

3º Fórum, realizado pela FenaSaúde, propõe soluções para o setor com debates envolvendo economia, combate às fraudes, participação público/privada, atuação das agências reguladoras e custos da saúde

Hoje, dia 06, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) continuará a realizar os debates sobre o setor, no 3º Fórum da Saúde Suplementar, que acontece, em São Paulo. Com mais de 700 pessoas inscritas, o evento debaterá a cobertura, concorrência e os custos crescente da saúde, além de apresentar a agenda de ações para 2018. O evento é transmitido ao vivo pela internet, pelo **site do Estadão** e as discussões de também ficarão disponíveis neste canal.

Na solenidade de abertura, realizada ontem, Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde e vice-presidente da CNseg, ressaltou o desafio em dar continuidade aos debates ocorridos nos fóruns anteriores. “Existe a possibilidade de soluções viáveis para os próximos dois anos. Os diagnósticos dos problemas setoriais de saúde já foram feitos. Agora temos que fazer as melhores escolhas e estreitar os prazos de solução. Não há mais tempo de espera. Temos que multiplicar as alianças institucionais de diversos grupos do setor da saúde em busca de soluções. O custo da saúde está ficando impagável é preciso mudar modelo de acesso e de pagamento. No primeiro fórum, discutimos a sobrevivência do setor. No ano passado, falamos sobre as escolhas que tínhamos. Agora temos que agir por uma saúde melhor para um Brasil melhor”, afirmou Solange.

Claudio Lottenberg, presidente do Instituto Coalizão Saúde e do UnitedHealth Group Brasil, disse que o segmento de saúde é uma área de pujante. “Este setor é responsável por trazer oportunidades possíveis para o Brasil e todos nós”. Francisco Balestrin, presidente do conselho de Administração do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs) e do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), completou comparando a cadeia de serviços da saúde suplementar aos elos de uma corrente. “O setor não precisa pensar da mesma forma, mas deve buscar soluções conjuntas com o mesmo objetivo que é a prestação de um atendimento de qualidade para a população. O destino tem que ser o mesmo”, reforçou o presidente da ANAHP.

Marcio Serôa de Araujo Coriolano, presidente da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), destacou ainda, que “os diagnósticos estão prontos. Não há mais tempo a perder. Temos que pactuar com um plano de estabilização de acesso e de custos da saúde. O tempo é implacável e temos que buscar uma solução mínima”.

O representante da ANS afirmou que as soluções do setor estão no caminho correto e são legítimas para conseguir promover as mudanças. “De fato, é hora de agir”, concluiu Leandro Fonseca da Silva, diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Economia em recuperação

O professor da Escola Brasileira de Economia e Finanças da Fundação Getúlio Vargas (EPGE-FGV), Samuel de Abreu Pessôa, expôs um panorama sobre “O que esperar da política e da economia do Brasil nos próximos anos”. Com um tom de otimismo e esperança, o economista apresentou dados que a recuperação econômica será lenta, mas sólida.

Apesar de afirmar que atravessamos a maior crise econômica dos últimos 120 anos, Pessôa disse que “finalmente traz uma mensagem otimista”. Para o economista, o crescimento voltou, em uma velocidade lenta, mas não teremos uma nova crise porque é uma recuperação sólida. A aprovação da reforma política, a maturidade da sociedade e o processo mais transparente do setor público são os motivos, que segundo o professor de economia, ressaltou como favoráveis a retomada.

A perda do PIB per capita foi profunda e, de acordo com dados do economista, a retomada não nos recolocará na trajetória que estávamos antes da crise. O crescimento de 0,7% para este ano ainda terá uma perda de 0,1% do PIB per capita. “O gasto primário do governo dobrou de 10% do PIB para 20% nos últimos 25 anos após redemocratização. Este processo esgotou e gerou endividamento público sem precedentes. Além disso, houve abandono dos processos estruturais e desequilíbrio do gasto. Quando a receita era favorável, estávamos em momento de euforia, quando o cenário inverteu, os gastos ficaram evidentes”, explicou Pessôa que acredita que 2018 terá um cenário mais sólido com tempo para um processo eleitoral maduro. “Este ano, a economia cresce 0,7%. No próximo ano, teremos um crescimento de 2,5%, com viés de alta. A inflação terá um déficit com uma safra positiva em 2018. Acreditamos que conseguiremos dar continuidade a nossa arrumação de casa para ter um processo eleitoral mais consciente”, esclareceu o economista.

Experiências e desafios com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): EUA e Brasil

O primeiro debate do 3º Fórum da Saúde Suplementar contou com o relato de experiências positivas de identificação de fraudes no setor de saúde, mas revelou que pouco foi realizado devido à falta de condenação dos acusados no Brasil. Em contraposição, a experiência norte-americana apresentada pela Conselheira sênior da Associação Norte-Americana de Planos de Saúde (AHIP), Carmella Bocchino, comprovou que as condenações, principalmente em ações criminais contribuem para a redução das fraudes.

“A legislação criada para combater as fraudes e abusos do uso de OPME fazem com que a punição seja realmente aplicada. Os médicos que direcionam tratamentos por questões financeiras são realmente punidos. Isso muda a relação do governo com médicos e hospitais. É necessário confiar em quem toma as melhores decisões”, explicou Carmella.

O maior mercado do mundo de dispositivos médicos é os EUA, com perspectiva de aumento de 6%, ao ano, nos próximos anos. Com a maior expectativa de vida, a melhoria dos procedimentos e uma saúde melhor para a população, os gastos com a saúde também aumentam. A agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (FDA) é responsável pela regulamentação dos dispositivos que podem entrar no mercado em substituição dos existentes. “É um processo em evolução constante, mas sem melhorias no preço. Alguns dispositivos ainda são avaliados pelos riscos. Tivemos uma série de recall de OPME defeituosos. Com isso, temos qualidade duvidosa de alguns produtos. Em uma pesquisa, identificamos que 81% dos médicos não sabiam os custos dos dispositivos que usavam, nem a procedência. Temos que atuar também na conduta médica, unir segurança a custo, recompensar os médicos que tenham compromisso com os resultados, nunca baseados no volume e na qualidade”, afirmou a conselheira da AHIP.

Procedimentos com nenhum ou pouco benefício para o paciente é uma das fraudes que acontecem no setor que geram uma ameaça à sustentabilidade da Saúde Suplementar. Cerca de 47% dos procedimentos cirúrgicos realizados não têm indicação cirúrgica, são desnecessários. Aliado ao uso indevido do plano de saúde, como empréstimos de carterinhas, reembolsos superfaturados, documentos falsos, que não são considerados crimes.

“Nada aconteceu após as denúncias de fraudes no uso de OPME no Brasil, em 2014. Não tem nenhum médico preso, as liminares abusivas continuam, não há consistência nas denúncias e não há tipificação de crime. Somos reféns desta situação. Temos que acabar com este flagelo da saúde brasileira. Falamos de mudanças no modelo de pagamentos há 12 anos. Não temos tempo mais. Os clientes não suportam mais os aumentos médicos e hospitalares. Temos que tonar a saúde de qualidade para a gerações de brasileiros agora ou será tarde demais”, denunciou Irlau Machado Filho, presidente da NotreDame Intermédica e vice-presidente da FenaSaúde.

As operadoras reforçam a necessidade de atuação urgente na Saúde Suplementar. Para Thais Jorge de Oliveira e Silva, diretora da Bradesco Saúde, sem novas práticas de gestão não será possível ter

um setor saudável. “Temos que ter novas práticas de gestão, realizar compras, avaliar prestadores com critérios em busca de resultados saudáveis. Não dá para continuar com a utilização de OPME da forma que está – quanto mais melhor, sem prezar pela qualidade. O incentivo pela utilização de quantidade é o que faz as fraudes acontecerem. Em uma pesquisa em 48 protocolos de ortopedia, com avaliação de 5 marcas importadas sem diferenças de aplicação, 71% do material utilizado foi o de maior custo. Temos que mudar o parâmetro com transparência”, revelou a executiva.

Tereza Villas-Bôas Veloso, diretora técnica médica e responsável pelo relacionamento com prestadores da SulAmérica, desabafa dizendo que “muito pouco efetivamente está sendo feito e o mercado não aguenta mais”. Uma solução apresentada por ela é a negociação direta com a indústria e com os distribuidores. “Temos que negociar em escala, selecionar matérias de primeira qualidade, através de um acordo nacional. Os hospitais já estão em processo de mudança. Toda a cadeia tem que ter acordos baseados em protocolos afirmados por todas as partes. O médico é o centro deste processo. Enquanto não trazer o médico para o jogo não teremos vencedores”, sugeriu Tereza.

O chefe do serviço de clínica e cirurgia da coluna vertebral da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Edmond Barras, concorda que o médico é o ponto crucial. Porém para ele, a decisão de um único médico não pode ser contestável. “Temos hoje, profissionais com formação deficitária, que solicitam exames caros de imagens com a esperança que o radiologista forneça o diagnóstico. Cerca de 30% dos exames feitos não são nem retirados dos laboratórios. Além disso, as indicações de cirurgias baseadas apenas nos exames de imagens e as propinas recebidas de fornecedores favorecem as fraudes. Ainda existe a conivência dos hospitais. Com o aumento do custo por paciente devido à complexidade da cirurgia aumentam as diárias, principalmente de UTI. Sem falar nos ganhos em cima das OPME. Temos que estabelecer diretrizes de conduta baseadas em estudos internacionais e tomar decisões a partir de uma análise de um colegiado de especialistas. Melhorar os honorários médicos também é necessário”, afirma Barras.

Já o diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Jarbas Barbosa, apresentou as ações da instituição em busca de soluções. “Estamos trabalhando para uma padronização na denominação das OPME. Iniciamos um processo de obrigatoriedade de etiquetagem, seguindo os padrões internacionais, regulamentando o registro nacional de implantes e, com isso, teremos uma oportunidade favorável para prevenir e evitar a fraude da fabricação que coloca em risco os pacientes e outros desvios de cobranças. O crime deve ser tratado na lei, trabalhando em conjunto teremos respostas em curto e médio prazo”, explicou.

Cooperação público-privada

Na parte da tarde de ontem, o debate sobre “Cooperação público-privada no combate a fraudes e abusos em saúde” iniciou com a exposição das ações realizadas pela Associação Antifraude dos Estados Unidos. O presidente do Conselho de Diretores da National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) e vice-presidente de Investigações da UnitedHealthCare (UHC), Rick Munson, reforçou que a cooperação entre todas as entidades envolvidas no combate à fraude deve ser a base para a busca de soluções para os problemas do setor.

“O papel da associação, fundada há quase 32 anos, é fazer com que o público e o privado combatam as fraudes na saúde. Todas as organizações envolvidas estão com o mesmo objetivo: compartilhar informações. Temos um sistema de registro de todos os casos para que podemos acompanhar os processos, melhorar a atuação e garantir a solução dos casos. O crime organizado está cada vez mais atuante no setor da saúde, se as pessoas não forem condenadas, não haverá solução. Por isso, é muito necessário treinamento, sistemas, processos e atuação para que haja a condenação e o confisco dos ativos que foram usados na fraude”, explicou Munson.

O uso da tecnologia a favor do combate à fraude também foi exposto pelo presidente da NHCAA. “É importante que a troca de informações seja tratada como dados, utilizada como recursos para a

melhoria dos processos e, se tratando de fraudes não há concorrentes, há parcerias”, afirmou.

Saldanha Palheiro, ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ), reconhece que é necessário penalizar os profissionais no Direito Criminal. “Não estamos acostumados a penalizar os médicos por diagnósticos errados, apenas em casos de erros gravíssimos. Temos que começar a exercer maior controle e criminalizar as condutas que hoje ficam no plano ético”, afirma o ministro. Já a Agência Nacional de Saúde (ANS) declara que as avaliações precisam ser mais criteriosas. “É necessário o conhecimento técnico para que as avaliações sejam mais efetivas. O médico não pode jamais lucrar pela indicação de protestos e medicamentos”, reforça Karla Santa Cruz Coelho, diretora de normas e habilitação dos produtos da ANS.

As operadoras e hospitais começam a criar os próprios setores de identificação de fraudes. O CEO da Amil Assistência Médica Internacional e vice-presidente da FenaSaúde, Sérgio Ricardo Santos, revelou que o setor de detecção de fraudes da operadora já recebeu 1.810 denúncias desde janeiro deste ano. Deste total, 297 foram fraudes confirmados e 90 foram encaminhados para a ação criminal. “Estamos caminhando para uma situação de insustentabilidade do setor público e privado. Passamos a revisar mais, fazer mais parcerias e atuar mais próximos do ministério da Justiça”, contou Santos.

Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), disse que 80% das denúncias recebidas no hospital são registradas no canal de denúncias do próprio hospital. “Começamos a mapear os riscos. Estamos identificando as práticas fraudulentas e através de câmeras técnicas estamos julgando os procedimentos. Atuamos em treinamento e buscamos as respostas para as causas ilícitas até o último minuto”, afirmou.

A elaboração de um código de conduta foi uma das soluções encontradas pela Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed) para orientar o setor. “Estamos desenhando contratos com setor de saúde e vamos continuar a construir em conjunto com as operadoras decisões estratégicas em busca das melhores práticas. O código de conduta serve para nortear os nossos associados e também servem para as operadoras”, explicou Cláudia Alice Cohn, presidente do conselho deliberativo da Abramed.

Fonte: [CNSeg](#), em 06.10.2017.