

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.

Alguns fenômenos globais são típicos da alta dos custos, como o envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias à medicina. Equipamentos e drogas levam tempo e consomem fortunas para serem desenvolvidos – quando chegam ao mercado, seu preço está à altura da inovação. Outra explicação é o estilo de vida das pessoas. Má alimentação e sedentarismo estão associados à obesidade, ao diabetes e a outras doenças crônicas.

“No caso brasileiro, a inflação é potencializada por falhas internas do nosso mercado”, afirma Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Ele explica que em lugares onde a atividade é mais desenvolvida, novas tecnologias são incorporadas ao sistema de saúde somente após a produção de estudos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). “O sistema privado do Brasil não conta com critérios de avaliação, o que impacta fortemente nos custos.”

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) afirma que o rol de procedimentos e eventos em saúde é periodicamente submetido a atualizações. “As revisões, que ocorrem a cada dois anos, são antecedidas por amplos debates no Comitê Per-

manente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde)”, 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 linha divisória entre os dois casos é tênue. 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 fatores que não podem ser controlados, a

inflação médica brasileira seria duas vezes acima da geral, não três, quatro ou cinco”, afirma Peres. “O dilema da medicina hoje são as necessidades infinitas *versus* recursos finitos. A popu-

Fraudes e abusos são um grande ralo para a saúde brasileira. Elas representam 19% das despesas das operadoras do setor

lação 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 estão 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.

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 resolubilidade, 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.

AGÊNCIA REGULADORA

Do ponto de vista regulatório, a ANS afirma que vem trabalhando na criação de mecanismos para incentivar a adoção de boas práticas. Em nota, a agência aponta que são estratégias para diminuir os gastos monitorar a saúde dos beneficiários dos planos, promover programas de prevenção de doenças e desenvolver modelos assistenciais e de remuneração de prestadores. “A correta precificação dos produtos, com a atualização constante das notas técnicas atuariais, é essencial para manter as carteiras em equilíbrio”, diz o texto.

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 Barras
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

“É preciso pensar que estamos no mesmo barco, no mesmo destino. A cadeia de Saúde Suplementar é fundamental para aquilo que se pretende fazer em termos de saúde.”

Francisco Balestrin
Presidente da ANAHP

“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

ATÉ A PRÓXIMA EDIÇÃO!

Confira cobertura completa em

eventos.cnseg.org.br/forumsaude

3º FÓRUM
DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde
Federação Nacional de Saúde Suplementar

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. E 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 de 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,

Em 2014, 97% dos pagamentos do país foram realizados no modelo *fee for service* (ver reportagem na página 2). A prevalência caiu para 76% em 2016. Em seu lugar, foram adotados contratos como o ACO (Accountable Care Organizations), no qual hospitais e médicos têm um teto de gastos estipulado previamente. Caso gastem menos, eles repartem a diferença. Segundo Bocchino, esse contrato deve crescer 10% ao ano, e resultou na divisão de 50 milhões de dólares em 2016 entre hospitais e profissionais de saúde.

Outro padrão é o dos pacotes de atendimento, utilizado, sobretudo, na área de produtos ortopédicos e cardíacos. Adotado há oito anos, ele reduz os dias de internação em 17% e a procura por emergências, em 30%. O terceiro modelo é o PCMH (Patient Centered Medical Home), que, baseado na atenção primária, diminui a admissão nos pronto-socorros em 48 a 68%, e a hospitalização, em 34 a 51%. A conselheira contou ainda que há novas leis contra fraudes no país: “Se um médico apresenta a conta de um serviço que não prestou, ou se induz o paciente a escolher um procedimento por um benefício financeiro, tem que ser punido por isso”.

O PAPEL DA GESTÃO

No mesmo painel, Thaís 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

nacional, o dispositivo saía 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 hospitais também, ainda tímido, por falta de indicadores. O próximo passo é qualificar o médico”, disse.

COOPERAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA

No painel sobre “Cooperação Público-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 comprovou um golpe de mais 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.

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 contas ficam inflacionadas”, disse David.

JUDICIALIZAÇÃO

As medidas do governo brasileiro para reduzir despesas com processos judiciais movidos por cidadão 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 Soliris, 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-



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

ciais e confronta as informações: quem pediu, por qual escritório, de qual laboratório. Esse mecanismo permitiu dismantlar 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 ofertado   população brasileira são muito heterog neas.”

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 abarca 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 cr nicas. 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 são 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 contas ficam inflacionadas”, disse David.

A fuga de beneficiários levou a uma proliferação de planos de saúde, com coberturas variadas, confundindo os consumidores. A solução foi adotar uma terminologia única para todas as operadoras, de maneira que o cliente pode comparar as  plices. Além disso, no ano passado, a Rio-2016 serviu de inspiração para o governo australiano classificar os planos como as medalhas: ouro, prata e bronze. Após 12 meses de estudos, decidiu-se pela divisão de acordo com a previsibilidade do sinistro. No nível bronze será oferecida cobertura contra emergências e câncer, além de serviços de reabilitação. No prata fo-



Claudio Lottenberg (  eq.), presidente do Grupo UnitedHealth Group Brasil, ministro do STJ Saldanha Palheiro (  dir), e Rick Munson (abaixo), presidente da Associação Americana de Combate   Fraude na Saúde



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

TRANSPARÊNCIA CONTRA CUSTOS ALTOS

A inflação médica foi tema do último painel do fórum. No debate intitulado “Custos Crescentes na Saúde: O que Fazer?”, Niall Brennan, presidente do Instituto Americano de Custos de Saúde (HCCL, em inglês), trouxe a experiência da entidade fundada para compreender as causas dos custos elevados e disseminar as informações. A HCCL reúne dados de 100 milhões de americanos cobertos pelas três maiores operadoras do país.

Brennan apontou como um motivo para a inflação médica os remédios de prescrição. “As farmacêuticas estão aumentando os preços dos produtos a cada semana, ou mesmo diariamente, e a situação está saindo do controle. Acabamos de concluir uma pesquisa de gastos com remédios para hipertensão. Embora o número de marcas tenha caído em 15%, as despesas cresceram 30%, ou seja, os remédios estão mais caros”, apontou. Para o HCCL, a transparência dos dados ajuda a enfrentar o problema. O instituto criou o site guroo.com, no

qual 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 op ioides ele prescreveu, por exemplo”, explicou.

Outro recurso para aumentar a transparência 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.”

AGENDA PARA 2018

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



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



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



Thaís Jorge Oliveira e Silva, da Bradesco Saúde (  esquerda), Tereza Villas-Bôas Veloso, diretora técnica da Sulamérica, Irlau Machado, presidente do Grupo NotreDame Intermédica, e Jarbas Barbosa, diretor-presidente da Anvisa



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



João Manoel Pinho de Melo, chefe da Assessoria Especial de Reformas Microecon micas do Ministério da Fazenda

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 de 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 financia. 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 de saúde suplementar, há severas ameaças à sustentabilidade do setor. Com relação aos avanços da tecnologia, há um absoluto des controle relacionado à utilização, internalização e distribuição de drogas e equipamentos. Somente 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

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 Amplo) 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 modalidade.

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

Como a transparência 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. Um bom exemplo são as Orteses, 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 atraentes 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 de o 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 demitidos, 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 transparência 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 transparência e clareza em relação aos direitos e deveres de cada um.

SOLUÇÕES



GUIA REÚNE INFORMAÇÕES PARA REDUZIR DESPÉRDÍCIOS NO SETOR

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

Um grande condomínio no qual o desperdício de um morador é rateado por todos os outros. 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 Orteses, Próteses e Materiais Especiais, conhecidas pela sigla OPME. “É um trabalho para informar e sensibilizar as pessoas sobre o tema, não para apontar culpados”, 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

em um fundo, de onde sairão recursos para custear exames complementares, drogas, procedimentos e internações, de acordo com o rol estabelecido pelo contrato e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Todas as despesas do fundo são repartidas entre os usuários, inclusive as desnecessárias. Por esse motivo, combater desperdícios é positivo tanto para os beneficiários quanto para as operadoras, que terão ofertas mais atraentes a novos e antigos consumidores.

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. Outros 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.

PORCENTAGEM DOS GASTOS

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

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

1,8%
impostos

3,1%
comercialização

11,1%
despesas
administrativas

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 de 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.

A quantidade de tomografias e ressonâncias magnéticas realizadas no Brasil supera em quase três vezes a de países mais ricos

“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: supervalorização do exame em detrimento da avaliação física ou história clínica; postura médica defensiva; insegurança ou inexperience 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/integração 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 atrair 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 comprovadamente desviar 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

faça cinco perguntas profissionais de saúde (ver quadro).

Segundo os organizadores do *Choosing Wisely*, as recomendações não têm o intuito primário de economizar recursos, mas melhorar a qualidade da assistência, que deve ser embasada em evidências, aumentando a probabilidade de benefício e reduzindo o risco de malefício à saúde dos indivíduos. A campanha expandiu-se para Canadá, Austrália, Japão e países europeus, agrupados no denominado *Choosing Wisely International*.

A publicação da FenaSaúde aponta a busca da segunda opinião médica como mecanismo para evitar desperdício e más práticas na indicação de exames e cirurgias. “A eficácia é elevada quando realizada por profissionais independentes, sem vinculações às instituições médicas, às empresas de materiais médicos ou de medicamentos”, diz o texto.

“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 DESPÉRDÍCIOS

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
CONTRAINDICAÇÕES 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?



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

142,8%,

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

65,8%,

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

104,2%

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 diminuísse 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 de o 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 Inter-médica. 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. Concluiu-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 empecilho 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 ter 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

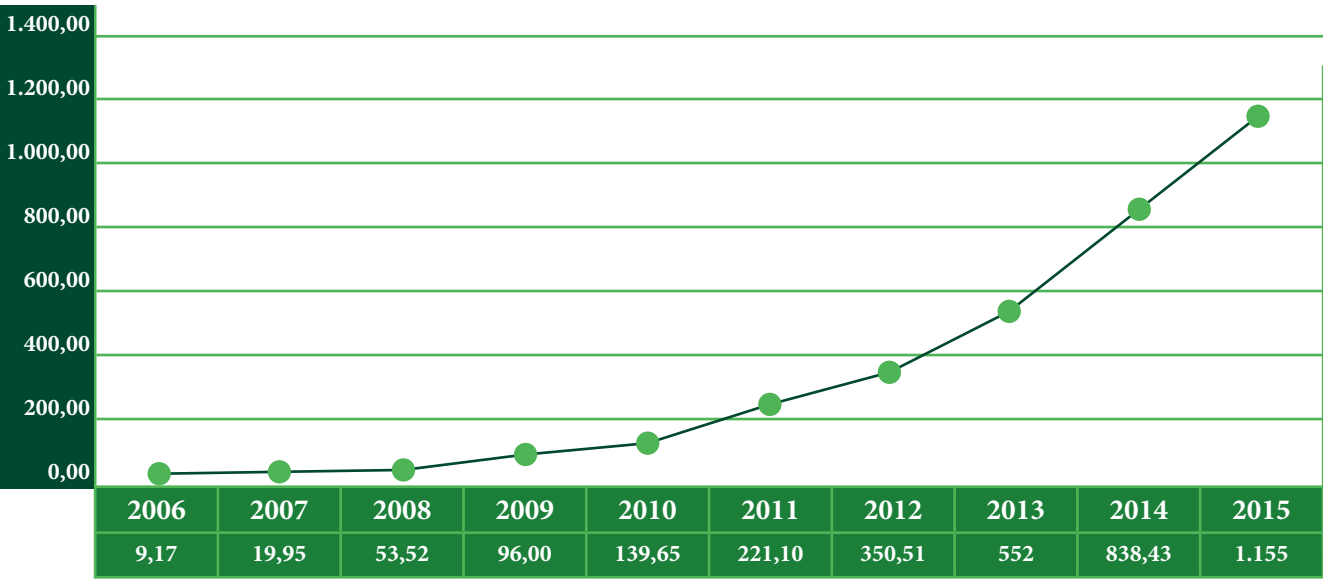
De **9,17 milhões** para **R\$ 1,6 bilhões** foi o crescimento de gastos públicos de 2006 a 2016

300 mil PROCESSOS RELACIONADAS À SAÚDE ingressaram apenas no TJ-RJ em 2016

25 mil NOVAS CAUSAS entram por mês no tribunal

R\$ 25 mil é o custo de apenas UMA CAUSA

92% foi o AUMENTO DE NÚMERO DE PROCESSOS movidos por pacientes de 2010 a 2015 no TJ-RJ



Valores Globais com depósitos e fornecimento (em milhões)

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