

Por Alberto Ogata

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de lançar a [última versão do Mapa Assistencial](#). Ele foi construído a partir das informações enviadas pelas operadoras de saúde em 2016 através do Sistema de Informação de Produtos (SIP) e também das informações contidas no sistema de troca eletrônica de dados de atenção à saúde na saúde suplementar (TISS). Além disso, desde 2015 a ferramenta D-TISS permite visualizar a quantidade e o valor médio praticado em vários procedimentos ambulatoriais e a quantidade dos procedimentos realizados em ambiente hospitalar. Trata-se de uma fonte muito importante de informação para os gestores e planejadores em saúde, particularmente considerando-se que o preenchimento do SIP foi expressivo ao longo de 2016, tendo variado entre 94,12% no 1o. trimestre e 92,27% no 4o. trimestre. Isso corresponde a um percentual superior a 99,54% do total de beneficiários.

O número de consultas médicas informadas ao SIP, no período compreendido entre 2014 e 2016, apresentou certa estabilidade ao longo dos últimos 3 anos, tendo sido observada uma variação de 5,4 consultas por beneficiário em 2015 a 5,7 consultas por beneficiário em 2016 para a totalidade do setor.

Com relação aos exames subsidiários, entre 2014 e 2016, verificou-se um aumento de 12% no número de exames informados ao SIP. O Mapa Assistencial realizou uma análise específica em relação a dois procedimentos diagnósticos. O número de exames de tomografia computadorizada por mil beneficiários, de acordo com as informações encaminhadas pelas operadoras à ANS, apresentou um incremento de aproximadamente 21% entre 2014 e 2016, tendo passado de 123 em 2014 para 149 em 2016. Da mesma maneira, O número de exames de ressonância magnética por mil beneficiários, de acordo com as informações encaminhadas pelas operadoras à ANS passou de 119 em 2014 para 149 em 2016.

No entanto, um resultado chama bastante a atenção. O número de tomografias computadorizadas variou de 110/1000 na medicina de grupo a 300/1000 nas seguradoras. Da mesma maneira, o número de ressonâncias magnéticas variou de 108/1000 nas medicinas de grupo a 276/1000 nas seguradoras. O número destes exames realizados pelos beneficiários das seguradoras também é significativamente superior em comparação às autogestões. Sem dúvida, este resultado merece uma reflexão mais aprofundada. Somente o maior controle de acesso explicaria esta discrepância? Quais são os impactos desta realidade na operação das seguradoras?

Certamente, a reflexão sobre a questão das taxas crescentes de utilização de exames subsidiários deverá ir além meramente da discussão sobre modelos de remuneração, restrição a acesso ou incorporação de tecnologia. É fundamental que se busque adotar modelos assistenciais mais integrados e efetivos. Por exemplo, as taxas de hemodiálise crônica aumentaram de 32,8/1000 beneficiários em 2014 para 38,9/1000 beneficiários em 2016. Certamente, o principal fator determinante deste aumento foi o mal controle dos principais fatores associados à insuficiência renal crônica, ou seja, o diabetes e a hipertensão arterial. De nada adianta busca regular ou adotar medidas de gestão se os hipertensos e diabéticos não tiverem melhor controle de sua condição.

Com relação às internações, entre 2014 e 2016 verificou-se um aumento médio de 6% para a totalidade do setor – tendo passado de 160 internações por mil beneficiários em 2014 para 170 internações por mil beneficiários em 2016. Os maiores aumentos no período foram observados nas operadoras das modalidades de autogestão e seguradoras especializadas em saúde. As operadoras da modalidade medicina de grupo apresentaram o menor número de internações por mil beneficiários nos três anos do período, com uma tendência de queda. As internações psiquiátricas se constituíam numa modalidade negligenciada pelas operadoras, pelo seu baixo custo relativo, mas houve um aumento de 132.824 em 2014 para 157.490 em 2016, demonstrando a relevância da abordagem da saúde mental de maneira mais integral na saúde suplementar.

Merece destaque as informações relativas à evolução da realização de cirurgias bariátricas na saúde suplementar onde optou-se pela comparação entre o número de cirurgias informado ao SIP pelas operadoras e a população com mais de 18 e menos de 65 anos, em planos médico-hospitalares com cobertura de internação. O número de cirurgias bariátricas por mil beneficiários elegíveis em função da idade passou de 1,36 em 2014 para 1,63 em 2016, equivalente a um aumento de 20% ao longo do período considerado. Através da análise dos dados da pesquisa VIGITEL Saúde Suplementar mais recente, se observa um aumento de 12% do número de beneficiários da saúde suplementar com excesso de peso entre 2008 e 2015, tendo passado de 46,5% em 2008 para 52,3% em 2015. Ao mesmo tempo, houve um aumento de 36% no número de obesos no período, que de 12,5% em 2008 saltou para 17% em 2015. A ANS está buscando construir linhas de cuidado e orientações práticas específicas para a saúde suplementar, em parceria com pesquisadores, universidades e entidades científicas, para o enfrentamento da obesidade. No entanto, está claro que se trata de uma questão nacional, com grande influência dos determinantes sociais de saúde, inclusive relacionados a aspectos econômicos, sociais, educacionais e políticos não cabendo às operadoras de saúde a maior responsabilidade em seu enfrentamento e prevenção.

As informações do Mapa Assistencial da ANS, assim como os dados que podem ser obtidos através das planilhas do SIP, são extremamente úteis para estudo, planejamento e elaboração de estratégias assistenciais na saúde suplementar.

**Fonte:** [Saúde Business](#), em 21.06.2017.