



Solange Beatriz  
Palheiro Mendes,  
presidente da  
FenaSaúde

# ESCOLHAS NECESSÁRIAS PARA O

Paulo Sardinha, José Carlos de Souza Abrahão, Marcio Serôa de Araújo Coriolano, Marcos Bosí Ferraz e Dony De Nuccio no painel Saúde e Desenvolvimento, no 2º Fórum FenaSaúde



# FUTURO

## FenaSaúde discute medidas para tornar setor sustentável e garantir saúde de qualidade

Com a crise econômica, a alta dos custos médico-hospitalares e o envelhecimento da população, a sustentabilidade do sistema público e privado de saúde é hoje um dos maiores desafios do Brasil. Nos últimos 18 meses, quase dois milhões de brasileiros deixaram a saúde suplementar no país, e muitas operadoras já não conseguem arcar com os custos de um sistema estrangulado pela regulação excessiva, desrespeito aos contratos, desperdícios e até mesmo fraudes.

O setor, que hoje atende 70 milhões de

beneficiários de todas as idades, precisa de medidas urgentes para tornar o modelo economicamente sustentável e eficiente e, assim, garantir saúde de qualidade.

Para fazer uma reflexão sobre os caminhos e alternativas para os próximos anos, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) realizou o 2º Fórum da Saúde Suplementar, nos dias 23 e 24 de novembro, no Rio de Janeiro. Com o tema “As Escolhas Necessárias para o Futuro”, o evento contou com a presença de especialistas e autoridades da área.

Além de destacar a necessidade de melhorar a gestão e de reduzir custos e desperdícios, o Fórum ressaltou que é preciso criar novos modelos de assistência e produção de informação para que o consumidor consiga fazer suas escolhas. “Nestes dois dias de debate, vimos que a situação é muito grave. Vivemos a pior crise dos últimos cem anos. O sistema está morrendo, mas não queremos isso. Por isso, estamos aqui”, definiu Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, durante o evento.



Público assiste ao  
2º Fórum da Saúde  
Suplementar



# Setor enfrenta crise e distorções

A saúde suplementar está na UTI e só conseguirá sair, de acordo com especialistas, após resolver problemas estruturais

O 2º Fórum da Saúde Suplementar, promovido pela FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), expôs os desafios que o setor enfrenta diante de uma grave crise econômica e de distorções existentes no segmento.

O total de beneficiários do sistema de saúde suplementar no Brasil ultrapassa os 70 milhões (clientes de planos médicos-hospitalares e odontológicos), mas esse número está em declínio. Entre setembro de 2015 e setembro de 2016, caiu 1,33%. Os motivos são vários – entre eles, a crise econômica atual.

“O desempenho do setor tem sido preocupante”, afirmou Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, na abertura do evento. “Estamos diante de escolhas complexas, com um componente de incertezas em relação ao resultado.”

“A maior parte da saúde suplementar é atendida por meio de contratos empresariais. E, como o desemprego está forte, isso afeta também a oferta. Já os contratos que não são empresariais sofrem por causa da queda da renda. As pessoas cada vez mais têm menos para gastar”, afirmou Marcio Serôa de Araujo Coriolano, presidente da CNseg (Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização), em um dos debates do Fórum.

Presidente da Associação Brasileira de Recursos Humanos do Rio de Janeiro, Paulo Sardinha corrobora essa posição. “Muitos executivos da área de recursos humanos estão sendo obrigados a diminuir o custo com o plano de saúde dos funcionários.”

“Do ponto de vista da economia, torcemos para que as reformas sejam feitas e que o país retome o ritmo do crescimento. Mas temos problemas estruturais que precisam ser resolvidos”, avaliou Coriolano. Um deles é que o sistema privado não pode ter a mesma amplitude de assistência do sistema público. “O Brasil não tem uma distribuição homogênea de infraestrutura de saúde. Não dá para exigir que os planos tenham a mesma cobertura em todas as regiões do país.”

Alguns dos problemas desse modelo que precisam ser resolvidos são a incorporação acrítica de procedimentos ao Rol, o excesso de exames solicitados, a forma de remuneração, a judicialização e, ainda, fraudes cometidas em casos de utilização de órteses e próteses.

O tema desta edição do Fórum foi “As Escolhas Necessárias para o Futuro”. Com essa premissa, José Carlos de Souza Abrahão, diretor-presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), disse que “temos de encontrar um caminho. Ou o setor passa por uma reflexão, ou a crise vai aumentar. A capacidade de pagamento da sociedade encolheu”.

Outro participante do Fórum, o professor Marcos Bosi Ferraz, da Universidade Federal de São Paulo, argumenta que a sociedade deve ter como meta a melhora dos serviços a longo prazo. Além disso, ele chama a atenção para os deveres e os direitos tanto do coletivo como do individual. E aponta



a ineficiência – técnica, produtiva e de alocação de recursos – como algo a ser combatido. “É preciso esquecer o sistema atual e usar todo o conhecimento que temos para remodelar o sistema de saúde, vislumbrando o que queremos ter daqui a dez anos”.

Um ponto abordado por Marcio Coriolano foi a forma como é feita atualmente a remuneração médico-hospitalar, que privilegia a quantidade em vez da qualidade.

“Esse tipo de remuneração, pela quantidade de atendimentos que um beneficiário tem, não estimula a eficiência. Isso acontece com consulta, exame, internação, o que onera o sistema. Existe um desalinhamento da expectativa entre a instituição médica, o beneficiário e a operadora. Os estabelecimentos deveriam ser remunerados pela eficiência, e não pela quantidade. O governo precisa coordenar e facilitar essa discussão.”

“Torcemos para que as reformas sejam feitas e que o país retome o ritmo do crescimento. Mas temos problemas estruturais que precisam ser resolvidos

MARCIO CORIOLANO presidente da CNseg (Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização)



# Sociedade precisa fazer parte dessa discussão

Consumidor precisa assumir o papel de protagonista, diz presidente da FenaSaúde

O setor da saúde suplementar necessita de transformações profundas para assegurar a sustentabilidade do sistema, e essas mudanças precisam ser feitas com urgência e com a participação de todos os envolvidos: Governo, operadoras, prestadores de serviços, e, acima de tudo, a população atendida por esses planos.

A necessidade de trazer o beneficiário para o centro desse debate foi uma unanimidade entre os participantes do 2º Fórum da Saúde Suplementar, promovido pela FenaSaúde. “No Brasil, temos hoje milhões de consumidores na Saúde Suplementar. São milhões de pessoas que precisam se sentir parte dessa cadeia”, afirmou a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

Com a crise econômica e o desemprego, uma parcela significativa da população foi obrigada a abrir mão desse benefício, na maioria das vezes, pela falta de opções de planos compatíveis com sua realidade financeira. Uma das propostas em discussão pelo Ministério da Saúde, com a participação da FenaSaúde, é justamente esta: a do plano acessível.

“Mas os representantes dos consumidores e dos médicos não apresentaram propostas. Tem de haver essa discussão”, alertou Solange Beatriz.

“Transferir uma parcela de responsabilidade para o beneficiário pode ser uma das opções. Unir e propor políticas para que a sociedade entenda a saúde como in-

vestimento e não como custo”, diz Marcos Bosi Ferraz, professor de Economia em Gestão em Saúde da Escola Paulista de Medicina e participante do Fórum.

A discussão sobre a inclusão de novas tecnologias no Rol dos procedimentos também deve passar pelo crivo do consumidor. Muitas vezes um produto mais recente ou nova tecnologia aumenta os custos sem trazer benefício para o paciente. Mas o ônus dessa incorporação será dividido entre todos os beneficiários do plano. “A decisão individual afeta o coletivo. Dar muito para um tira o direito do outro”, diz Ferraz.

O mutualismo do sistema deveria estimular o consumidor a ficar atento a desperdícios e a tratamentos desnecessários. E isso deve começar na primeira etapa do tratamento, dentro do consultório, defende o médico André Volschan, coordenador do Centro de Estudos do Hospital Pró-Cardíaco, também presente no evento.

“É preciso estimular, incentivar a conversa entre médico e paciente para que sejam feitas as escolhas mais efetivas, ou seja, evitando testes e procedimentos desnecessários”, afirma Volschan. Para ele, essa conduta leva o consumidor a “participar efetivamente” do seu próprio cuidado.

“O consumidor precisa participar, o sistema de saúde foi feito para ele. Ele precisa ser responsável por sua própria saúde”, conclui Bosi Ferraz.



Público durante o 2º Fórum da Saúde Suplementar



Octavio de Barros, diretor e economista-chefe do Bradesco



“A saúde não deve ser vista como um bem de consumo, é um investimento

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES  
presidente da FenaSaúde



“Também precisamos fazer a PEC dos gastos privados da saúde

MARCIO SERÔA DE ARAUJO CORIOLANO  
presidente da CNAES

## ‘Sem reforma, o Brasil não irá crescer’, afirma economista

Se os últimos anos foram difíceis para o mercado de saúde suplementar, 2017 deve trazer algum alívio (mas não muito). O cenário deve melhorar apenas em 2018. A avaliação é de Octavio de Barros, diretor e economista-chefe do Banco Bradesco, que radiografou o momento econômico do Brasil durante o evento da FenaSaúde.

“Temos que olhar 2017 diferentemente da nossa leitura em relação a 2018. O ano que vem ainda será um período de ajuste duro, e o desemprego ainda vai aumentar pelo menos até o último trimestre de 2017. Em 2018, muito possivelmente teremos uma recuperação econômica mais favorável”, afirma.

“Os planos de saúde enfrentam desafios complexos nesse ambiente de desaceleração do mercado de trabalho. No ano que vem, possivelmente já teremos algum incremento, porém bem modesto.”

Um ponto que Barros fez questão de ressaltar foi a necessidade de o Congresso promover reformas estruturais. Uma delas é a da Previdência.

“A reforma da Previdência é absolutamente imperativa não

apenas para o equilíbrio do sistema, pensando nas aposentadorias das próximas gerações, como do ponto de vista fiscal”, explica. “As distorções são muito evidentes, e acredito que teremos uma reforma ampla da Previdência no ano que vem, envolvendo também os Estados e os servidores públicos.”

É inevitável, diz, que ocorra “um amplo adiamento da idade de aposentadoria dos trabalhadores”. A taxa de crescimento da população em idade ativa é de 1% ao ano. Já a taxa de crescimento da população acima de 60 anos é de 4,4%. “Ou seja, o carro vai bater no muro inevitavelmente”, alertou.

Para ele, as reformas devem ir além. “A legislação trabalhista é uma destruidora de empregos, na medida em que visa apenas proteger os salários.” E avisa: “Sem reformas estruturais, não haverá crescimento”.

O cenário internacional também não está colaborando. A desaceleração econômica da China deve ter vindo para ficar, e os Estados Unidos provavelmente não conseguirão tomar o papel de locomotiva para puxar o crescimento.



“O consumidor precisa participar, o sistema de saúde foi feito para ele

MARCOS BOSI FERRAZ  
professor da Escola Paulista de Medicina



“Sem reformas estruturais não haverá crescimento

OCTAVIO DE BARROS  
diretor e economista-chefe do Banco Bradesco



“O setor precisa fazer escolhas para sua sobrevivência. É preciso agir enquanto há tempo

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO  
diretor-presidente da ANS



“Como tirar da aposentadoria o dinheiro para pagar o plano? É inviável

JOSÉ CECHEIN  
diretor-executivo da FenaSaúde



“O desperdício decorre da incapacidade de fazer medicina segura e de resultado

RENATO CAMARGOS COUTO  
diretor do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde



“Temos de dar instrumentos para que o juiz possa fazer um trabalho adequado

PAULO DE TARSO VIEIRA SANSEVERIANO  
ministro do STF









# Meta é ampliar opções ao beneficiário

Sector e governo estudam novos modelos baseados na coparticipação, franquia e acumulação; mensalidade pode ficar até 30% menor

Ter um plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, segundo recentes pesquisas, atrás apenas da educação e da casa própria. Mas é preciso ampliar a oferta de produtos para que o consumidor possa fazer suas escolhas. Essa mudança passa pela criação de novos formatos de pagamento do plano de saúde combinada a mecanismos que incentivem a redução de custos. Entre os modelos analisados estão planos de saúde baseados na coparticipação, franquia e acumulação.

“A coparticipação é para lembrar às pessoas que o serviço de saúde tem um custo. Elas não lembram nem tomam conhecimento desse custo se não comparecem com algum valor no ato da utilização”, afirma o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin.

Segundo ele, essa modalidade incentiva o beneficiário a fazer um uso mais racional dos serviços e, dessa forma, evita desperdícios, como a repetição de exames, que encarecem o sistema.

Na coparticipação, o consumidor paga um valor fixo ou um percentual em cada procedimento realizado. A ANS discute com o mercado a possibilidade de ampliar o uso deste tipo de contrato. A FenaSaúde realizou estudo junto à literatura internacional sobre o efeito da coparticipação na saúde. O resultado não evidenciou impacto negativo na saúde com a utilização desses mecanismos.

Na franquia, o beneficiário precisa bancar um determinado valor das despesas médicas.

Se a franquia for de R\$ 1.000, o plano só começa a dar cobertura quando a despesa ultrapassar esse valor. Abaixo desse limite, a responsabilidade pelo pagamento é toda do consumidor.

Esse modelo, segundo o diretor-executivo da FenaSaúde, permite que o beneficiário procure os profissionais de sua preferência, além de proteger seu patrimônio. “Você estará coberto se tiver um doença grave, cujo tratamento custa milhares de reais. Estará protegido contra eventos que consumiriam um patrimônio acumulado.”

“Estimamos que planos com coparticipação e franquias, entre outras medidas, possam custar entre 25% e 35% menos”, diz Cechin, ex-ministro da Previdência no governo FHC.

A FenaSaúde considera que o plano de franquia seja associado a um modelo de acumulação, que pode ou não ser o VGBL Saúde — plano de previdência complementar destinado a custear os gastos com saúde quando esta pessoa deixar o mercado de trabalho. O

**Novas modalidades irão incentivar o beneficiário a fazer uso mais racional dos serviços**

projeto que cria o VGBL Saúde já foi aprovado pela Câmara, mas ainda precisa passar pelo Senado.

O Ministério da Saúde também está propondo a criação do plano mais acessível. O problema, segundo Cechin, é que essa modalidade foi equivocadamente associada a um plano com redução de cobertura.

“Foi um erro de comunicação chamá-lo de plano popular e apresentá-lo como um plano de cobertura menor. Um erro que gerou reação contrária. Não é essa a visão que a FenaSaúde tem sobre o plano acessível”, diz Cechin. O mérito do Ministério da Saúde, segundo ele, foi “apontar o dedo para a formação de custos” dos planos.

“Podemos ter um plano acessível, de mensalidade menor, que contemple participação e fran-

quia, além de outras medidas que aumentem a segurança jurídica e financeira do produto.”

Dentre elas, a adoção de um modelo de atenção com médico de família que coordene o cuidado, regras mais claras para os reajustes, e possível diferenciação regional de acordo com a infraestrutura existente.

Outra possibilidade é oferecer planos que priorizem a atenção via um coordenador de cuidados e rede hierarquizada, quando o paciente fica vinculado a um médico de referência antes de ser encaminhado para um especialista. “Ou temos o plano de livre acesso que repassa o custo ou organizamos a atenção primária. Talvez um mix dos dois”, diz o professor da USP Gustavo Gusso.

## foco

### Clínico geral traz benefício a paciente

Uma das propostas defendidas durante o 2º Fórum de Saúde Suplementar já está sendo colocada em prática por algumas operadoras: um modelo de assistência focado na atenção primária. Nesse sistema, o beneficiário é atendido primeiro por um clínico geral antes de ser encaminhado para um especialista ou realizar algum exame.

A atenção primária traz vantagens para as operadoras e para os beneficiários. O paciente não corre o risco de se consultar com diversos médicos até achar o especialista certo para o seu caso. Para as empresas, há redução de custos com a diminuição de consultas ou de exames desnecessários.

“O objetivo da atenção primária é colocar o paciente com o profissional certo, na hora certa, no local certo”, disse Gustavo Diniz Ferreira Gusso, professor da USP (Universidade de São Paulo), durante o evento da FenaSaúde.

Outro benefício é otimizar o trabalho dos especialistas, já que casos de menor gravidade são atendidos e resolvidos pelo clínico geral. “Estudos mostram que um bom médico de família resolve 80% dos problemas das pessoas. A coisa é tão distorcida que tem cardiologista atendendo casos de dor lombar”, diz Thiago Trindade, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Os beneficiários ganham qualidade de atendimento, pois passam a ficar vinculados a uma equipe multidisciplinar — formada também por enfermeiro, nutricionista —, que se responsabilizará pelo acompanhamento da sua saúde.

“Se ele fica pingando de médico em médico, não vai conseguir nunca mudar para uma vida de saúde. O fundamental é a orientação, ter seu cuidado coordenado a partir de uma mesma equipe de saúde”, afirma Hans Dohmann, diretor de Gestão de Saúde da Amil.





# Judiciário adota medidas para frear excesso de ações na saúde

Pedidos de tratamento de alto custo sobrecarregam tribunais e são pagos por todos os beneficiários

Atualmente, há mais de 400 mil ações nos tribunais envolvendo saúde pública e privada. O número estava destacado na entrada do auditório onde foi realizado o 2º Fórum de Saúde Suplementar, da FenaSaúde. Um dos principais painéis tratava justamente dos custos gerados ao setor pela judicialização da saúde.

A judicialização sobrecarrega não apenas o próprio sistema de saúde, tanto o público (SUS), quanto o suplementar (planos de saúde), como também o Poder Judiciário, com a mobilização de juízes, promotores, defensores públicos, advogados, tribunais, desembargadores e até ministros dos tribunais superiores (STF e STJ).

São demandas de ordens diversas feitas por consumidores, como pedidos de medicamentos importados, internação hospitalar e colocação de stents em cirurgias cardíacas e materiais implantáveis de alto custo, entre outras.

“Temos uma preocupação muito grande com esse problema. Está aumentando muito o número de ações, tanto no SUS quanto no setor privado”, disse Paulo de Tarso Vieira Sanseverino, ministro do STJ (Superior Tribunal de Justiça), que falou sobre “Judicialização: a racionalidade individual e coletiva”.

Ao longo de todo o Fórum, especialistas ressaltaram que os custos gerados pelas liminares são divididos por todos os beneficiários e que, muitas vezes, o uso de tecnologias mais novas e caras não resulta em benefício direto aos pacientes. “Essas medidas beneficiam alguns, mas todos pagam por isso”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

“A decisão individual afeta o coletivo. Dar muito para um tira o direito dos outros”, reforça Marcos Bosi Ferraz, professor da Unifesp.

Uma das medidas adotadas para frear os excessos de liminares é a atuação das chamadas Câmaras Técnicas, ou NAT (Núcleos de Apoio Técnico), que prestam serviço ao Judiciário e auxiliam os magistrados na tomada de decisão.

“O importante é que neste núcleo haja alguém vinculado ao Judiciário ou alguém da confiança do juiz. Vai atuar como se fosse um perito. Tem de ser imparcial, não pode ser ligado às operadoras dos planos de saúde”, observa o ministro Sanseverino.

## CONTRIBUIÇÃO

O desembargador Ney Wiedemann Neto, do Tribunal de Justiça



Ney Wiedemann Neto, Edmond Barras, Irlau Machado Filho e Dony De Nuccio no painel Ortoses, Próteses e Materiais Especiais



Paulo de Tarso Vieira Sanseverino, ministro do STJ

do Rio Grande do Sul, defende o investimento nesses núcleos.

“Ele serve para decidir sobre a adequação ou inadequação de algum tratamento solicitado, isso está contribuindo para a própria saúde do beneficiário postulante. E há casos em que algum procedimento de alto custo é negado por ser indevido ou inadequado com base nesse tipo de parecer”, afirmou o desembargador.

“De um modo geral, os tribunais têm um departamento médico que poderia fazer esse trabalho. Por isso é importante que já exista um órgão do tribunal para esse fim e que não seja muito one-

roso. O problema todo é quando se tem de criar uma estrutura nova”, pontua Sanseverino.

O CNJ (Conselho Nacional de Justiça) vem estimulando há algum tempo a criação desse tipo de núcleo nos tribunais e tem procurado estabelecer convênios e parcerias, por meio do Ministério da Saúde, com equipes de profissionais e hospitais de referência para disponibilizar pesquisas e pareceres de apoio aos magistrados. Outra iniciativa que o CNJ pretende lançar é um banco de dados para consultas de magistrados a respeito do uso de medicamentos e procedimento.

**Hoje, tramitam 400 mil ações envolvendo saúde pública ou privada; nas câmaras técnicas, médicos auxiliam os magistrados na análise desses pedidos**

“O banco é importante, pode dar uma noção geral sobre este ou aquele tipo de procedimento. Para um esclarecimento adequado, somente um médico para dizer se há exagero, se a indicação clínica está correta.”, pondera Sanseverino.

Para Ney Wiedemann, além das Câmaras Técnicas ou NATs, um outro fator tende a reduzir o número de demandas judiciais. Segundo ele, o novo Código de Processo Civil, que está em vigor desde março deste ano, implantou mecanismos de uniformização da jurisprudência que vão aumentar a segurança jurídica e a previsibilidade das decisões.

TJ gaúcho vira referência com ajuda de médicos

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul é uma referência nacional pelas diretrizes adotadas frente à judicialização da saúde. O TJ gaúcho dispõe de um departamento médico que realiza as perícias e emite os pareceres aos magistrados sobre as demandas judiciais de beneficiários de planos de saúde e de usuários do SUS.

Chamado de NAT (Núcleo de Apoio Técnico) ou Câmara Técnica, o grupo é formado por médicos concursados que trabalham com dedicação exclusiva ao Judiciário, em horário integral, o que garante isenção e evita conflito de interesses.

“No Rio Grande do Sul, avaliamos caso a caso, fazemos o confronto das partes. As coisas estão funcionando bem. Há um controle, há critérios”, afirma Ney Wiedemann Neto, desembargador do TJ-RS.

Wiedemann explica que a dinâmica de assessoramento contínuo junto aos médicos peritos levou os magistrados gaúchos a uma mudança de cultura e de percepção em relação às ações.

Segundo ele, os juízes analisavam as demandas por uma ótica mais tradicional, acreditando sempre na boa-fé, na competência e no acerto do diagnóstico e do tratamento apresentados pelo médico prescritor.

“Houve uma quebra de paradigma. Os juízes deixaram de ser inocentes úteis e passaram a perceber que não há a infalibilidade do médico que prescreve o tratamento. O que não significa também que toda ação seja uma fraude”, pondera o desembargador.

Wiedemann avalia que vale a pena o investimento em NATs e dá um exemplo de economia gerada pelo assessoramento técnico recebido pelos magistrados.

“Uma vez indeferi pedido de cirurgia ortopédica em uma postulante que custaria R\$ 800 mil e, na verdade, era inadequado para o quadro clínico. Segundo o parecer, a paciente provavelmente nem sobreviveria se realizasse aquele procedimento. O simples fato de o tribunal contar com essa consultoria já é fator pedagógico que desestimula as fraudes e pedidos descabidos, porque serão expostos e desmascarados.”

## Segunda opinião evita excessos de cirurgias de órteses e próteses

Uma das conclusões do 2º Fórum da Saúde Suplementar foi a de que a indicação para a realização das chamadas cirurgias com o uso de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) ainda está “sem controle”, apesar de todas as denúncias envolvendo o setor.

As irregularidades passaram a ser conhecidas como “Máfia das Próteses” em 2015, a partir da descoberta de organizações fraudulentas envolvendo médicos, fabricantes e distribuidores de OPME com atua-

ção no Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Rio de Janeiro, entre outros Estados.

Em troca de comissões ou incentivos financeiros oferecidos pelos distribuidores, os médicos chegavam a realizar cirurgias desnecessárias, em procedimentos lesivos a seus pacientes e prejudicial ao grupo de pessoas pertencente aquele plano de de saúde.

A Máfia das Próteses motivou a abertura de CPIs (Comissões Parlamentares de Inquéritos) na Câ-

mara de Vereadores de São Paulo, na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal.

“E o que aconteceu depois disso? Basicamente nada. Os médicos que foram denunciados continuam exercendo a profissão, pedindo próteses, insistindo em [ações] liminares”, lamentou Irlau Machado Filho, presidente do Grupo NotreDame Intermédica.

“Infelizmente, nada mudou na prática por parte dos médicos, dos

distribuidores e participantes do esquema após as denúncias. E o maior perdedor é sempre o paciente, submetido em 60% dos casos a cirurgias desnecessárias”, afirmou o médico Edmond Barras, chefe do serviço de clínica e cirurgia da coluna vertebral, do hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Os especialistas defenderam a necessidade da segunda opinião para reduzir as cirurgias desnecessárias.

Barras afirmou que a formação de conselhos nos hospitais para

analisar esses pedidos de cirurgia também é eficaz no combate ao desperdício. “É necessário que os hospitais invistam em diretrizes e evidências médicas com orientações e regulamentação de exames complementares”. Ele deu o exemplo do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, que implantou um conselho para autorizar procedimentos de alta complexidade e reduziu em 58% a necessidade de cirurgias. “Nos demais 42% dos casos de pacientes operados, houve redução significa-

tiva de material implantado.”

Os especialistas também reforçaram a necessidade de regulação do setor, para dar transparência a questão dos preços, das nomenclaturas dos produtos e diretrizes na utilização desses materiais.

O mercado de OPME movimentava R\$ 12 bilhões anualmente no país. O custo anual para as operadoras de planos de saúde em razão de condenações em ações judiciais para o fornecimento desse material é de R\$ 1,2 bilhão.



# Forma de pagamento deve ser alterada

Atual modelo incentiva superutilização de procedimentos e diárias; o ideal é realizar a remuneração pelo tratamento como um todo

A conclusão entre os participantes do Fórum é unânime: a forma como o atual modelo de remuneração dos prestadores de serviço –médicos, dentistas, hospitais e laboratórios– precisa ser reformulada para evitar o colapso do sistema.

Especialistas do setor avaliam que este modelo encarece as internações e gera desperdícios por incentivar a superutilização de procedimentos, materiais, medicamentos e diárias. Por esse sistema, pagamento por procedimento, cada item utilizado na assistência do paciente vai para a fatura da operadora.

“Temos uma inflação médica que destoa dos padrões de arrefecimento de inflação geral. Ela também é resiliente, da ordem de 15% a 20%, absolutamente insustentável e incompatível com a capacidade de pagamento da população”, afirmou Marcio Coriolano, presidente da CNseg, durante o Fórum promovido pela FenaSaúde.

Para reduzir os custos, Coriolano afirma que o setor precisa de uma “PEC 241”, numa alusão à proposta do governo federal de limitar os gastos públicos. “Se não, o brasileiro não conseguirá ter a



Um dos painéis do evento discutiu a questão da remuneração

saúde privada que merece.”

Um dos modelos estudados é substituir o pagamento pelo procedimento pelo DRG (sigla em inglês para Grupo de Diagnósticos Relacionados), também conhecido como pagamento por diagnóstico. Nesse sistema, o preço de cada internação é determinado, de acordo com a doença e o risco do paciente.

A principal vantagem é que esse modelo desestimula o des-

perdício com diárias e materiais desnecessários, já que a remuneração é predeterminada.

Outro modelo mais abrangente é o pagamento por episódio (Bundle). “Ali está tudo: médico, diárias, materiais. Se a equipe usou material de segunda linha e a pessoa tiver de ser reinternada, entrará na sua conta. É o incentivo correto para atuar com economicidade e qualidade”, afirmou José Cechin,

diretor-executivo da FenaSaúde.

Pesquisas em outros países apontam que o percentual médio de desperdício é de 30%, segundo Renato Camargos Couto, diretor do IAG (Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde) e professor da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Para ele, é preciso medir a qualidade do resultado entregue ao paciente. “Tem desperdício oriundo da incapacidade de

conseguir fazer medicina segura e de resultado”, afirmou.

Outra questão que preocupa as operadoras é a incorporação de tecnologias sem a prévia avaliação de seu impacto para os custos do setor e na saúde da população.

“Cada vez mais se tem acesso à saúde de ponta, de primeiríssimo mundo, mas a custos extraordinários, que nós não podemos pagar. Aí reside o tema das escolhas: o que posso comprar”,

declarou a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

A ANS incentiva novos modelos de remuneração em projetos específicos. O programa Parto Adequado, que estimula hospitais a aumentar a taxa de parto normal, é um dos mais avançados.

“Na hora em que diminuí a cesariana, reduz-se proporcionalmente a internação em UTI neonatal. Como hoje a remuneração está pautada na alta tecnologia, durante anos o financiamento do parto se deu na UTI, e não no parto efetivamente”, diz Martha de Oliveira, diretora de desenvolvimento setorial da ANS.

A redução de custos, diz ela, tem que ser consequência, e não o primeiro objetivo da mudança. “Nesse momento, a gente precisa redistribuir de uma forma correta o gasto em saúde para depois conseguir reduzir o custo.”

O setor também discute novos modelos de remuneração para os médicos, como a captação (cada médico fica responsável por uma determinada carteira de clientes), os salários, a performance, ou um mix com um pouco de cada.

## As escolhas necessárias para o futuro



Em linha com o Programa Educação em Seguros da CNseg, a FenaSaúde lançou duas importantes cartilhas que fazem parte da plataforma Planos e Seguros de Saúde: O que Saber.

As cartilhas “Fundamentos dos Planos e Seguros de Saúde: Mutualismo, Pacto Intergeracional, Risco Moral e Seleção Adversa” e “A Dimensão Social e Econômica do Setor de Saúde Suplementar” têm como objetivos principais:

- Fornecer informações para orientar as escolhas da sociedade, em especial do consumidor.
- Promover a conscientização sobre a importância da utilização responsável do plano ou seguro de saúde de forma mais efetiva.

O bom uso do plano e seguro de saúde contribui para a sustentabilidade do setor e para o avanço na qualidade da assistência à saúde daquele que é o centro desse sistema: o beneficiário.



Para saber mais sobre as cartilhas, guias e publicações da FenaSaúde, acesse [www.planodesaudeoquesaber.com.br](http://www.planodesaudeoquesaber.com.br) e [www.fenasaude.org.br](http://www.fenasaude.org.br)







# Com recursos cada vez mais escassos, precisamos começar a fazer escolhas

Solange Beatriz, presidente da FenaSaúde, afirmou que não há recurso na área de saúde, pública ou privada, para dar tudo, o tempo todo para todo mundo

A crise econômica levou à saída de quase 2 milhões de pessoas com planos de assistência médico-hospitalar nos últimos 18 meses. A elevação dos custos com a incorporação de novas tecnologias, com a inflação médica sem freios, os desperdícios, os desvios e as fraudes formam um cenário de urgência na rediscussão das políticas públicas que afetam o mercado de saúde suplementar.

Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, afirma que é o momento de a sociedade e o governo assumirem novas atitudes. “Os recursos estão escassos. Haverá necessidade de escolhas.”

**Muita gente está deixando de ter plano de saúde por causa da crise econômica?**

**Solange Beatriz Palheiro Mendes** – A crise agride o setor de saúde suplementar em razão do desemprego, da queda da renda da população, da queda da atividade econômica. Apesar de o setor de saúde suplementar ser mais resiliente a esses impactos (porque o consumidor abre mão de outros consumos antes de deixá-lo), com o tempo acaba sofrendo impacto. Perderam-se quase 2 milhões de beneficiários nestes 18 últimos meses.

**A sra. acredita que haja dificuldade de compreensão do papel e da diferenciação entre setor de saúde suplementar e público?**

Entende-se a diferenciação entre público e privado, mas as obrigações acabam sendo entendidas como as mesmas para os dois setores. Diria que isso não é provocado por uma má interpretação da população. A lei le-

vou a esse entendimento, quando obrigou a dar toda a cobertura do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). E induz à ideia de que o Rol de Procedimentos deve ser o mais amplo possível de acordo com o ofertado em termos de novidades em procedimentos de saúde. A população foi induzida a demandar isso, mas, na verdade, o contrato privado é de acordo entre as partes. Por quê? Porque tem a ver com a condição financeira da população. Os recursos estão escassos. Haverá necessidade de escolhas. Não há recurso, seja no público, seja no privado, para dar tudo para todo mundo o tempo todo.

**Uma queixa recorrente das operadoras é a incorporação contínua de tecnologias e eventos em saúde, sem análise criteriosa de custo e de eficiência. Pode dar exemplos?**

Cabe ao agente regulador dar o parâmetro. E ele tem de olhar para custo. Mas não se trata de defender equipamentos mais baratos em detrimento da qualidade. É que realmente os custos estão descontrolados, porque o avanço da medicina está enorme. Há “n” produtos e procedimentos. Como adquirir? Não há recursos para acompanhar essa evolução. Um exemplo que tem sido relatado é o da sinusite. Até há pouco tempo, sinusite não precisava nem de raio-X. Sinusite é sinusite. Começou com a ideia de fazer raio-X para saber a extensão. Mas agora já estão fazendo ressonância magnética para sinusite! Não muda o tratamento. Às vezes é preciso saber a extensão do problema, mas em casos excepcionais.

**E a tal inflação médica?**

É alta do custo do serviço, que tem várias causas. Uma é a incorporação tecnológica. Procedimentos novos que são mais caros dos que os antigos. Uma tecnologia não eliminou a outra, apenas aperfeiçoou aquele procedimento. Há ainda o número de vezes de uso do serviço, a frequência. Quanto mais uso, mais gasto. Isso também impacta a inflação médica. Com o maior número de internações, aumentaram-se os gastos. E isso eleva os desperdícios. Os hospitais hoje praticam atos de comércio. Eles ganham uma margem em cima dos produtos que utilizam.

**A segunda opinião médica deveria ser um padrão nos atendimentos?**

Estamos propondo no plano acessível que haja a segunda opinião. E é importante trazer os consumeristas (integrantes de órgãos de defesa do consumidor) para a discussão e ajudar a diminuir a judicialização na saúde. Precisamos reorganizar os sistemas público e o privado

“Precisamos reorganizar o sistema público e o sistema privado de saúde. Tem de ser uma política de governo

de saúde. Tem de ser uma política de governo. Não basta o Ministério da Saúde ficar falando separadamente de saúde pública e a agência reguladora falar de saúde suplementar. Uma política de governo tem de ter várias iniciativas. Temos pleiteado a inclusão da discussão no Ministério da Fazenda pelas questões de política econômica e no Ministério da Justiça pelos órgãos de defesa do consumidor.

**Quais as características do plano de saúde acessível em fase de elaboração?**

Estamos discutindo. Alguns propõem a redução de cobertura. Nós achamos que, em um primei-

ro momento, não há necessidade de reduzir cobertura. Há outros mecanismos, como coparticipação, rede regionalizada. Reduz os custos porque elimina desperdícios, então é mais barato. Na coparticipação, o paciente pagaria parte dos exames. Menos pelo aspecto financeiro e mais por fazer parte do controle. O paciente vira questionador. A ideia é trazer os beneficiários para dentro deste controle. Ele não pode achar que paga uma operadora. Ele está pagando a assistência de saúde. São os consumidores que têm de ser fiscais.

**Qual o impacto hoje da chamada judicialização da saúde?**

A sociedade está chegando à conclusão de que os custos são impagáveis. É uma injustiça que comete esse consumidor que vai ao Judiciário e pede uma cobertura que não está no contrato, à qual não teria direito. Quem vai pagar essa conta? Aquele grupo do qual faz parte e não tem direito a esse serviço. O Judiciário diz que não entende de medicina, o médico diz que é urgente e ele não quer ser responsável por um óbito. Ele autoriza, mesmo sabendo que está contra a lei. Uma sociedade tem de se valer de seus princípios constitucionais e contratuais. Os contratos têm de ser seguidos. Só respeitando contratos se promove Justiça. No afã de atender a uma demanda, o juiz não está promovendo Justiça. Justiça é feita quando se respeita o que está contratado. E o que está contratado tem de estar legal. É o caso do ambiente regulado da saúde suplementar. Quando não se respeita o contrato, promove-se iniquidade. Promove-se injustiça.

## FENASAÚDE EM NÚMEROS

Entidade representa



**RAIO X:**  
SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES

**CARGO:** presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

**FORMAÇÃO:** Pós-graduada no IAG Master em Seguros pela PUC-Rio, foi professora do MBA em Gerência de Saúde da Escola de Pós-Graduação da Fundação Getúlio Vargas, em 1998 e 1999. Atuou como diretora de Normas

e Habilitação das Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre 2000 e 2004; diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no período de 2006 a 2010, e diretora de Saúde da Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg), entre 2000 e 2004.