



Nesta terça-feira, 26 de novembro, o assessor médico da diretoria da Associação Paulista de Medicina, Marcos Pimenta, esteve na **3ª edição do Seminário Folha Saúde Suplementar**, expondo a posição da entidade acerca dos debates no setor. Ele foi um dos participantes da mesa “Mudanças na legislação”.

Também estiveram neste módulo Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab); Paulo Furquim de Azevedo, coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper; Paulo Roberto de Oliveira Webster, diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços da Unimed; e Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde).

“Essa é uma discussão extremamente proveitosa e é importante falarmos a respeito da nossa visão, dos médicos. De início, temos que verificar o que foi a Lei 9.656/1998 – antes dela não havia regulação. Ou seja, qualquer um podia comercializar planos de saúde e sair a qualquer momento do mercado, oferecer serviços sem declarar aos usuários os benefícios, etc. Foi, então, um marco regulatório com grandes avanços. Ela já tem 21 anos, podemos repensar e aprimorar, mas sem perder os avanços”, iniciou Marcos Pimenta.

O assessor da APM logo destacou a obrigatoriedade de cobertura do Rol de Procedimentos, definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e renovado a cada dois anos. Em sua visão, é essencial que essa ferramenta seja preservada, de forma que todos os usuários saibam o mínimo que estão contratando.

“Vivencio a área desde 1988. Trabalhei 10 anos na era pré-regulamentação. Planos com segmentação de coberturas existiam. O paciente não sabia se tinha UTI, se tinha cirurgia. Quem não é da área da Saúde não consegue saber os detalhes do que contrata. E os médicos trabalham com princípio de cobertura universal de agravos”, completou.

Outro ponto abordado pelo especialista: a incorporação de tecnologia. Ele reconheceu que isso costuma encarecer a Saúde, inclusive tornando a inflação no setor maior do que todos os outros índices oficiais. Dessa maneira, Pimenta indicou que é preciso encontrar, entre todos os atores, uma pactuação transparente e que encontre pontos de convergência. Também mencionou que a Medicina Baseada em Evidências pode ser uma ferramenta muito importante nesse sentido.

Ao longo de sua explanação, destacou ainda a responsabilização dos gestores de planos como fato

muito importante, mencionou a necessidade de combate a fraudes, o problema de Judicialização na Saúde e o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros temas. “A APM fica à disposição para mostrar o posicionamento dos médicos. Muitas vezes somos alijados das discussões e queremos contribuir. Também desejamos aprimorar o sistema, sem destruí-lo. Todos que participam do segmento têm de ter voz”, concluiu.

Posição das operadoras

Como uma entidade que representa 15 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, a FenaSaúde tem estado em voga nas discussões sobre as alterações na legislação dos planos. Presente no debate, a diretora executiva da entidade, Vera Valente, afirmou que a Federação não defende apenas revisão da regulamentação, mas o aumento do acesso à saúde suplementar, que definiu como um grande desafio.

“O SUS é um grande avanço, mas tendo em vista as restrições orçamentárias há dificuldades de acesso amplo, universal e integral à população. Como construir um modelo em que mais pessoas possam ter acesso, então, à saúde suplementar? As sugestões passam por isso e é importante colocá-las para o debate amplo da sociedade, para que tenhamos contribuições e avancemos no problema que todos concordamos: o acesso”, argumentou.

Na sequência, Vera falou um pouco da mudança do perfil dos brasileiros nos últimos 21 anos – quando foi publicada a Lei 9.656/1998. “A população de idosos praticamente dobrou e tivemos uma inversão da pirâmide. A expectativa de vida cresceu e isso mudou o perfil epidemiológico. Temos mais doenças crônicas, que exigem mais atendimentos e permanente acompanhamento. Isso, bem como as novas tecnologias, aumentam muito o custo da Saúde. Isso é positivo, mas traz impacto.”

Dessa forma, a executiva entende que uma das formas de acomodar todas essas questões, trazendo mais beneficiários, pode ser com planos mais baratos, com segmentação. “Para que as pessoas possam escolher opções que atendam suas necessidades. A FenaSaúde discute também a volta do plano individual”, completou Vera.

Entre outros pontos, levantou ainda o modelo de remuneração dos prestadores de serviço e definiu o fee for service como perverso. “Quanto mais se usa, mais se ganha. Precisamos rever os modelos que sejam mais voltados aos usuários, que agreguem valor à atenção, não necessariamente ao excesso de procedimentos e exames.”

Discussão

Alessandro Acayaba também mencionou o Rol de Procedimentos durante a sua explanação. “Hoje temos cinco tipos de planos e a ideia defendida é que existam mais. Certamente haverá restrição da cobertura do Rol. O próprio autor dessas propostas afirma que o consumidor tem dificuldade, no momento da enfermidade, em achar seu especialista. Maior dificuldade terá no momento da contratação do plano, em que não sabe que doença poderá ter depois”, argumentou.

O presidente da Anab ainda tratou dos planos individuais: “Eles permanecem e é possível comercializá-los. Muitas operadoras o comercializam. Na minha leitura, pretende-se uma flexibilização do reajuste dos planos individuais, pois estes são tutelados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar”.

Paulo Furquim de Azevedo alegou que nem sempre o que se escreve em uma lei como intenção é aquilo que se traduz como melhoria no sistema real, independente do setor que aborde a legislação. Em seu entendimento, é necessário que os atores se antecipem à reação dos agentes econômicos, que gera efeitos paralelos. E também lembrou que independente da lei aprovada, a sua aplicação na sociedade dependerá sempre do entendimento do Poder Judiciário.

Dessa maneira, o coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper afirmou que as discussões sobre legislação que ocorrem, por mais importantes que sejam, talvez não foquem no

ponto mais importante, onde há mais potencial de ganho ao seu ver: a distribuição do valor que é gerado em todo o sistema.

“Podemos ter simultaneamente aumento da qualidade do serviço, queda do preço para os consumidores e lucro maior para quem opera e isso é pouco discutido”, disse, antes de levantar alguns caminhos. Entre os elementos que poderiam auxiliar nesse sentido, citou a possibilidade de cada consumidor carregar, na nuvem, o histórico de exames e ocorrências em um cadastro único, reduzindo exames desnecessários e/ou repetidos.

Paulo Roberto Webster, diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços da Unimed, também classificou o tema como de extrema relevância. “A Lei 9.656/1998 realmente foi um avanço, trouxe uma profissionalização do setor. Óbvio que toda legislação tem, abaixo dela, um arcabouço infralegal e muitas questões a serem aprimoradas. Os problemas citados, porém, também dependem de ações de gestão e de modelos assistenciais.”

Durante as discussões, Marcos Pimenta lembrou que, como mostrou pesquisa Datafolha, a maior parte dos usuários da saúde suplementar se sente desprotegido pela legislação. “Quando a ANS discute isso, portanto, tem que ampliar a conversa. Existe insegurança de todos os lados. Então, as mudanças precisam de transparência e discussão, para vermos quais interesses estão ou não acomodados.”

O assessor médico também reforçou que a Associação Paulista de Medicina trabalha objetivamente na discussão dos melhores modelos de remuneração na saúde suplementar. “Algumas operadoras levaram propostas à APM e estamos conversando”, finalizou, lembrando a posição da entidade, sempre disposta ao diálogo com os demais atores para racionalizar os desafios do setor.

Fonte: APM, em 27.11.2019

Foto: Marina Bustos