

Por Fabiana Cambricoli

Racionalizar a incorporação de novas tecnologias de saúde, investir em atenção básica e em programas de prevenção e estimular o uso consciente do plano pelos pacientes são as principais medidas defendidas por especialistas, operadoras e governo na tentativa de impedir que o aumento dos gastos de saúde faça com que o convênio médico se torne, no futuro, um serviço que poucos poderão pagar.

Se já é certo que o número de pacientes idosos nos planos subirá ano a ano, o esforço das operadoras deve se concentrar em promover um envelhecimento saudável dos seus beneficiários, diminuindo, assim, fatores de risco para doenças graves que levam ao aumento dos gastos.

É por isso que uma das principais medidas estimuladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a oferta de programas de prevenção e promoção da saúde.

“Com as mudanças demográficas e o envelhecimento da população, aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiovasculares, diabete. Combatendo o tabagismo, o sedentarismo e hábitos alimentares indevidos, esses programas melhoram a condição de saúde da população e impactam num menor custo assistencial das operadoras”, diz Raquel Lisbôa, gerente-geral de regulação assistencial da ANS.

A agência regulamentou esse tipo de iniciativa em 2005, oferecendo pontuação extra no índice de desempenho das operadoras àquelas empresas que oferecerem iniciativas do tipo. Nos últimos três anos, o número de programas cadastrados no órgão governamental passou de 820, em dezembro de 2012, para os atuais 1.367.

Há operadoras que, além de oferecer acompanhamento médico, nutricional e psicológico, dão bonificações aos clientes que se engajam nos projetos preventivos. Do total de programas existentes, cerca de 300 dão algum incentivo, como descontos em academias e em restaurantes. Dois projetos dão desconto na mensalidade ao participante do projeto.

“A regra da ANS, no entanto, diz que as bonificações não podem estar atreladas aos indicadores de saúde do paciente, mas ao fato de ele participar ou não do programa”, diz Raquel.

Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa as maiores operadoras do País, os programas de prevenção têm papel importante para ajudar a manter as despesas sob controle, mas não bastam.

O peso da oferta de novas terapias e medicamentos não deve ser desconsiderado. “Entre os ajustes necessários no setor estão disciplinar as incorporações de novas tecnologias de acordo com critérios de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício; formular diretrizes de utilização para que se evitem prescrições médicas que não encontram respaldo nas melhores evidências científicas; reformular o modelo de remuneração dos prestadores de serviços, valorizando resultados clínicos; conter a judicialização do setor, seguindo regras contratuais e legisladas e criar mecanismos para coibir fraudes”, defende José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde.

Professor de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) especializado em economia da saúde, Denizar Vianna apoia a adoção de critérios mais rigorosos na incorporação de novos procedimentos ao rol mínimo de coberturas dos planos. “Tem de haver mais racionalidade no uso dessas tecnologias, com critérios baseados em evidências científicas. É preciso dar o tratamento certo, para a pessoa certa, na hora certa. Se oferecermos todas as tecnologias para todos, a conta não vai fechar.”

O uso inadequado de recursos também é algo que deve ser combatido. “O paciente acha que, por ter um plano, ele tem de usar o máximo possível, fazer todos os exames mesmo sem ter nenhum problema. Isso encarece o sistema como um todo. O beneficiário é o elo mais frágil e deve ser protegido, mas precisa ter consciência do seu papel nisso tudo”, afirma.

### **Rede própria**

Vianna diz ainda que deverão se tornar cada vez mais comuns as operadoras que optam por investir em uma rede própria de hospitais e ambulatórios, o que aumenta o controle de custos. A estratégia já é adotada por empresas como Amil, Intermédica e Prevent Senior.

“É verdade que, nesses casos, o consumidor acaba tendo menos opções de prestadores de serviço, mas é o que acaba sendo mais factível. Um plano de livre escolha, em que o cliente tem acesso ao hospital ou laboratório que quiser, será cada vez mais para uma minoria”, afirma ele.

Para evitar que o aumento de custos deixe o cliente sem plano após a aposentadoria por falta de condições financeiras, a FenaSaúde apoia ainda a proposta do chamado VGBL Saúde, uma espécie de previdência privada exclusiva para gastos com saúde.

“Ele poderá ser um grande aliado e ajudar a custear a mensalidade depois de a pessoa deixar o mercado de trabalho. A ideia é acumular parte do valor da mensalidade em um fundo de capitalização individual, que ajudaria o cidadão a arcar com os gastos médicos e o plano de saúde após a aposentadoria, quando a necessidade de assistência sobe e a renda, normalmente, diminui”, diz o diretor executivo da federação.

**Fonte:** Agencia Estado/[anahp](#), em 27.07.2015.