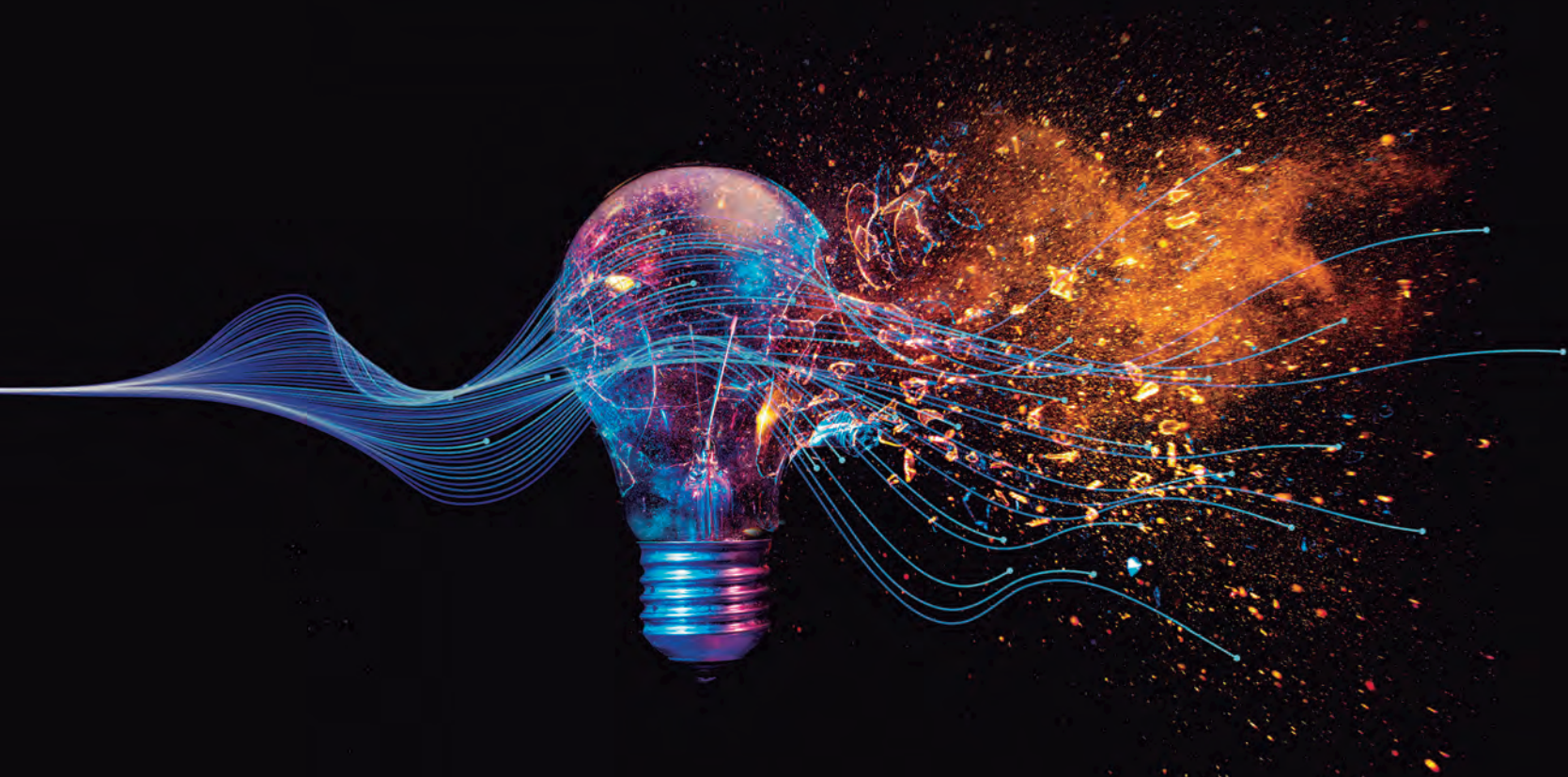
Apoio



Healthcare **Innovation Day**

07.08.24 | Cubo Itaú

Alameda Vicente Pinzon, 54 - Vila Olímpia, São Paulo/SP



Idealizado pela Abramge e com a participação de startups da área da saúde, o evento promete ser uma verdadeira imersão no universo da inovação em saúde.



Informações e inscrições <https://bit.ly/hidabramge>

Realização



Startup em Destaque



Local



Apoio

