

ESPECIAL

FENASAÚDE



QUINTA-FEIRA, 12 DE OUTUBRO DE 2017



3º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Evento apresenta iniciativas para aprimorar o setor

Representantes do Estado e de entidades particulares apontaram caminhos para combater gastos elevados na saúde

Sobrevivência da área é um desafio público e privado



CUSTOS CRESCENTE AMEAÇAM SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Fenômenos globais, como o aumento da longevidade, aliados a falhas internas do mercado explicam por que os custos são elevados no País

No mundo todo, a variação de custos médico-hospitalares fica acima dos demais setores da economia. Segundo um estudo da corretora de seguros britânica Aon em 91 países, a projeção de inflação médica global para 2017 é de 8,2%, ante 2,8% da inflação geral. O Brasil segue a tendência mundial, mas com números bem mais elevados. A expectativa para a alta no setor é de 17,2%, de acordo com a Aon, frente à inflação oficial estimada pelo governo brasileiro de 4,5%. O País é um raro caso no qual a recessão econômica não significou redução dos custos de saúde.

manente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaudé)", diz o texto.

TRANSPARÊNCIA

O País carece também de mecanismos corretos de competição entre prestadores de serviços, porque não estão disponíveis informações de indicadores de qualidade e de segurança do paciente – por exemplo, a taxa média de infecção de um hospital. Além disso, de acordo com Carneiro, falta transparência a respeito do relacionamento comercial entre médicos e outros prestadores e a indústria de materiais, medicamentos e equipamentos.

Segundo

o relatório "O Financiamento da Cobertura Universal", da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência. A ligaõ

divisória entre os dois casos é ténue. Para Manoel Peres, diretor-geral da Bradesco Saúde, o mau uso de tecnologias tem sido estimulado pela remuneração, a exemplo de próteses: quanto mais caras, maior a rentabilidade para quem as solicitou. "Outra causa é a expectativa do paciente de que médico peça uma grande quantidade de exames", diz.

"Se considerássemos apenas os fatos que não podem ser controlados, a

lgaõ está envelhecendo, mas a renda não cresce na mesma velocidade. As famílias precisam criar um pensamento com viés de contenção ou a conta vai se tornar inviável."

MODELO DE REMUNERAÇÃO

Entre as medidas tomadas pelas operadoras para combater fraudes e desperdícios, está o controle mais rigoroso na seleção da rede de prestadores de serviço, trabalhos de promoção de saúde e revisão do modelo de remuneração, um dos temas mais debatidos pelo setor. O Brasil adota um sistema de pagamen-

to por serviços de saúde chamado de *fee-for-service* (taxa de serviço), no qual cada insumo e procedimento hospitalar é adicionado à conta: honorários médicos, diárias de leitos, exames, etc. Quanto mais itens são consumidos, mais a conta hospitalar cresce e mais o prestador de serviço ganha.

Carneiro conta que esse padrão de remuneração de serviços de saúde foi aplicado universalmente, mas, no início da década de 1980, diversos países, como Estados Unidos e Portugal, evoluíram para modelos que negociam o pacote de serviços. Hoje há distintas modalidades de pagamento, conforme as características do diagnóstico. "O Brasil tem sido muito lento nesse avanço, porque, como todos os custos são transferidos para a conta hospitalar, esse modelo praticamente elimina os riscos econômicos do prestador de serviços", explica.

Felício explica que o RH deve se estruturar em três pontos para lidar com as despesas de saúde em alta. O primeiro é a resolutividade, que significa entender se os procedimentos médicos prestados aos empregados seguem modelos preconizados e buscam a cura da enfermidade. Em segundo lugar vem a comunicação. Por meio de diversas ferramentas, o departamento pode abordar os usuários para campanhas de prevenção e promoção de saúde. Por fim vem a questão do controle de custos. Ao identificar detalhes e preços dos tratamentos, a empresa pode dialogar com as operadoras o valor real dos serviços prestados. "Com esses passos, acreditamos que o RH comece a subverter o processo, a fim de diminuir o desperdício avassalador nesse segmento", afirma.

ECONOMIA PARA TODOS

Diminuir os custos é uma medida positiva não apenas para as operadoras, como para consumidores e corporações – 80% dos planos são contratados na modalidade coletiva. De acordo com Leila Felício, presidente do Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH-RJ), o pla-

no de saúde

é o segundo benefício com maior custo para o RH das empresas, e representa em média 12% da folha de pagamento. "Seu uso consciente é uma necessidade para as organizações. O plano é o terceiro principal desejo do brasileiro, atrás apenas da casa própria e da educação", aponta Felício.

A mudança na pirâmide etária do País

faz com que a saúde se torne um importante ativo nas empresas. "Promover o bem-estar dos funcionários é um diferencial competitivo e um mecanismo fundamental para evitar o crescimento dos custos com planos de saúde", diz Felício. "Por isso, as organizações buscam encontrar com as operadoras um modelo que reflita a sua realidade."

Felício explica que o RH deve se estruturar em três pontos para lidar com as despesas de saúde em alta. O primeiro é a resolutividade, que significa entender se os procedimentos médicos prestados aos empregados seguem modelos preconizados e buscam a cura da enfermidade. Em segundo lugar vem a comunicação. Por meio de diversas ferramentas, o departamento pode abordar os usuários para campanhas de prevenção e promoção de saúde. Por fim vem a questão do controle de custos. Ao identificar detalhes e preços dos tratamentos, a empresa pode dialogar com as operadoras o valor real dos serviços prestados. "Com esses passos, acreditamos que o RH comece a subverter o processo, a fim de diminuir o desperdício avassalador nesse segmento", afirma.

Francisco Balestrin

Presidente da ANAHP

Um novo modelo de remuneração, maior controle de fraudes e transparência de dados: foram essas as propostas do 3º Fórum da Saúde Suplementar

É hora de agir a favor da Saúde Suplementar. Em dois dias de debate a FenaSaúde reuniu mais de 400 profissionais para encontrar soluções que desafiam o setor

"Por que a gente não luta mais para sair do *fee for service*?"
Sergio Ricardo
CEO da Amil

"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."
Marcio Coriolano
Presidente da CNseg

"A decisão de um único médico não pode ser incontestável."
Edmund Barros
Médico da Beneficência Portuguesa

"Estamos deixando de acreditar na capacidade do Estado de resolver todos os problemas da sociedade."
Samuel Pessoa
Professor da FGV

"O financiamento e a trajetória de custos explodiram. O envelhecimento e a incorporação de tecnologias são importantes para o setor. A discussão precisa chegar ao parlamento e à sociedade."
Leandro Fonseca
Diretor-Presidente Substituto da ANS

"Não estamos acostumados a penalizar os médicos por diagnósticos errados, apenas em erros gravíssimos. Temos que criminalizar as condutas que hoje ficam no plano ético."
Saldanha Palheiro
Ministro do STJ

"Me parece que a maioria dos diagnósticos dos problemas setoriais já foi feita. Entendo também que estamos todos de acordo com boa parte desses diagnósticos e com as diretrizes de seu equacionamento, no entanto, o grande desafio de agora é o de fazer as melhores escolhas e de estreitar o prazo das soluções. Não há mais tempo e paciência para delongas."

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Presidente da FenaSaúde

ATÉ A PRÓXIMA EDIÇÃO!

Confira cobertura completa em
eventos.cnseg.org.br/forumsaude

Realização

FenaSaúde
Federação Nacional de Saúde Suplementar

	2016		2017	
	Inflação Médica	Inflação Geral	Inflação Médica	Inflação Geral
ÁSIA	9,4%	3,2%	8,9%	2,9%
EUROPA	5,9%	1,6%	5,7%	1,6%
AMÉRICA LATINA E CARIBE	13,6%	6,4%	14,2%	6%
ORIENTE MÉDIO E ÁFRICA	11,6%	6,3%	14,3%	6,7%
AMÉRICA DO NORTE	6%	1,5%	6,3%	1,6%
GLOBAL	8,1%	2,9%	8,2%	2,8%
BRASIL	16,7%	5,9%	17,2%	6,1*

FONTE: 2017 GLOBAL MEDICAL TRENDS RATES — * A META DO IPCA (ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLIO) PARA 2017 É DE 4,5%

Diretor de Projetos Especiais e Jornalista Responsável: Ernesto Bernardes MTB 53.977-SP; Gerente de Produto: Gil Kothen; Gerente de Conteúdo: Bianca Krebs; Diretor de Arte: João Guittom; Gerente Comercial: Gabi Gaspari; Coordenadora Comercial: Patrícia Angela Silva; Analista Comercial: Isabella Paiva; Gerente de Planejamento: Andrea Radovan; Coordenadora de Planejamento: Carolina Botelho; Analista de Planejamento: Julia Santos; Coordenadora de Operações e Atendimento: Larissa Ventriglia. Colaboradores: Camila Cárige e Fernanda Colavitti (edição); Marcella Centofanti (reportagem).

Este material foi produzido pelo Media Lab Estadão com o patrocínio de FenaSaúde.

Este material foi produzido pelo Media Lab Estadão com o patrocínio de FenaSaúde.

SAÚDE PRECISA DE AÇÕES IMEDIATAS PARA ALCANÇAR EQUILÍBRIO FINANCEIRO

Fórum realizado pela FenaSaúde debate soluções para a sobrevivência do setor

Combate a fraudes, desperdícios e inflação médica foram alguns dos principais temas debatidos na terceira edição do Fórum da Saúde Suplementar, realizado em São Paulo nos dias 5 e 6 de outubro. Com o tema “Encontrar Soluções – É Hora de Agir”, o evento reuniu representantes do setor, acadêmicos e autoridades brasileiras e estrangeiras, diante de mais de quatrocentas pessoas. Na solenidade de abertura, Solange Beatriz Palheiros Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), ressaltou a importância de encontrar caminhos já para os próximos dois anos. “A maioria dos diagnósticos dos problemas já foi realizada. O desafio é fazer as melhores escolhas e estreitar o prazo das soluções. Não há mais tempo e paciência para delongas”, disse. E completou: “A saúde não tem preço, mas a medicina tem custo. Ele está ficando impagável. Se no primeiro fórum discutimos a sobrevivência do setor, e no segundo, as escolhas, o tema deste ano é ação. A hora é agir por uma saúde melhor, e um Brasil melhor.”

Mudança no modelo de remuneração e revisão da legislação estão na agenda de medidas brasileiras para o setor em 2018

defeito. Um novo estudo mostrou que os Estados Unidos gastaram 10 bilhões de dólares em dispositivos cardíacos implantáveis defeituosos nos últimos dez anos”, apontou.

A redução de despesas passa por uma mudança no modelo de remuneração dos procedimentos, segundo Bocchino, baseados em valor, qualidade, segurança e custo, não em volume. Uma pesquisa com cirurgiões revelou que 81% não tinham ideia de quanto custavam os dispositivos que implantavam nos pacientes. “Na gestão médica, há grandes hiatos entre a prática baseada em evidências e o atendimento proporcionado ao paciente”, disse a conselheira da AHIP.

FRAUDES NOS EUA

Para se inspirar em exemplos positivos de outros países, a FenaSaúde, organizadora do fórum, convidou palestrantes internacionais. No primeiro painel do evento, cujo tema foi “Experiências e Desafios com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): EUA e Brasil”, Carmella Bocchino, conselheira da Associação Americana de Planos de Saúde (AHIP,

na sigla em inglês), relatou a experiência das operadoras dos Estados Unidos. Ela explicou que, assim como no Brasil, gastos com OPME crescem nos Estados Unidos, país que representa 40% do mercado global de dispositivos médicos. Os custos são de 171,8 bilhões de dólares, e aumentam 6% ao ano. Cabe à agência FDA avaliar a segurança e eficácia dos produtos e permitir seu uso no país. “Ainda faltam muitas informações que nos permitem rastrear os custos relacionados à substituição ou recall de peças com

nacional, o dispositivo saia em média por 11,5 mil reais em 2010. A partir de negociações diretas com fabricantes, o preço baixou para 7 mil reais em 2014, e 4 mil reais em 2016.

Silva apontou também uma iniciativa da empresa Orizon, que criou o projeto Qualifique, com foco em avaliação de prestadores. A ideia é que, assim como as pessoas podem ver na internet quantas estrelas um hotel ou restaurante possui, o mesmo sistema se aplique aos planos de saúde. “As operadoras já possuem um órgão regulador e os dados estão disponíveis no site da ANS. Há um movimento para hospitalas também, ainda tímido, por falta de indicadores. O próximo passo é qualificar o médico”, disse.

COOPERAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA

No painel sobre “Cooperação Pública-Privada no Combate a Fraudes e Abusos em Saúde”, o convidado Rick Munson, presidente do Conselho de Diretores da Associação Americana de Combate à Fraude na Saúde (NHCAA, na sigla em inglês), reforçou que o trabalho conjunto entre o Estado e as operadoras é essencial para enfrentar esse problema. “Em se tratando de fraudes não somos concorrentes, mas parceiros”, afirmou.

Ele explicou que, há 20 anos, as informações só vinham das seguradoras, não do governo. Isso mudou quando as agências passaram a ser obrigadas a compartilhar os dados com as operadoras de saúde suplementar. “Se um esquema fraudulento é identificado, as informações são publicadas em um sistema compartilhado por agentes públicos e privados”, disse Munson, esclarecendo que a NHCAA trabalha com o FBI, o Ministério Público, o Ministério da Saúde e todas as instâncias do Judiciário.

Entre as fraudes descobertas pelo NHCAA, foi relatado um caso que consumiu três anos de investigação e compromoveu um golpe de mais de 3 milhões de dólares aplicado por um cardiologista que fazia cirurgias desnecessárias. O médico foi condenado a quatro anos de prisão. Em outro episódio ainda mais assustador, um onco-hematologista acusado de desviar mais de 500 milhões de dólares do sistema de saúde submetia pacientes sem diagnósticos de câncer a tratamentos de quimioterapia, e acabou condenado a 45 anos de reclusão. Multas e penalidades pesadas foram instituídas pelo governo para coibir fraudes. As seguradoras devem criar departamentos de investigação, de acordo com Munson, e construir relações com o governo. “Só assim se estimula a confiança mútua, o que leva tempo para acontecer”, afirmou.

O PAPEL DA GESTÃO
No mesmo painel, Thais Jorge de Oliveira e Silva, diretora da Bradesco Saúde, falou sobre a importância da gestão na redução de gastos com OPME. Ela apresentou os resultados de um estudo que comparou o uso de cinco dispositivos importados com mesma qualidade em procedimentos ortopédicos. Em 71% dos casos, utilizava-se o mais caro deles. Em um exemplo sobre o preço do stent

cias e confronta as informações: quem pediu, por qual escritório, de qual laboratório. Esse mecanismo permitiu desmantelar uma fraude que causou 40 milhões de reais de prejuízo ao Estado de São Paulo”, relatou. Para Figueiredo, falta diálogo na saúde privada. “Na primeira convocação que fizemos para discutir a criação dos planos acessíveis, convidamos 50 entidades. O que mais me chamou atenção foi que o setor da medicina suplementar precisa conversar mais. As visões sobre o que pode ser offertado à população brasileira são muito heterogêneas.”

O CASO AUSTRALIANO

O papel dos setores público e privado foi também tema do painel “Cobertura, Concorrência e Escolhas”, cujo representante internacional foi Rachel David, CEO do Sistema de Saúde Privada da Austrália (PHA, na sigla em inglês), entidade que congrega 22 dos maiores operadoras de saúde suplementar do país e abrange 96% da população coberta pelas seguradoras.

Assim como no Brasil, os custos crescentes do setor são um desafio na Austrália. Metade dos 24 milhões de australianos possui algum tipo de cobertura privada, com gastos que sobem em média 5% ao ano. “Os seguros são utilizados por indivíduos mais velhos e com doenças crônicas. Pessoas saudáveis deixaram os planos por dificuldade de pagar as mensalidades”, afirmou. Uma das ações adotadas pelo governo do país para equilibrar as contas foi cobrar tributos mais elevados de indivíduos com renda alta e sem plano de saúde. Outro aliado na contenção de custos é o médico de família. Um australiano só pode se consultar com um especialista se encaminhado por um clínico geral. “Em países onde as pessoas podem ser atendidas diretamente por um especialista, as consultas ficam inflacionadas”, disse David.

JUDICIALIZAÇÃO
As medidas do governo brasileiro para reduzir despesas com processos judiciais movidos por cidadãos contra o Estado foi o tema da palestra de Francisco de Assis Figueiredo, Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. “A judicialização cresce a nível exponencial para todos nós”, disse. De acordo com Figueiredo, dez drogas respondem por 90% das ações. “Entre municípios, estados e união, estimamos 7 bilhões de gastos em processos este ano. Temos de tirar dinheiro de outras políticas para fazer esses pagamentos”, afirmou. O remédio mais judicializado, o Sotiris, custa 1,5 milhão de reais por cada um dos 414 pacientes do SUS. Uma negociação direta com o laboratório resultou em um desconto de 30%, gerando a economia de 180 milhões de reais.

Um novo software é outra aposta do Ministério da Saúde para cortar custos. “Ele cruza os dados das demandas judi-

ram incluídos tratamentos associados à longevidade, como procedimentos cardíacos e cirurgia complexa na coluna. Já a categoria ouro contempla partos,

que o consumidor pode conhecer o custo de procedimentos médicos, por meio de um mecanismo de busca.

Brennan relatou uma iniciativa que revelou informações de 3 mil hospitais com gastos com procedimentos e medicamentos. “O governo era proibido de divulgar as prescrições que cada médico fazia. Houve batalha jurídica e, em 2013, os tribunais decidiram que o interesse público era maior que o direito de privacidade do profissional. Nós divulgamos por quantas hospitalizações o médico foi responsável e quantos opióides ele prescreveu, por exemplo”, explicou.

Outro recurso para aumentar a transparéncia do setor é a *Sunshine Act*. Promulgada em 2013, a lei determina a divulgação de benefícios financeiros concedidos por laboratórios a profissionais de saúde. “Há inúmeros casos de médicos que recebiam 100 mil dólares por ano de farmacêuticas. Essas empresas foram processadas e reconheceram que estavam influenciando de forma imprópria a decisão dos profissionais. Hoje, os dados são publicados online. Em cerca de três anos, calcula-se que foram distribuídos 10 bilhões de dólares a médicos”, apontou.

AGENDA PARA 2018
No encerramento do fórum, a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiros

Mendes, apresentou dezenas de medidas a serem tomadas no ano que vem. Com relação aos desafios relacionados às OPME, ela destacou a importância de mudar o modelo de remuneração. “Abandonar o *fee for service* foi a tônica mais presente desses dois dias de evento”, disse. Quanto à cooperação público-privada no combate a fraudes e abusos, ela reforçou a necessidade de uma legislação punitiva: “O nosso dever de casa é nos empenharmos para que os projetos de lei tenham andamento na Câmara e no Senado”.

No caso do poder sancionador das agências reguladoras, Mendes alertou que as operadoras precisam de mais tempo para apontar fraudes e desperdícios nos pedidos de autorização dos segurados. Avaliações de custo-efetividade prévios à incorporação no rol da ANS foram uma das ações apontadas por ela no tema de cobertura, concorrência e escolhas. “Cada mudança de norma precisa de um estudo complexo”, afirmou. Por fim, para solucionar os custos crescentes no setor, a presidente da FenaSaúde disse que a ANS poderia ajudar tornar públicos os preços de materiais e medicamentos, por exigência da sociedade. Mendes concluiu afirmando que o debate econômico-financeiro travado na saúde suplementar visa o beneficiário: “É ele que vai comprar e utilizar esse produto”.



A presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiros Mendes, durante abertura da terceira edição do Fórum da Saúde Suplementar



Sérgio Ricardo dos Santos, CEO da Amil (acima, à esq.), Niall Brennan (acima), presidente do Instituto Americano de Custos da Saúde, e Rachel David (abaixo), CEO da Private Healthcare Australia



Francisco de Assis Figueiredo, Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde



No painel de abertura, Carmella Bocchino relatou a experiência das operadoras americanas com órteses e próteses



ENTREVISTA

“É PRECISO FLEXIBILIZAR AS REGRAS PARA ATRAIR NOVAMENTE OS JOVENS À SAÚDE SUPLEMENTAR”

Para presidente da FenaSaúde, mudanças estruturais são necessárias para recuperar o setor e aumentar o número de segurados

As operadoras de planos de saúde perderam mais de 2,3 milhões de segurados nos últimos dois anos, por causa da crise econômica. No entanto, de acordo com a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, a recuperação da economia brasileira não é suficiente para equilibrar as contas e ampliar o serviço para mais pessoas. O envelhecimento da população, a redução na taxa de fecundidade e a estrutura da oferta de serviços sem a saúde suplementar ameaçam a sustentabilidade do setor, se acordo com ela. A seguir, ela aponta os principais entraves e os possíveis caminhos para a área.

Em todo o mundo, a inflação médica é alta. Mas por que a brasileira é acima da média global?
A inflação médica alta é um fenômeno mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, chegou a 20%. Além disso, o sistema de saúde do Brasil é diferente de qualquer outro lugar do planeta. Temos o Sistema Único de Saúde (SUS), que financia e atende a integralidade da população brasileira, e problemas estruturais como: desperdícios, fraudes, incorporações tecnológicas sem a relação custo-benefício comprovada, regulação engessada que não estimula o desenvolvimento do mercado, modelo de pagamento dos profissionais de saúde baseado na quantidade de procedimentos realizados, entre outros motivos. Para piorar, a crise econômica que afeta o País provocou a saída de 2,3 milhões de beneficiários nos últimos 24 meses.

Por que é tão difícil combater abusos e fraudes no setor de saúde?
Na saúde suplementar, quem indica ou se utiliza do tratamento não é quem o financeira. Para combater eventuais fraudes e desperdícios, é fundamental que todos os agentes que atuam no setor estejam comprometidos com esse objetivo. Isso envolve órgão regulador, prestadores como médicos e hospitais, operadoras de planos de saúde e o próprio beneficiário. Um mecanismo eficiente de combate ao desperdício é ouvir uma segunda opinião médica. Mais do que isso, é uma maneira de preservar a integridade física e mental dos pacientes, evitando intervenções desnecessárias, inclusive cirúrgicas.

Fatores como envelhecimento da população e avanço da tecnologia na medicina são irrefreáveis. Isso quer dizer que, mesmo combatendo fraudes e abusos, a inflação médica sempre será superior à geral?

Levando-se em conta o envelhecimento da população, a queda drástica da taxa de fecundidade e a estrutura engessada da oferta de serviços da saúde suplementar, há severas ameaças à sustentabilidade do setor. Com relação aos avanços da tecnologia, há um absoluto descontrole relacionado à utilização, internalização e distribuição de drogas e equipamentos. Sómente as operadoras de planos de saúde são controladas pelo órgão regulador. Há uma ausência de políticas públicas que organizem esse sistema.

A renda per capita do brasileiro não acompanha a evolução dos custos da saúde. Estamos caminhando, em última instância, para o colapso?
Sim, essa é uma realidade em vários



A DESPESA ASSISTENCIAL PER CAPITA, PELOS CÁLCULOS DA FENASAÚDE, CRESCUO

142,8%

NESTE PERÍODO, A INFLAÇÃO MEDIDA PELO IPCA (ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLIO) FOI DE

65,8%,

E O REAJUSTE AUTORIZADO PELA ANS PARA OS PLANOS INDIVIDUAIS, DE

104,2%

países. No Brasil, a despesa assistencial per capita, pelos cálculos da FenaSaúde, cresceu 138,3% de 2008 a 2016. Neste período, a inflação medida pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplio) foi de 65,8%, e o reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais, de 104,2%. Não é de hoje que a FenaSaúde alerta para a necessidade de combate às causas que impactam o reajuste dos planos de saúde, em busca de oferecer o serviço para mais pessoas. Governo e a ANS precisam

avançar nas medidas para conter a expansão dos custos assistenciais.

O modelo de coparticipação costuma ser apontado como uma forma de conscientizar os usuários e reduzir desperdícios. Ele não penaliza quem tem doenças crônicas?

Na contratação do plano com coparticipação, a mensalidade cobrada refletirá esse encargo por parte dos consumidores. Mas a ANS deve definir os critérios que fazem parte dessa modalida-

de. Procedimentos preventivos, como mamografias, normalmente não são contemplados na coparticipação.

Como a transparéncia pode aumentar a eficiência do sistema?

Ela pode auxiliar na formação dos custos assistenciais, especialmente na indústria de materiais e medicamentos. Esses componentes têm forte impacto nos preços dos planos de saúde.

Esse exemplo são as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), que respondem, em média, por 20%

dos gastos referentes a internações hospitalares. Além de contribuir de forma significativa para a elevação da inflação médica, as OPME são atrativas para fraudadores. A FenaSaúde defende que haja incentivo à disseminação de informação clara e precisa, além da promoção e valorização de atitudes éticas.

A saúde suplementar perdeu mais de 2 milhões de beneficiários nos últimos dois anos. Qual o prognóstico do setor para os próximos anos?

A saúde suplementar é diretamente influenciada pelo emprego e pela capacidade de pagamento da população. Para os próximos anos, além da volta do crescimento econômico, é preciso reformular esse modelo de regulação engessada que não estimula o desenvolvimento do mercado e não contribui para a segurança jurídica. É preciso flexibilizar as regras para atrair novamente os jovens ao serviço, principal público que deixou os planos nos últimos anos.

A judicialização da saúde só cresce no Brasil. Parte do problema não é causado pelas próprias operadoras, que não facilitam o diálogo com o usuário?

Não, hoje vivemos a judicialização da política e a politização da Justiça. Na saúde não é diferente. Além do entendimento de direito ilimitado à cobertura, alega-se frequentemente a urgência em pedidos liminares, sabendo-se da dificuldade do juiz verificar se as circunstâncias alegadas são verdadeiras. Um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU)

apontou aumento de mais de 1.300% nos gastos da União com processos judiciais referentes à saúde em sete anos. Em 2015, o valor chegou a R\$ 1 bilhão. Foram detectadas ainda fraudes para obtenção de benefícios indevidos. É preciso que a sociedade se disponha a discutir questões que são frequentemente judicializadas, como: contratos antigos, reajustes anuais e por mudança de faixa etária, aposentados e demítidos, e rol de procedimentos e eventos em saúde. É preciso reconhecer que a judicialização traz uma vantagem individual, mas que se sobrepõe ao coletivo. O custo é da coletividade e não da operadora, que apenas gerencia os recursos pagos pelos seus beneficiários.

Como os chamados planos populares, ou acessíveis, vão oferecer serviço de qualidade ao usuário se o serviço é caro por natureza?

Na proposta de um plano de saúde acessível apresentado pela FenaSaúde, a estimativa de redução de custos

é na ordem de 20%. Ela inclui atendimento hierarquizado, com médico generalista, coparticipação e cobertura regionalizada. O relatório da ANS apontou que diversos mecanismos apresentados já são comercializados, mas é preciso que essas regras estejam compreendidas em um único produto, o que dará racionalidade e transparéncia na relação entre consumidores, prestadores de serviço e operadoras, estimulando a concorrência e a aquisição do plano. A rede hierarquizada com médico generalista, por exemplo, é uma forma de diminuir custos, mas pode ser encarada como restrição de acesso. É preciso ficar claro a quem contrata esse produto suas condições.

Como encontrar uma equação justa para todos: operadoras, médicos, fornecedores de serviços e usuários?

Com transparéncia e clareza em relação aos direitos e deveres de cada um.

SOLUÇÕES



GUIA REÚNE INFORMAÇÕES PARA REDUZIR DESPERDÍCIOS NO SETOR

Publicação da FenaSaúde divulga estatísticas, revela modelos internacionais e aponta caminhos para diminuir custos desnecessários, estimados em 30% do total



Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Um grande condomínio no qual o desperdício de um morador é rateado por todos o resto. Essa é a analogia feita por Sandro Leal, superintendente de regulação da FenaSaúde, sobre os dispêndios inúteis ocorridos nas operadoras de plano de saúde. “Estima-se que 30% dos gastos no setor tenham alguma forma de desperdício”, afirma Leal. Com o objetivo de chamar a atenção para essa perda, ele idealizou a cartilha “Guia de Boas Práticas Para Evitar Desperdícios em Saúde”. Lançada durante o 3º Fórum da Saúde Suplementar, a publicação compila estatísticas brasileiras e mundiais sobre o tema, expõe dados esmiuçados sobre as despesas assistenciais dos planos médicos e aborda o problema do uso indiscriminado de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conhecidas pela sigla OPME. “É um trabalho para informar e sensibilizar as pessoas sobre o tema, não para apontar culpas”, esclarece Leal.

Os planos de saúde suplementar seguem o conceito de mutualismo, assim como todos os ramos do seguro. Trata-se de um sistema no qual os participantes pagam mensalidades unificadas

PORCENTAGEM DOS GASTOS

DO TOTAL ARRECADADO PELOS MENSALIDADES DAS OPERADORAS EM 2016, DE ACORDO COM A CARTILHA DA FENASAÚDE

82,89%
despesas assistenciais (consultas, consultas, hospitalizações e demais tratamentos)

11,1%
despesas administrativas

1,8%
impostos

3,1%
comercialização

EXCESSO DE EXAMES

A cartilha aponta discrepâncias entre o Brasil e outros países. Na saúde suplementar nacional, a quantidade de tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas realizadas superam a da nações mais ricas e estruturadas. Nas 35 integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a média desses exames é de 144,1 e 67 por mil beneficiários, respectivamente. Já nas seguradoras especializadas em saúde, é de 300 para cada.

PARA ONDE VAI O DINHEIRO

Em 2016, de acordo com a cartilha da FenaSaúde, do total arrecadado pelas mensalidades das operadoras, 82,89% foram destinados ao custeamento de despesas assistenciais, isto é, consultas, hospitalizações e demais tratamentos. Outro 11,1% foram para as despesas administrativas, 3,1% para comercialização e 1,8% para impostos.

As despesas assistenciais dos planos médicos no ano passado alcançaram R\$ 132 bilhões, aumento de 12,6% em relação a 2015. A internação representou a principal fatia do bolo: 44%. Por isso, estão na mira das operadoras itens que encarecem as hospitalizações, como o crescente uso das inovações tecnológicas e o consumo de OPME.

“Por que realizamos tantos exames? Em que casos eles são bem recomendados? A cartilha se propõe a chamar a atenção para esses pontos”, diz Leal.

Na publicação, são apontadas possíveis causas para o excesso de solicitações: supervvalorização do exame em detrimento da avaliação física ou história clínica; postura médica defensiva; insegurança ou inexperiência profissional; modelo de pagamento; redução do tempo da consulta; influência dos meios de comunicação; conflitos de interesse; desconhecimento do custo dos procedimentos; falta de comunicação/interação entre os serviços de saúde.

A FenaSaúde explica que a saúde suplementar tem três protagonistas: o prestador (escolhe o procedimento e não o utiliza), o paciente (utiliza e não paga) e a operadora (não escolhe o procedimento e paga). A assimetria de informações entre os personagens resulta em três causas de desperdício. Um é o chamado risco moral, que ocorre quando o segurado solicita serviços além do que utilizaria se tivesse que pagar por eles. O segundo problema é a seleção adversa, tendência de atraer pessoas com maior probabilidade de utilização do plano. Por fim vem o fenômeno da indução

de demanda, desencadeado pela carta branca que o médico tem para tratar o paciente, e agravado por um modelo de remuneração baseado no volume de procedimentos realizados, não na recuperação da saúde da pessoa.

O PAPEL DE CADA AGENTE

A FenaSaúde aponta possíveis caminhos para evitar desperdícios. Entre os mecanismos citados para as operadoras estão autorização prévia para os eventos de maior custo ou propensos a indicações indevidas; constituição de junta médica e odontológica; e disseminação de informações. Aos conselhos profissionais, segundo o texto, cabe fiscalizar a prática médica, com punições a quem comprovaadamente desvia da finalidade primária da medicina em benefício próprio.

O maior trecho, no entanto, é dedicado ao participante do plano de saúde. A publicação cita o movimento *Choosing Wisely* – Escolha com Sabedoria como exemplo do que se pode chamar de “empoderamento do beneficiário”. Criada em 2012 nos Estados Unidos, a campanha estimula o diálogo entre médico e paciente e sugere que, antes de se submeter a um exame, tratamento ou procedimento, o paciente

“O combate ao desperdício é responsabilidade de todos os agentes da cadeia da saúde suplementar. Buscamos as melhores práticas em legislação, regulação e exemplos de outros países para que cada um possa fazer a sua parte”, diz Leal.

CINCO PERGUNTAS QUE EVITAM DESPERDÍCIOS

MOVIMENTO CHOOSING WISELY SUGERE QUE PACIENTES LEVEM ESSAS QUESTÕES AO MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE ANTES DE SER SUBMETIDO A EXAME, TRATAMENTO OU PROCEDIMENTO

1
ESSE EXAME/PROCEDIMENTO É NECESSÁRIO?

2
QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS, AS CONTRAINDIKAÇÕES E OS EFEITOS COLATERAIS DESSE EXAME/PROCEDIMENTO?

3
EXISTEM OPÇÕES MAIS SIMPLES E SEGURAS?

4
O QUE ACONTECE SE EU NÃO INVESTIGAR OU SE EU NÃO TRATAR MEU PROBLEMA?

5
QUAIS SÃO OS CUSTOS ENVOLVIDOS?

PESQUISA

COMBATE ÀS FRAUDES VISA À GARANTIA DO BEM-ESTAR DO PACIENTE

Medida também é mecanismo para reduzir custos da saúde

Um dos fatores que contribui para a elevação do custo da saúde no Brasil é a fraude. Era de se esperar que o problema diminuisse com a deflagração da chamada Máfia das Próteses. Investigada pela Polícia Federal, ela causa prejuízos aos SUS e aos planos de saúde com a negociação de produtos superfaturados. Dois anos depois do esquema vir à tona na imprensa, no entanto, pouco mudou. “As operadoras sempre estiveram atentas às fraudes e buscaram auxílio do governo para combatê-las, mas o processo regulatório não facilita o nosso trabalho”, afirma Irlau Machado Filho, presidente do Grupo NotreDame Intermédica. Ele conta que uma averiguação interna do grupo revelou perda de R\$ 9 milhões causada por apenas uma clínica.

CPI

As órteses, próteses e materiais especiais, conhecidas pela sigla OPME, são visadas por máfias de saúde por ter alto valor de mercado. Há casos de médicos inescrupulosos que prescrevem cirurgias desnecessárias em troca de vantagens financeiras na aquisição e uso desses materiais. Existem ainda esquemas desses profissionais com escritórios de advocacia para fraudar documentos e obter liminares judiciais com o intuito de realizar procedimentos em beneficiários de planos e seguros de saúde.

Depois que a Máfia das Próteses foi alvo de uma reportagem do programa Fantástico, o Congresso Nacional constituiu uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para averiguar a denúncia, da indicação e execução dos procedimentos cirúrgicos à cobrança

pelos produtos e serviços prestados. Autoridades do governo e do Judiciário, representantes de conselhos médicos, membros de hospitais e empresas fornecedoras de material médico foram ouvidos, além de vítimas de cirurgias, profissionais de saúde e operadoras de planos de saúde.

Em audiência pública com os parlamentares, o então Ministro da Saúde, Arthur Chioro, apontou como prática negativa do mercado a cobrança, pelos hospitais, de taxas de comercialização de materiais e de utilização de instrumentos e aparelhos para realizar os procedimentos. Chioro mostrou exemplos de dispositivos médicos que têm preço final cinco ou seis vezes superior ao da fábrica, em função do lucro incorporado por todos os intermediários da cadeia comercial, assim como comissões a médicos e hospitais.

Como resultado final, a CPI propôs as seguintes medidas regulatórias: 1) estabelecer uma terminologia padronizada para dispositivos médicos; 2) criar um sistema que permita rastrear as OPME desde a fabricação/importação até o paciente; 3) instituir um modelo de preço de regulação econômica, nos moldes do que é praticado para o mercado de medicamentos; 4) tipificar como crime a prática de oferecer ou receber comissão em virtude da prescrição de dispositivos médicos.

SUPERFATURADAS OU DESNECESSÁRIAS

O projeto de lei está parado no Congresso e o problema continua a existir. Segundo Irlau Machado Filho, hoje, um mesmo produto pode custar muito menos nos Estados Unidos do que aqui; um stent produzido na Alemanha por 150 dólares é vendido no Brasil por 1.500 a 2.000 dólares, por causa de mecanismos fraudulentos que incluem propina. Pa-



As operadoras de plano de saúde desperdiçaram, em 2015, R\$ 22,5 bilhões com fraudes e abusos, o equivalente a 19% do total de despesas dessas empresas.

ra coibir essa prática, o Hospital Albert Einstein implantou um programa de segunda opinião médica para pacientes com indicação de cirurgia na coluna. Conclui-se que, em 60% dos casos, a operação não era recomendada.

Em outra frente, a operadora aprofundou a investigação sobre advogados

e médicos que obtêm repetidas liminares contra a empresa. “Estamos impressionados com a destreza e a complexidade das teias montadas para que isso aconteça”, afirma Machado Filho. Um encalço para desmantelar as fraudes é o prazo exíguo fornecido pelo processo regulatório do setor. “Em casos de procedimentos cirúrgicos, temos somente 21 dias para dar uma resposta ou sofremos multas. Então, mesmo chegando à conclusão de fraude, podemos ser multados pela agência reguladora se não liberar a operação no prazo.”

Outras fraudes comuns identificadas pelo grupo são: falsa declaração no momento de contratar o plano; faturamento de eventos não ocorridos, cobrança de medicamentos e materiais mais caros e diferentes dos utilizados; omissão de casos graves entre os beneficiários de planos empresariais no processo de cotação; realização de exames desnecessários; pedidos de reembolso falsos ou superfaturados; uso de carteirinha por pessoa não beneficiária do plano de saúde.

JUDICIALIZAÇÃO

Desde que a Máfia das Próteses veio a público, o Judiciário está mais atento à atuação de profissionais inescrupulosos. Porém, na opinião do desembargador Cesar Cury, do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a judicialização da saúde sai cara para a sociedade como um todo. Trata-se de processos dispendiosos e demorados, que envolvem perícias e diligências. Segundo o desembargador, o TJ-RJ teve em 2016 quase 300 mil processos relacionados à saúde, e recebe em média 25 mil novas demandas por mês. De 2010 a 2015, o número de causas movidas por pacientes aumentou 92%. “Não é razoável, esses processos nem deveriam existir. O diálogo precisa ocorrer entre médico, hospital, paciente e plano de saúde”, afirma o Cury.

O desembargador recomenda que, em vez dos tribunais, as partes recorram aos canais de mediação. “As pessoas precisam conhecer esse sistema que é paralelo à Justiça, mas fiscalizado por ela”, diz. “Enquanto um processo custa R\$ 25 mil, o acordo de mediação não chega a 5% desse valor.” Para Cury, as operadoras de plano de saúde deveriam procurar ativamente os clientes que a acionam por meio de seus sistemas de atendimento, não apenas responder passivamente quando acionadas pela Justiça. “O custo para as empresas seria infinitamente mais barato”, diz.

PLANO DE SAÚDE MELHORA O BEM-ESTAR DO IDOSO

Pessoas acima de 60 anos atendidas pela saúde suplementar têm melhor percepção de bem-estar do que aquelas que não dispõem desse serviço. Essa foi uma das principais conclusões da “Pesquisa Longevidade: Idosos e Planos de Saúde”, realizada pelo Datafolha e divulgada durante o 3º Fórum de Saúde Suplementar. O levantamento ouviu 1.100 entrevistados, com e sem plano de saúde, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Entre as principais conclusões estão:

6,2 milhões de brasileiros com mais de 60 anos são atendidas por planos de saúde, o equivalente a 24% dos brasileiros nessa faixa etária.

64% dos entrevistados que possuem plano declararam te um estado de saúde “Bom ou Ótimo” (ante 53% do outro grupo).

97% dos beneficiários não pretendem mudar de operadora nos próximos 6 meses.

70% se dizem satisfeitos com a seguradora escolhida.

A permanência nas operadoras é de **19 anos**, em média.

56% fazem pelo menos um exame complementar a cada seis meses.

82% se consultam apenas com médicos da rede credenciada, sendo o cardiologista o especialista mais requisitado (27% da procura).

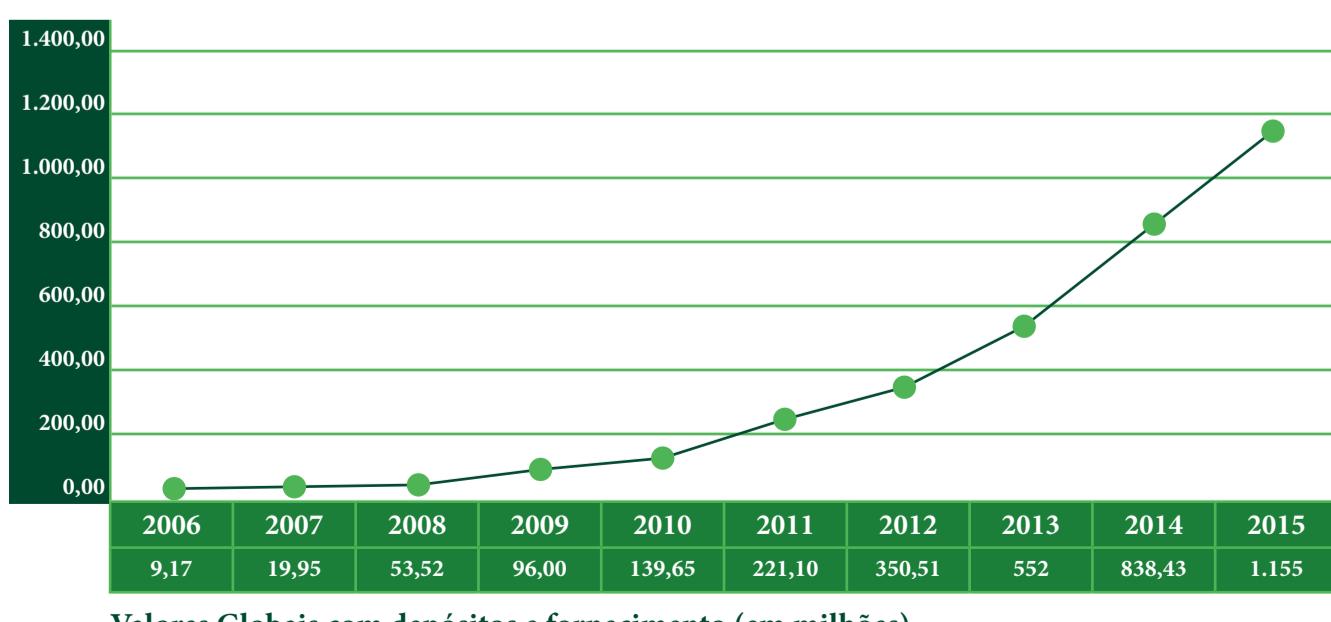
75% se declaram satisfeitos com a facilidade para marcar consultas.

88% estão felizes com o atendimento no consultório.

83% se mostraram contentes no acerto do diagnóstico e **89%** com a cordialidade.

O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO

CRESCE O NÚMERO DE PROCESSOS MOVIDOS CONTRA A SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL



Fontes: Cálculos Codejur a partir de dados CDJU/MS e Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro