

ESPECIAL

FENASAÚDE

ESTADÃO
PROJETOS
ESPECIAIS



UMA EVOLUÇÃO

EM CURSO

Realizado em São Paulo, 1º Fórum da Saúde Suplementar coloca em pauta a necessidade de uma revisão profunda do setor

São Paulo sediou, nos dias 24 e 25 de novembro, o 1º Fórum da Saúde Suplementar, evento que reuniu não apenas representantes do setor, mas também órgãos governamentais e outros participantes nacionais e internacionais da cadeia produtiva da saúde, como médicos e hospitais. Organizado pela FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), o evento teve como foco a discussão

dos principais desafios e oportunidades oferecidos pela área de saúde no Brasil. Logo na abertura, o presidente da FenaSaúde, Marcio Serôa de Araujo Coriolano, lembrou que o setor movimenta hoje, no Brasil, cerca de R\$ 138 bilhões anuais e realiza mais de 1 bilhão de procedimentos médicos anualmente. “Há mais de dez anos a taxa média de crescimento dos beneficiários dos planos médicos tem sido de cerca de 3,7% ao ano, bem

maior que a taxa de crescimento da população, que sequer cresce 1%”, lembra. Se por um lado os planos crescem, de outro, suas despesas assistenciais parecem superar, e muito, este crescimento, atingindo taxas médias de 15% ao ano, ou seja, mais que o dobro da inflação. “E esta taxa ainda não está influenciada pela transição etária, isso porque a maioria dos beneficiários dos planos de saúde é formada por funcionários de empresas com idade média de 30 a 35 anos”, afirma.

1º Fórum FENASAÚDE



Visão de futuro: Mais de 250 executivos do setor de saúde debatem os problemas e as perspectivas do segmento

EDUARDO BANDELLI

OS DESAFIOS DO SETOR DE SAÚDE ESTÃO SÓ COMEÇANDO

Com despesas que crescem bem acima da inflação, o segmento precisa encontrar alternativas para driblar os motores desse crescimento

Um dos principais objetivos do 1º Fórum da Saúde Suplementar foi estabelecer e entender, de fato, com quais desafios o setor deverá lidar nos próximos anos. E não são poucos. O Diretor-Executivo da FenaSaúde, José Cechin, lembra que o segmento passa hoje por um momento difícil, espelhado pelas altas taxas de crescimento das despesas. “As despesas assistenciais crescem quase o dobro da taxa da inflação. Isso preocupa, porque coloca os compradores – pessoas físicas e empresas – no limite de suas capacidades econômicas. Quando dizemos isso, precisamos olhar para os motores desse crescimento ao invés de limitar o teto dos reajustes. Para conter, é preciso olhar as despesas”, defende, lembrando que o Fórum foi um espaço para que todos trouxessem sua contribuição.

Outro ponto que deve receber a atenção do setor é o modelo pelo qual os planos de saúde são oferecidos aos beneficiários. Cechin lembra que os consumidores brasileiros contam hoje, es-

sencialmente, com três tipos de planos: ambulatorial, que não prevê internações; hospitalar, que atende somente as internações; e os mais comuns, que unem os dois tipos, podendo ou não contar com obstetrícia e odontologia.

De acordo com o executivo, quando foram lançados, estes planos simplificaram a escolha e facilitaram sua comercialização. Hoje, com o mercado regulamentado, o consumidor pode ter mais opções de escolha e, para isso, o setor deve analisar que opções de planos são oferecidas hoje ao redor do mundo e montar um cenário em torno dessa diversidade de produtos, estudando que novas opções podem ser dadas ao consumidor.

“Nossa expectativa é que, a partir da realização do Fórum, tenhamos iniciativas que tragam o engajamento dos consumidores, com boa compreensão dos direitos e deveres, além do engajamento de hospitais e prestadores. Esperamos que do Fórum saia um conjunto de ações que enfrentem uma parte importante desses problemas, trazendo mais acesso e mais qualidade, a um cus-

to que caiba no bolso das empresas”, afirma Cechin.

Despesas x receitas

Para o Gerente-Geral da FenaSaúde, Sandro Leal Alves, todas as operadoras do mercado têm em comum o mesmo desafio: o crescimento das despesas médico-hospitalares tem acontecido acima das receitas. “O desafio que se impõe é que a sociedade, a cada ano que passa, deve colocar mais dinheiro para sustentar seu plano de saúde”, resume.

Alves acredita que, de todos os desafios impostos ao setor, o principal é continuar oferecendo planos de saúde que caibam no bolso das pessoas e das empresas. Ele afirma que todos estão sentindo que o custo do sistema torna o plano de saúde um bem cada vez mais difícil de alcançar, mesmo sendo a saúde o terceiro benefício mais desejado pelas pessoas, atrás de educação e moradia. Explicando a equação: sob o ponto de vista das operadoras de planos de saúde, as receitas crescem a um ritmo inferior às despesas. “Isso tem acontecido no mundo inteiro. Em algum momento,

isso leva a sociedade a quase uma ruptura e precisa ser revisto”, diz Leal Alves.

Por trás do aumento exponencial das despesas há uma série de motivos, mas Alves cita como o mais impactante a incorporação de novas tecnologias sem que se avalie tecnicamente se o benefício compensará o custo que será repassado à sociedade. É o que o executivo chama de incorporação acrítica. “Como o setor é muito intensivo no desenvolvimento de novas tecnologias, a pressão pela incorporação às vezes força o uso de procedimentos, materiais, técnicas e equipamentos sem que se faça uma avaliação do custo x efetividade”, explica.

Na prática, isso significa que os avanços são rapidamente incorporados sem que se avalie se as alternativas já dispo-

níveis podem entregar o mesmo resultado a um custo mais baixo. Daí a necessidade de tornar essa questão mais transparente e clara para a sociedade, que precisa conhecer os critérios, custos e benefícios de uma nova tecnologia e, principalmente, como ela poderá pagar por tudo isso.

Alves lembra que os planos de saúde fazem a gestão dos custos, mas o dinheiro é dos beneficiários. Por isso estes precisam ter uma participação mais ativa no processo. “Hoje o setor vem sob uma pressão tão grande por custos que começamos a discutir o que pode ser feito. Uma das linhas é a transparência na comunicação, na capacitação do consumidor para que ele possa tomar suas próprias decisões”, conclui.

EDUARDO BANDELLI

“É hora de criarmos uma agenda positiva de crescimento e só faremos isso com diálogo, compreensão e perseverança do setor, do qual todos nós dependemos”

José Carlos de Souza Abrahão, diretor-presidente da ANS



FenaSaúde: transparência e informação

Constituída em 2007, a Federação Nacional de Saúde Suplementar representa hoje 18 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde e briga pela longevidade do setor

Há tempos o mercado de saúde suplementar vem se transformando e atuando sob forte influência regulatória, maior controle social e novos padrões de concorrência e de integração da cadeia produtiva. Todo esse cenário impõe às operadoras privadas a necessidade – e a oportunidade – de trocar experiências, de promover o debate organizado sobre os principais desafios do segmento e de fortalecer a sua representação institucional perante a sociedade e o Governo.

E exatamente aqui está um dos papéis centrais da FenaSaúde: oferecer as melhores condições para manter os associados informados sobre os principais temas de interesse comum entre eles, contribuindo para a consolidação do mercado privado de assistência à saúde. Na visão da FenaSaúde, o desen-

volvimento e a consolidação do setor dependem em boa parte do intercâmbio de conhecimento, do desenvolvimento conjunto de propostas que visem o crescimento do mercado e do fortalecimento da própria entidade como representação institucional das operadoras privadas de saúde suplementar. “Nosso papel aqui é institucional. Reunimos estas empresas e participamos intensamente dos debates em diversos ambientes, incluindo o Congresso, seminários e eventos”, afirma Sandro Leal Alves, Gerente-Geral da FenaSaúde.

A federação mantém fóruns permanentes de debates, troca de experiências, produção de conhecimento e desenvolvimento de propostas sobre os aspectos assistenciais, econômico-financeiros, legais, técnicos e operacionais da área da saúde. “O setor precisa avançar e resolver suas questões. Ele tem uma capacidade enorme de dinamizar os debates, e a federação trabalha para ajudar nesse sentido”, diz o executivo, acrescentando que a FenaSaúde está tomando para si esta responsabilidade.

“Nosso trabalho como representantes de operadoras é a discussão técnica junto aos poderes constituídos. Defendemos a sustentabilidade do sistema, a estabilidade das regras e a informação sobre o funcionamento do setor”, afirma Alves. “Nosso principal objetivo é a proposi-



DIVULGAÇÃO

Sandro Leal Alves, Gerente-Geral da FenaSaúde: Principal objetivo é a proposição de novas soluções para o sistema, debatendo com os órgãos públicos e discutindo soluções com a sociedade

ção de novas soluções para o sistema. Fazemos isso tanto em debates com os órgãos públicos e, agora, ampliando para a discussão com a sociedade, sempre com respeito às regras, aos contratos e à estabilidade legal.”

Sustentabilidade econômica

Equilibrar contas e garantir a sobrevivência e a sustentabilidade econômica vêm sendo outros grandes desafios para os

planos privados de saúde suplementar. E são também temas que recebem especial atenção e suporte da FenaSaúde. Alves lembra que, diante do atual contexto, um dos maiores desafios enfrentados pelas operadoras é a manutenção da oferta de planos de saúde que caibam no bolso das pessoas e das empresas.

De acordo com o executivo, não é uma equação que seja facilmente resolvida com a participação de apenas uma

variável. Ele explica que a FenaSaúde já mantém canais de comunicação com setores do governo e que era hora de incluir também hospitais e clientes. “Para que o setor seja sustentável, ele deve encontrar na sociedade a sua viabilidade econômica, já que as pessoas querem e as empresas o valorizam”, afirma. Foi desta necessidade de integração dos diferentes agentes que movimentam o segmento que nasceu o 1º Fórum da Saúde Suplementar.

O fórum foi uma iniciativa para explorar e tirar o máximo proveito das ricas discussões técnicas entre os representantes de toda a cadeia produtiva de saúde suplementar – desde questões regulatórias e judiciais até os melhores modelos econômicos para garantir a sustentabilidade do setor. “A proposta era tirar do fórum ações e propostas que possam ser implementadas ao longo dos próximos anos, e que tenham potencial de se tornar soluções aos desafios impostos à área”, afirma Leal.

A Federação é presidida por Marcio Serôa de Araújo Coriolano, Diretor-Presidente da Bradesco Saúde e da Mediservice, e tem como Diretor-Executivo o economista e ex-ministro da Previdência Social, José Cechin. A atual diretoria da FenaSaúde é composta por 14 membros e foi eleita em março de 2013 para um mandato de três anos.

1º Fórum FENASAÚDE

ENTREVISTA EXCLUSIVA Marcio Serôa de Araujo Coriolano, presidente da FenaSaúde

CRISE DEVE ACELERAR MUDANÇAS

Presidente da FenaSaúde acredita que a maior parte dos problemas do setor tem remédio, mas o tratamento pode ser demorado e complexo

O atual cenário econômico brasileiro, que já vem impactando negativamente o mercado da saúde suplementar no País, tornou ainda mais urgente as discussões a respeito das regulamentações do setor. "Aqui estão incluídas, inclusive, as conversas em torno da alta dos custos médicos e seu impacto nas mensalidades dos planos de saúde", analisa Marcio Coriolano, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Nesta entrevista, Coriolano também falou sobre os desafios vividos pelo setor no Brasil, os desafios regulatórios a serem superados e os caminhos que precisam ser seguidos para tentar equacionar os problemas. A questão tem remédio, segundo o executivo, mas o tratamento pode ser demorado e complexo.

Um dos maiores dilemas da saúde suplementar é tentar equilibrar e equacionar a constante alta dos custos médicos e os preços cada vez mais elevados dos planos de saúde. Por que os valores dos planos e a inflação médica sobem a taxas tão maiores do que a da inflação geral de preços?

Marcio Coriolano – De fato, a chamada inflação médica é o dobro da inflação geral de preços. Mas isso não acontece só no Brasil. O crescimento dos custos da medicina em relação à inflação geral de preços é assim em qualquer país com sistema privado de saúde. E se analisar os custos nos sistemas públicos, como na imensa maioria dos países europeus, eles também sobem acima dos rendimentos e do próprio PIB. E isso acontece porque, na verdade, há essa demanda incessante da sociedade por melhores condições de saúde, de sobrevivência, e a busca cada vez maior por longevidade e bem-estar.

A indústria de medicamentos, materiais, de inovação médica e os prestadores de serviços têm respondido a essa demanda muito rapidamente. Como resultado, a cada dia surgem novos equipamentos, novos materiais, novas técnicas, que trazem consigo um custo muito elevado.

Em resumo, a tecnologia médica avança rapidamente para atender ao anseio da população por melhores tratamentos, e o custo disso acaba sendo financiado pelo governo ou pela população que compra planos privados de saúde. Além disso, muitas vezes, a tecnologia que entra não substitui a que estava ali. Ela, ao contrário, se sobrepõe e leva ao uso de tecnologias concomitantes, impactando diretamente a inflação médica.

A essas questões, soma-se ainda o fator desperdício. Na medida em que nosso sistema atual de saúde suplementar é ancorado na remuneração por quantidade, em que médicos, hospitais e clínicas são remunerados por volume de atendimento, temos historicamente um aumento de custos gerado pela maior quantidade e frequência nos atendimentos.

Como as operadoras de planos

privados de saúde e o Governo têm trabalhado em conjunto para chegar a um denominador comum justo tanto para prestadores de serviços quanto para os usuários dos planos?

MC – Existem várias propostas da FenaSaúde para ajudar a mitigar essa elevação de custos. E não estamos falando de um só remédio, mas de diversos. Em relação à questão do desperdício, por exemplo, as operadoras já vinham demonstrando o problema da má utilização das órteses e próteses, que culminou com a CPI da Máfia das Próteses. Houve um relatório muito bom, feito em conjunto pelos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça sobre esses problemas e propondo ações. O setor privado e o Governo já se debruçaram sobre esse tema, que acaba tendo impacto muito grande sobre a inflação médica. Agora é preciso tomar ações em relação a medidas que já foram sugeridas, como criar e votar uma lei que penalize profissionais da saúde que abusem da utilização de órteses e próteses.

De outro lado, já temos procurado sensibilizar os prestadores de serviços e a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para que ajudem o setor a fazer a mudança do modelo de pagamento por quantidade para um baseado no valor do serviço para o paciente. Temos nos dedicado a discutir o financiamento do sistema de saúde privado, que hoje é baseado simplesmente em uma repartição simples, na qual se acumula o dinheiro pelo pagamento da mensalidade.

Não existe, por exemplo, a criação de uma poupança para garantir o uso por pessoas à medida que ficam mais velhas, quando o plano fica muito mais caro. A questão de prevenção de saúde também deve ser aprofundada. O marco legal, por exemplo, não permite que pessoas individuais sejam premiadas por hábitos saudáveis. O incentivo é hoje para um conjunto de beneficiários como um todo.

Diante desse cenário e da forma como ele e as discussões avançam, conseguiremos no Brasil tornar a saúde um bem verdadeiramente acessível? Como se ajustar em termos de escala e custos? A consolidação é uma saída?

MC – A consolidação, na verdade, já avançou muito rapidamente. Já existe uma concentração relativamente alta no setor. A questão da escala é importante, pois é preciso reserva e escala para diminuir e bancar riscos. A consolidação hoje está chegando ao seu limite.

O mercado que devemos ver passar por consolidação é o de pequenas e médias empresas. Elas têm um custo *per capita* alto, incompatível com o que as grandes têm e com aquilo que elas são obrigadas a oferecer – pelo marco legal, mesmo as pequenas, que têm menor escala, precisam cobrir todos os tipos de atendimentos.

É um problema histórico, que deságua agora em um momento de ciclo baixo



Divulgação

“Há mais de dez anos a taxa média de crescimento dos beneficiários dos planos médicos tem sido de cerca de 3,7% ao ano, bem maior que a taxa de crescimento da população”

Marcio Serôa de Araujo Coriolano, Presidente da FenaSaúde

Que outros dilemas o mercado da Saúde Suplementar vive atualmente? Como anda a relação das operadoras com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Quais os desafios regulatórios a serem superados?

MC – O relacionamento com a ANS é sadio e positivo. A agência foi criada há 15 anos, é uma instituição sólida. O que ocorre é que a Agência cumpre o marco legal e esse marco tem problemas. Parte-se do pressuposto de que o Brasil é igual e, portanto, todos os planos têm de cobrir todos os tratamentos. Na realidade, porém, não se tem a mesma estrutura médica em todo o território brasileiro, e aí surgem os conflitos com a ANS.

As dificuldades com a Agência se dão especificamente pelo fato de ela ter que cumprir o marco. O que pedimos é que ela reduza o apetite regulatório. O mesmo acontece no relacionamento das prestadoras de serviços com as operadoras. Acaba havendo um desgaste por conta do modelo estabelecido.

Sobre o atual cenário macroeconômico no Brasil, quais os impactos na Saúde Suplementar?

MC – A maior parte do mercado de beneficiários participa de planos médicos empresariais: 67%, adesão; 13% e individuais; 19%. Se o ciclo econômico atinge as empresas com o desemprego, ele consequentemente diminui o número de beneficiários. A receita desses beneficiários cessa imediatamente, mas os tratamentos que elas fizeram geram perdas de receitas posteriores. Do lado do mercado em si, a permanecer em níveis elevados de desemprego, pode haver uma perda de escala para diminuir seus custos. Por outro lado, felizmente, enquanto os efeitos das demissões impactam as empresas grandes, as de menor porte seguem demandando planos de saúde.

E quais são as perspectivas do setor da Saúde Suplementar para 2016?

MC – O setor vinha crescendo a taxas históricas anuais de 3,7%. No fim do ano passado, esse índice caiu para 1,5% e, no último mês de setembro, decresceu 0,5%. Significa que, se permanecermos com uma inflação alta, com perda de rendimento real, e um nível de desemprego alto, o cenário pode ser ainda mais complexo. Se a inflação for controlada, o cenário pode ser diferente. Sabemos que 2016 vai ter uma taxa de crescimento menor que o de 2015.

Deve ser um ano de ajustes e a recuperação não acontecerá da noite para o dia. Do lado das regulamentações e discussões, podemos esperar avanços nas necessidades e conversas que estão em andamento atualmente. Momentos de dificuldade econômica como o que atravessamos agora são propícios para que o setor busque chegar a soluções ainda mais rapidamente.

SAÚDE SUPLEMENTAR EM NÚMEROS

MODALIDADE	OPERADORAS	BENEFICIÁRIOS (MILHÕES)	RECEITA (R\$ BILHÕES) *
Cooperativa médica	311	19,9	46
Medicina de grupo	299	20,9	37,2
Seguradora / Saúde	11	8,2	30
Autogestão	179	5,6	14,8
Filantropia	62	1,3	2,2
Odontologia de grupo	226	13,1	2,3
Cooperativa odontológica	111	3,2	0,6

* NOS 12 MESES TERMINADOS EM MARÇO DE 2015

FONTE: GUIA DE REAJUSTES DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE - FENASAÚDE

RESULTADO OPERACIONAL – MERCADO (R\$ BILHÕES)

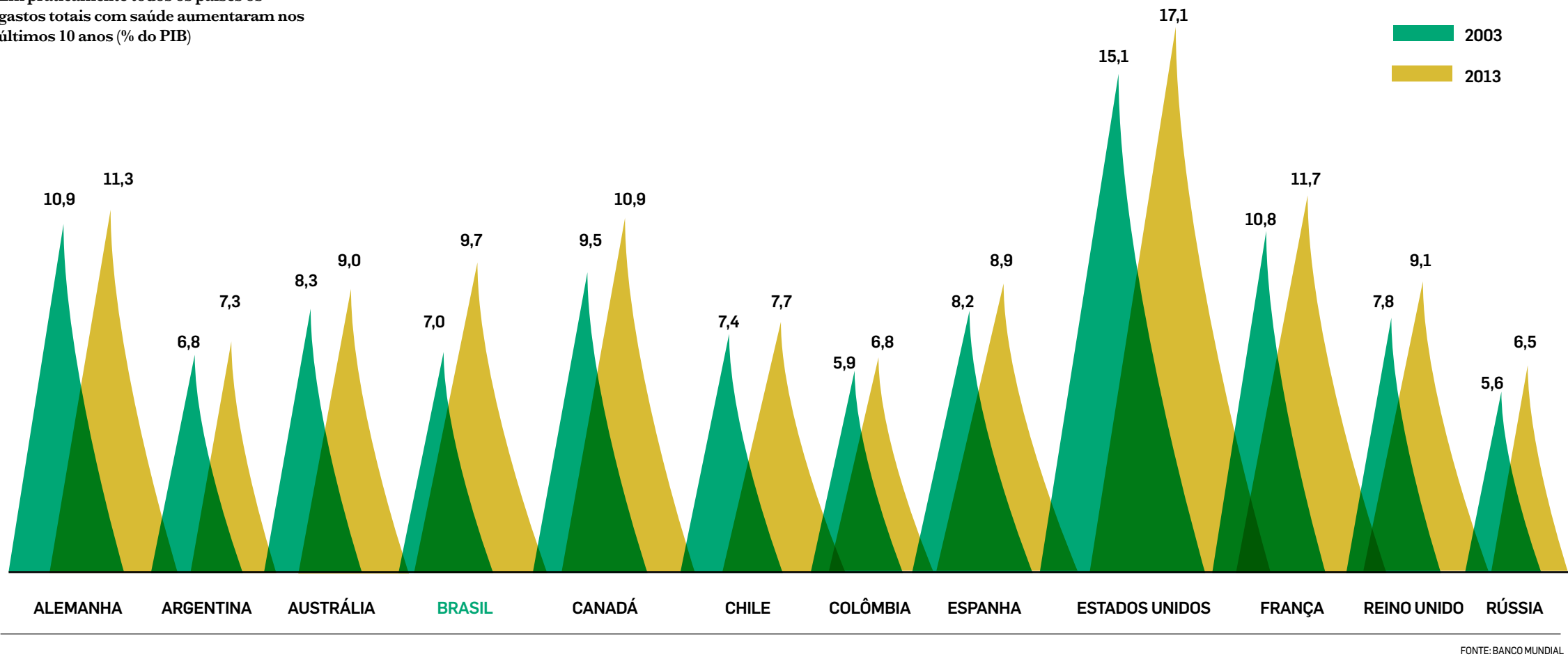
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Receita	66,6	73,4	85,3	97,2	112,8	130,4	134,4
Despesa total	68,3	75,4	86,0	98,5	112,7	131	134,8
Despesa assistencial	54,1	60	68,9	79,9	91,6	107,1	110,5
Despesa administrativa	13	13,9	15,5	16,7	18,8	21,1	21,5
Impostos	1,1	1,3	1,6	1,9	2,3	2,8	2,8
Resultado operacional	(1,7)	(1,8)	(0,7)	(1,3)	0,1	(0,6)	(0,4)

FONTE: GUIA DE REAJUSTES DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE - FENASAÚDE

1º Fórum FENASAÚDE

CUSTOS CRESCENTES

Em praticamente todos os países os gastos totais com saúde aumentaram nos últimos 10 anos (% do PIB)



UMA LIÇÃO QUE VEM DE FORA

Fonte de polêmica e muito debate nos EUA, a Affordable Care Act, conhecida como Obamacare, traz lições para o Brasil

Votada em 2010 depois de muita discussão, foi somente no começo de 2014 que a lei Affordable Care Act (ACA), também conhecida como Obamacare, começou a mostrar seus primeiros resultados para a população dos Estados Unidos. A lei, que realizou uma verdadeira revolução no sistema de saúde norte-americano, ainda é tema de discussões acaloradas, mas atingiu seu objetivo central de expandir a utilização de seguros de saúde para as fatias menos favorecidas da população, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados e reduzir o gasto com saúde nos Estados Unidos. Em abril de 2014, cerca de 10 milhões de pessoas já haviam se inscrito no programa desde seu lançamento. Em abril deste ano, o Instituto Gallup informava que o percentual de adultos sem seguro de saúde havia caído de 18% no fim de 2013 para 11,9% no começo de 2015.

Segundo Ezekiel Emanuel, presidente do Departamento de Ética Médica e Políticas de Saúde da Universidade da Pensilvânia, um dos idealizadores do projeto de lei e convidado especial do 1º Fórum Nacional de Saúde Suplementar, os resultados não são poucos. “Ainda temos o desafio de reduzir custos, mas foi um debate importante que trouxe benefícios para quase todos os públicos de interesse do setor de saúde nos Estados Unidos, aumentando a qualidade da saúde e reduzindo custos”, diz Emanuel. De fevereiro de 2009 a janeiro de 2011, foi o conselheiro especial para a política da saúde da Casa Branca e é autor do livro *Reinventando os Cuidados da Saúde Americana*. “Não fizemos a reforma perfeita, mas ela direciona o sistema para o caminho certo, o que já é uma vitória”, acredita. Para ele, o futuro está na integração dos serviços de saúde. “É preciso que os agentes do sistema trabalhem em conjunto.”

Com o objetivo de apresentar e debater a experiência dos Estados Unidos e pensar em propostas para tornar o setor de saúde brasileiro mais equilibrado, o painel sobre o Obamacare contou ainda com a participação de Marcio Coriolano, Presidente da FenaSaúde, Mauricio Lopes, Vice-Presidente da SulAmérica, e Florentino Cardoso Filho, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). Em resumo, para as cerca de 150 milhões de pessoas asseguradas por meio de seus empregadores – padrão nos Estados Unidos – foram poucas ou nenhuma as mudanças provocadas pela ACA. Mas, para as cerca de 25 milhões de pessoas que são seguradas individualmente por seguradoras privadas, sem o benefício de tarifas para grupos, e também para os idosos e mais pobres, as mudanças foram muitas. Em linhas gerais, a reforma norte-americana proíbe as seguradoras de variar os valores dos planos com base no histórico clínico ou no sexo, se recusar a assegurar um paciente que exige cuidados mais caros ou limitar a quantidade de reembolsos anuais. Todas essas eram práticas legais até a assinatura da ACA. Em troca, a lei exige que qualquer pessoa que more nos Estados Unidos, americana ou estrangeira, deve aderir a um plano de saúde, sob pena de uma multa, que deverá chegar a US\$ 695 em 2016. Por trás da reforma, o raciocínio é simples: se todo mundo tiver uma cobertura



EDUARDO BANDELLI

“Estudos comprovam que exames preventivos são facilmente cortados em pessoas com restrições financeiras e é muito mais caro tratar a doença do que preveni-la”

Ezekiel Emanuel, um dos idealizadores do Obamacare e presidente de departamento da Universidade da Pensilvânia

de saúde, os prêmios pagos por pessoas saudáveis compensarão os custos adicionais associados aos cidadãos que exigem maiores cuidados. A nova lei também define os tratamentos que as seguradoras devem cobrir sistematicamente. Todo seguro deve incluir, por exemplo, internações, incluindo emergências, além de cuidados preventivos, como exames de diabetes ou câncer, vacinas ou métodos contraceptivos, que devem ser integralmente reembolsados. “O incentivo à prevenção é, no meu ponto de vista, um dos maiores ganhos do modelo. Estudos comprovam que exames preventivos são facilmente cortados em pessoas com restrições financeiras e é muito mais caro tratar a doença do que preveni-la”, afirma Ezekiel.

Desde outubro de 2013, os cidadãos podem também contar com a ajuda de portais na internet oferecidos pelo governo para ajudá-los a selecionar e se inscrever em uma das diferentes opções de seguros privados. Ainda assim, estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas viviam sem seguro de saúde nos Estados Unidos, em 2014. De acordo com Mauricio Lopes, da SulAmérica, o Obamacare se baseia em três pilares: seguro para todos, empoderamento do usuário do sistema e organizações de cuidado responsáveis (em inglês, accountable care organizations), cujo modelo está assentado no pagamento pelo cuidado e não pelos procedimentos, o que obriga o médico a ter uma gestão consequente da saúde. “Apesar desses três paradigmas não terem aplicação imediata no Brasil, eles podem trazer alguns insights para começarmos o debate sobre o modelo adotado no País”, diz Lopes.

Segundo ele, o setor de saúde fica mais caro a cada ano que passa, entre outras razões porque os tratamentos e a tecnologia embarcada elevam os custos. “Vejo nuvens negras no futuro, pois as pessoas estão vivendo cada vez mais, com doenças crônicas”. Para Lopes, são três os fatores preocupantes no cenário brasileiro. O primeiro é uma forte curva demográfica em que o País está fazendo a transição para uma população cada vez mais idosa. A segunda é a transição epidemiológica em que o Brasil convive com as doenças infecto-contagiosas e com as doenças crônica-degenerativas. A última é a transição nutricional em que a saudável tradicional comida brasileira (arroz, feijão, carne e salada) é deixada de lado em favor do fast food, alimentos ricos em gorduras e açúcares que, con-

Uma longa jornada

Desde de 1945, diversos governos norte-americanos tentaram, sem sucesso, fazer uma reforma na saúde. Participaram desse esforço Harry S. Truman, John F. Kennedy, Lyndon Johnson, Richard Nixon e Bill Clinton. Finalmente o democrata Barack Obama conseguiu aprovar no Congresso uma reforma em um cenário em que cerca de 50 milhões de pessoas não tinham seguro de saúde. Apresentado ao Congresso dos Estados Unidos em setembro de 2009, o Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) foi aprovado pelo Senado em pleno 24 de dezembro, com 60 votos a favor e 39, contra. Todos os democratas e mais dois membros independentes votaram a favor do projeto, enquanto todos os republicanos votaram contra. A lei acabou recebendo o aval da American Medical Association (AMA) e da American Association of Retired Persons (AARP). Em junho de 2012, a Suprema Corte dos Estados Unidos garantiu a constitucionalidade da lei, mas afirmou que nenhum estado poderia ser forçado a participar do ACA. A aprovação da reforma não foi fácil: desde antes de passar pelo Congresso, a legalidade do programa foi contestada por governadores, líderes de movimentos conservadores e também por sindicatos, além de organizações de pequenos negócios.

A opinião pública apoiou a ideia de uma reforma no sistema de saúde, contudo pesquisas feitas durante o debate sobre o ACA, entre 2009 e 2010, apontavam que a maioria do povo tinha uma visão negativa da lei. Em outubro de 2013, cerca de 40% da população eram favoráveis ao ObamaCare, enquanto 51% eram contra. “Aprendemos algumas lições do passado como, por exemplo, se quiséssemos aprovar a reforma teríamos que ser rápidos. Precisávamos também compreender integralmente o processo de tramitação no Congresso e dar a ele o crédito pela aprovação. E também precisávamos de muita paixão”, explica Ezekiel Emanuel, presidente do departamento de ética médica e políticas de saúde da Universidade da Pensilvânia. Emanuel foi entre fevereiro de 2009 e janeiro de 2011, o conselheiro especial para a política da saúde da Casa Branca. “Mesmo com muitos outros projetos sendo elaborados e negociados, Obama estava completamente focado em aprovar a reforma. E ele conseguiu por diversas razões, mas principalmente porque ele apresentou um único projeto e não o fragmentou e conseguiu trazer para seu lado atores-chave do sistema como médicos, hospitais, enfermeiros, a indústria farmacêutica e os planos de saúde”, acredita o professor.

safio é a judicialização, que elitiza o acesso”. Os planos médicos abrangem 26% da população brasileira e movimentam cerca de R\$ 137 bilhões por ano, o que representa 40% da movimentação do setor de seguros como um todo. São feitos no Brasil, anualmente, cerca de um bilhão de procedimentos médicos e os custos do segmento crescem na ordem de 15% ao ano, de acordo com dados da FenaSaúde. “Há um preocupante desequilíbrio entre a receita a e despesa das operadoras e passamos por um momento econômico adverso. Só neste ano, por volta de 240 mil beneficiários deixaram o sistema de saúde suplementar”, afirma Coriolano.

“Precisamos todos pensar qual o objetivo do setor. Onde queremos chegar? O Obamacare é uma aula de microeconomia do negócio do seguro. Risco moral, seleção adversa e mutualismo foram trabalhados na reforma da saúde nos Estados Unidos. Os modelos de coparticipação e de franquia permitem maior participação dos usuários, o que os empodera. A discussão sobre os fundamentos do setor foi feita lá de forma muito séria. O Brasil não está fazendo essa discussão. Ter clareza do nosso objetivo é a chave para definir a regulação do setor”, reflete Lopes.

Para Florentino Cardoso, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), o sistema de saúde brasileiro está apoiado em três pilares: diagnóstico, tratamento e reabilitação. “Não se fala em prevenção e em promoção da saúde. Quais operadoras de saúde e quais programas do governo estão pensando no idoso, por exemplo? Temos, no Brasil, operadores, prestadores e usuários insatisfeitos com o sistema”. De acordo com Cardoso, muito mais importante do que usar o plano de saúde de forma indiscriminada é usá-lo com qualidade.

1º Fórum FENASAÚDE

INFORMAÇÃO
EMPODERA O
CONSUMIDOR

O uso de ferramentas tecnológicas, como big data, pode ajudar clientes e prestadores de serviços a fazer melhores escolhas

A informação pode e deve ser usada como agente de mudança e transformação. Esse foi o tema principal do segundo painel do 1º Fórum da Saúde Suplementar. A proposta era discutir como a informação pode ser usada para empoderar o consumidor para que ele faça melhores escolhas, conhecendo quem são os prestadores de serviços, seus custos e resultados. Nesse cenário, entra também em pauta a Tecnologia da Informação (TI) como um poderoso instrumento de gestão para as operadoras de saúde. O Health Care Cost Institute (HCCI), um instituto de pesquisa norte-americano fundado em 2011, dedicado à promoção da pesquisa e informação sobre os direcionadores de custos e utilização dos serviços de saúde e sua plataforma Guroo.com, que disponibiliza o preço de diversos procedimentos médicos para fins de comparação e escolha, foram apresentados como modelo de transparência.

“A informação sempre foi vista como o patinho feio do setor e, hoje, 17 anos depois de regulação, tem sido apresentada como a solução para vários problemas. Precisamos, entretanto, pensar que tipo de informação é relevante”, pondera Sandro Leal Alves, Gerente-Geral da FenaSaúde. Segundo ele, a assimetria de informação permeia todos os espaços: está no consumidor, que desconhece sua condição de saúde, precisa do auxílio médico e, muitas vezes, tem dúvidas sobre a conduta médica. E está também nas operadoras de saúde que tampouco conhecem a real condição de saúde do usuário do sistema. “Para cada problema de assimetria, uma nova regulação surge”, diz.

Nesse cenário, então, quais informações são relevantes? Na opinião de Alves, em primeiro lugar, informação sobre a qualidade dos serviços dos prestadores. “Não seria interessante se o consumidor tivesse acesso a indicadores de qualidade sobre os médicos do seu plano de saúde? Esse tipo de dado empodera o usuário, pois permite que ele faça escolhas baseadas em dados”, explica Alves, que se refere ao HCCI, o think tank norte-americano, como uma fonte de inspiração. “Nos Estados Unidos, como o custo entre as operadoras e usuários é comparatilhado, faz todo sentido essa informação estar disponível”. O uso de big data é fundamental, na opinião de Alves, uma vez que permite o cruzamento de dados para tentar antecipar o que vai acontecer.

O uso da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), que surgiu em 2005 como padrão de troca de informações entre as operadoras e os milhares de prestadores do sistema para mapear o que acontece no Brasil, promete ser o embrião de

profundas mudanças futuras. No início de dezembro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança o aplicativo D-TISS, inspirado na plataforma Guroo.com. Os filtros por estado, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também poderão ser utilizados. “O potencial de uso da base de dados da TISS é enorme. Uma regulação que estimule a transparência dos dados parece ser um importante incentivo para a mudança de comportamentos por parte dos players do setor”, acredita Alves.

“A informação não só vai ser usada para traçar um mapa dos procedimentos da saúde suplementar no Brasil, como custos médios, especificidades regionais e atributos gerais, como também será o ponto de partida para construirmos um modelo baseado em resultados em que teremos informação e qualidade atreladas. Nosso modelo, baseado no fee for service não mede resultado e tem alto custo e baixa eficiência”, afirma Martha Regina de Oliveira, Diretora da ANS.

Outro projeto em andamento é utilizar os dados da TISS para subsidiar ações de avaliação e acompanhamento das operadoras e também para compor o Registro Eletrônico de Saúde, uma ferramenta cujo objetivo é unificar toda informação assistencial de um indivíduo em um único prontuário de saúde. A ANS estuda elaborar uma resolução que prevê que cada operadora tenha em seu site um espaço para seu beneficiário. Desde setembro de 2014, as operadoras já enviam mensalmente para a ANS as informações sobre consultas, exames e internações, entre outras.

O que muda é que agora a Agência passa a receber dados com um nível de detalhamento que não existia, pois a informação até então era enviada de forma consolidada. Os novos dados, de acordo com Oliveira, permitem observar o evento realizado, o custo associado, a faixa etária, a região geográfica, os prestadores envolvidos no evento, os prazos de pagamento, entre outros indicadores.

Essas ferramentas permitem, por exemplo, indicar o grupo de indivíduos mais propenso a determinados procedimentos, abrindo espaço para ações de mudança de curso assistencial a partir do desenho de programas de prevenção de doenças. De posse dessas informações, o perfil epidemiológico das populações assistidas será melhor avaliado, e medidas mais eficientes poderão ser tomadas, possibilitando inclusive a mensuração do retorno desses programas. “O Brasil ainda tem muito trabalho a fazer no que diz respeito a como essa informação é colhida, usada e divulgada. Estamos no começo de um processo muito importante, pois hoje não há nenhum tipo de avaliação, monito-



Martha Regina de Oliveira, Diretora da ANS: “Nossa meta é ter, daqui um ano, um portal com todo tipo de informação estruturada integrando dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde complementar”

ENTREVISTA **David Newman**, Diretor-Executivo do HCCI

TI para mapear custos e utilização

O Health Care Cost Institute (HCCI) é um instituto de pesquisas norte-americano fundado em 2011 sem fins lucrativos, independente e não-partidário, dedicado à promoção da pesquisa e informação sobre os direcionadores de custos e utilização dos serviços de saúde. O instituto é um ótimo exemplo de como a informação e a tecnologia da informação (TI) podem ser usadas como importantes ferramentas de empoderamento dos consumidores. O HCCI mantém a plataforma digital Guroo.com, um site que funciona como uma fonte de informações de preços independente, gratuita e fácil de usar com o custo de diversos serviços de saúde baseado em bilhões de indenizações atuais. O objetivo é

que o consumidor possa fazer melhores escolhas baseado na qualidade e preço dos serviços. Segundo David Newman, Diretor-Executivo do HCCI e um dos debatedores do 1º Fórum de Saúde Suplementar promovido pela FenaSaúde, historicamente sempre houve pouca informação disponível nos Estados Unidos sobre as cerca de 200 milhões de pessoas que possuem seguro de saúde privado. “Esses dados são importantes para todos, uma vez que são uma das poucas formas de os stakeholders entenderem o que acontece no sistema de saúde norte-americano para além das fontes oficiais”, afirma. Leia mais o tema nesta entrevista:

O que é o HCCI, seus principais objetivos e resultados?

DN – O HCCI é um instituto de pesquisa independente e sem fins lucrativos que congrega dados sobre eventos assistenciais das três principais seguradoras de saúde dos Estados Unidos. Além disso, daqui a pouco também conseguiremos reunir todos dados referentes aos seguros de saúde da terceira idade norte-americana – o que totaliza cerca de 100 milhões de pessoas. Nosso ob-

jetivo é usar essa informação para fins de pesquisa, relato público e para dar visibilidade aos preços e transparência aos processos. Todos os relatórios do HCCI são gratuitos e estão disponíveis online.

Quais foram os desafios encontrados pelo instituto? Quem é o público-alvo do HCCI?

DN – O instituto apoia a pesquisa acadêmica de professores independentes para que eles estudem o que influencia os preços e a utilização dos serviços de saúde. Existem desafios significativos quando pensamos na quantidade de dados com os quais lidamos – são mais de 15 milhões de eventos assistenciais, somadas às preocupações sobre segurança, privacidade e confidencialidade das empresas. O público-alvo do HCCI varia: o público em geral, jornalistas, autoridades do governo, pesquisadores acadêmicos e seguradoras.

Qual o papel da tecnologia da informação nesse cenário? É uma ferramenta poderosa?

DN – Seu papel é imenso. No Guroo.com, precisamos de uma enorme quantidade de dados em tempo real para estimar os preços para os consumidores e para que eles sejam precisos. Nossa plataforma usa por volta de três bilhões de eventos assistenciais para estimar os preços nos Estados Unidos. Trabalhamos de forma independente das seguradoras, então, não desenvolvemos a ferramenta nem os dados diretamente para as empresas de seguro. O fluxo da informação é geralmente em uma direção: deles para nós. Mas as seguradoras apoiam nosso esforço porque entendem que consumidores informados são consumidores melhores.

prestadores e discutir abertamente o custo-benefício do que se apresenta e, quando ele tem problemas, ser um parceiro na busca por uma solução”, acredita.



ramento e indicadores dos serviços prestados”, lamenta Oliveira.

Juliana Pereira da Silva, secretária nacional do consumidor do Ministério da Justiça, vai além. “A melhor

maneira de incentivar o consumidor a desenvolver melhores escolhas é dar total transparência primeiramente ao que ele está contratando ou contratou, criar critérios objetivos para classificar

Alta de custos é fator global, mas o conhecimento é local

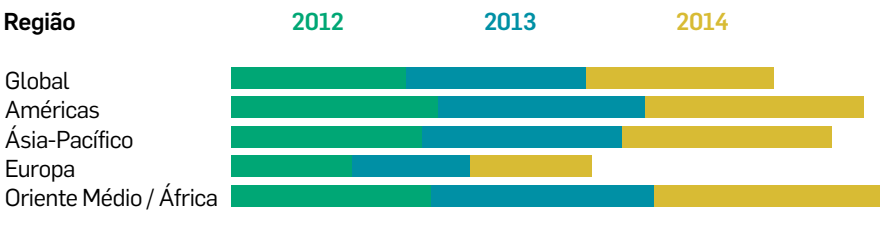
Incorporação de novas tecnologias, inflação oficial e envelhecimento da população encarecem a saúde no mundo todo

Alguns dos especialistas que participaram do 1º Fórum da Saúde Suplementar, deixaram claro que a alta dos custos médicos não é exclusividade brasileira. Ao contrário, ela é sentida em todo o mundo e cada país vem buscando suas próprias soluções para isso. De acordo com Cesar Lopes, consultor da Towers Watson, em média, a inflação médica é de duas a três vezes e meia maior que a inflação nominal. Há uma série de questões envolvidas nisso. Primeiramente a inflação oficial. Toda vez que ela está alta, é acompanhada pelos

custos médicos. Logo, uma inflação baixa reduz a inflação médica. “A indexação de preços ainda é alta nesse mercado. Todos os anos as operadoras reajustam suas tabelas. A própria inflação indica que haverá aumento de custos”, afirma.

A pressão causada pela incorporação tecnológica também é global. Há uma série de novas tecnologias e aparelhos sendo adotados que trazem custos, muitas vezes desnecessários. Outro ponto interessante é o envelhecimento da população coberta. O artigo 31 da Lei 9656/98 estabelece que todo empregado que tiver o valor do plano de saúde descontado em seu pagamento manterá a cobertura após a aposentadoria. “Quando as empresas entenderam o impacto desse artigo, a grande maioria eliminou a participação do empregado”, afirma. Com este cenário, começa-se a discutir o que é possível para as empresas fazerem. Ainda há muitas que não são

INFLAÇÃO MÉDICA GLOBAL POR REGIÃO



FONTE: TOWERS WATSON GLOBAL MEDICAL TRENDS SURVEY 2014

efetivas no acompanhamento dos custos de seus contratos. “Na verdade, 43% das empresas não sabem de onde vêm os maiores custos de saúde de seus funcionários. Se eu tenho esse custo crescendo e não sei quais os principais eventos que atingem minha população, eu não posso fazer nada. Ainda falta visão estratégica das empresas nessa gestão”, diz.

O consultor lembra que esta visão vai permitir às empresas trabalhar no desenho do benefício – definindo o desenho mais adequado para sua população. “Se vai trabalhar com uma seguradora ou com uma operadora que tenha seu próprio hospital, por exemplo. Ela consegue também trabalhar na questão da elegibilidade, definindo quem será coberto

e podendo eliminar o cônjuge que tem cobertura em outro plano”, revela.

O conhecimento do perfil dos beneficiários pode ajudar na escolha do modelo financeiro. Uma opção é o *self insurance*, em que a empresa assume as despesas efetivas geradas pelos seus funcionários. A operadora administra o plano, mas a empresa arca com as despesas reais o que, em um horizonte de longo prazo, pode trazer economia para as empresas, dependendo do perfil.

“Outra área que temos falado muito é sobre a transparência dos planos de saúde. Só 26% dos brasileiros têm planos de saúde. Destes, a grande massa é de planos corporativos. Esse mercado só existe no Brasil porque o empregador oferece este benefício. Por isso ele precisa comunicar claramente ao empregado quanto custa o benefício e que este custo volta para a empresa depois”, defende.

A saúde suplementar movimentada, anualmente, cerca de 138 bilhões (é a receita total do setor e também a despesa total) e é responsável por aproximadamente 90% do movimento em hospitais, consultórios e laboratórios, atendendo 70 milhões de brasileiros. O desafio do setor, com grande representatividade socioeconômica, é assegurar sua sustentabilidade. Um dos seus principais obstáculos é o desequilíbrio nos gastos.

E ainda há o impacto do envelhecimento da população e da incorporação de novas tecnologias. “As discussões devem ser rápidas. E as decisões, maduras, devem ser focadas na causa. Qual a causa do aumento dos custos? Nós já sabemos”, observa Mauricio Lopes, Vice-Presidente de Saúde e Odonto da SulAmérica Seguros. A pressão de gastos na assistência à saúde está diretamente relacionada às aspirações legítimas do consumidor de viver mais e melhor. Isso significa ter acesso a todos os avanços em termos de medicamentos, tratamentos e equipamentos. Esse crescimento de gastos superiores aos índices médios de variação dos preços da economia e ao crescimento da renda das famílias, no entanto, inibe a capacidade ou disposição de pagar das pessoas e empresas.

No Brasil, como em outros países, a estrutura de pagamento da assistência médica privada é feita por procedimentos médico-hospitalares, fazendo com que haja maior utilização de exames complexos e maior uso de materiais caros, sempre com comprovação ou registro do grau de benefício obtido pelos pacientes. Entre os fatores que impactam os custos e a utilização *per capita* do plano estão a falta de conscientização e de conhecimento específico dos beneficiários para o uso criterioso dos serviços cobertos pelo plano, o aumento da proporção de idosos na população decorrente da maior expectativa de vida com os efeitos da extensão do envelhecimento, a ampliação e incorporação de novas tecnologias ao rol de coberturas obrigatórias aplicadas aos contratados já comercializados, sem a devida previsão de custo no cálculo atuarial. Além disso, a substituição de materiais e medicamentos menos custosos por outros mais caros no âmbito dos serviços prestados na rede hospitalar privada, a judicialização da saúde e o desperdício resultante de indicações inadequadas também tornam essa equação mais difícil de equilibrar.

Como consequência, os consumidores e empresas se deparam com a gradativa redução de pequenas e médias operadoras por fusões, incorporações ou simples fechamento. Além da maior necessidade de escala, para fazer frente aos riscos crescentes do negócio. “Estamos vivendo um momento que pode se transformar em uma grande oportunidade e não adianta buscar responsáveis. É preciso buscar soluções”, afirma Claudio Lottenberg, presidente da Associação Beneficente Israelita Albert Einstein. “O modelo *fee for service* não premia a eficiência. Para mudar, precisamos de um sistema integrado em que o médico é remunerado para promover a saúde e não para cuidar dela. No modelo de hoje, ganha-se pelo sinistro”, complementa.

Ainda de acordo com a FenaSaúde, a despesa assistencial *per capita* na saúde suplementar, entre 2001 e 2014, no Brasil, cresceu 273,6%, enquanto a variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA) foi de 124%. Em termos reais, o crescimento acumulado da



Mauricio Lopes, Vice-Presidente da SulAmérica Seguros
"Os mecanismos de financiamento têm que ser revistos, pois os pagamentos por procedimento são um problema"

O DESAFIO DA REMUNERAÇÃO

A pressão de gastos na assistência à saúde está diretamente relacionada às aspirações legítimas do consumidor de viver mais e melhor. Mas a equação está cada vez mais difícil de fechar

despesa assistencial *per capita* foi de 66,8%, acima da inflação e muito acima, por exemplo, da taxa observada nos Estados Unidos (39,2% acima da inflação americana). O problema é que essa defasagem não vem sendo integralmente compensada nos reajustes das mensalidades dos planos e seguros de saúde.

Um elemento que incentiva o uso responsável do plano e fortalece o papel fiscalizador do consumidor em relação à transparência dos custos assistenciais é sua coparticipação nos pagamentos, já prevista na regulamentação brasileira e em uso. Pode funcionar como fator moderador – o consumidor arcando com um percentual das despesas ambulatoriais – ou sob a forma de franquia por meio da qual estipula-se um valor pré-fixado calculado sobre as despesas médicas. “Os mecanismos de financiamento têm que ser revistos, pois os pagamentos por pro-

cedimento são um problema. Produtos co-responsabilizados seriam mais interessantes”, afirma Lopes. Para muitos, a solução está na eliminação de desperdícios por meio de uma regulação focada na transparência dos gastos.

“O modelo precisa ser alterado porque não é sustentável. E a cadeia de valor da saúde suplementar precisa cooperar”, acredita Irlau Machado, presidente da NotreDame Intermédica. Para Leandro Reis, diretor de normas e habilitação de operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as Accountable Care Organizations (ACO) podem servir de inspiração, mas teriam que ser tropicalizadas. “Do jeito que funcionam nos Estados Unidos, elas não resolveriam todos problemas do sistema de saúde suplementar brasileiro, mas elas colocam na pauta discussões importantes. Podem servir como oportunidade de aprendiza-

do, mas o Brasil é um país muito heterogêneo e de muitas assimetrias”, explica.

Na opinião de Sandro Leal Alves, Gerente-Geral da FenaSaúde, encontrar o ponto de equilíbrio entre gastos e poder de compra é tarefa inadiável, sob a pena de se restringir o acesso da população aos planos e seguros de saúde e elitizar o consumo desse produto. Nos últimos sete anos, segundo ele, enquanto a despesa assistencial evoluiu, em média, 14,5% ao ano, o número de beneficiários cresceu, anualmente, apenas 5,1%. A diferença entre esses dois indicadores, 9% representa o crescimento da despesa *per capita*, o que demonstra o peso do comprometimento da renda de quem contratou serviços de saúde.



de saúde que tenha o objetivo de ter um bom desempenho nessas três categorias. É muito difícil para médicos individualmente, ou até mesmo em grupo, terem as capacidades necessárias em termos de infraestrutura de tecnologia da informação, força financeira e coordenação de cuidados para alcançarem as metas colocadas pela responsabilização.

ENTREVISTA

Jay Cohen,
Presidente da Monarch HealthCare

Como funcionam as Accountable Care Organizations

Jay Cohen é presidente-executivo da empresa Monarch HealthCare, uma associação independente com sede em Irvine, no estado da Califórnia, Estados Unidos, que atende a cerca de 2.300 médicos que cuidam de, aproximadamente, 200 mil organizações de manutenção da saúde. Em 2012, a Monarch foi designada como uma Accountable Care Organization (ACO) pelo centro de serviços Medicare (sistema federal norte-americano de seguro saúde para pessoas com mais de 65 anos) e pelo Medicaid (programa social de saúde de cuidados para famílias e indivíduos com baixa renda e recursos limitados). As ACOs já somam 738 em 2015 e entre 2014 e neste ano houve o aumento de 30% no número de pacientes atendidos por esse tipo de organização. Nesta entrevista, Cohen fala sobre sua experiência à frente de uma ACO.

Como funciona a remuneração de profissionais da saúde nos EUA?

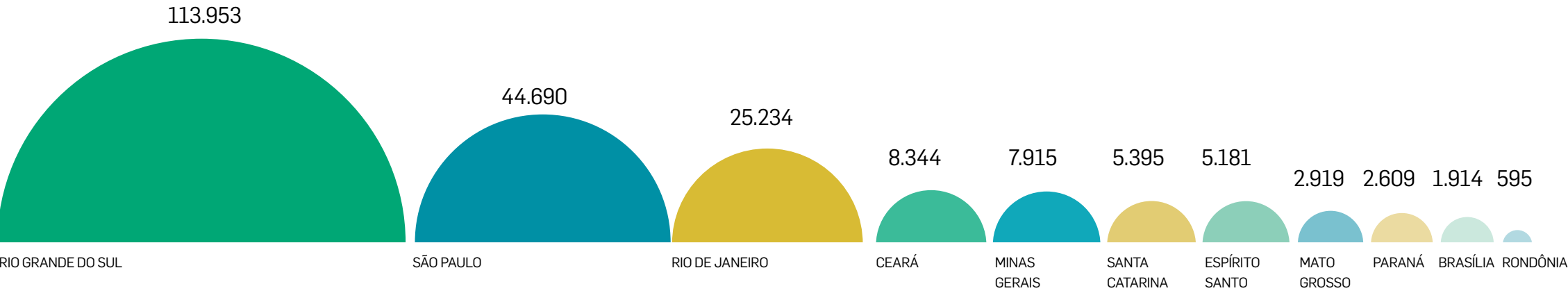
JC – O modelo tradicional norte-americano está baseado no conceito de pagamento por procedimento (*fee for service*). Em outras palavras, os médicos são remunerados de acordo com cada serviço prestado para cada paciente. Esse modelo ainda funciona em alguns lugares, mas com menos frequência do que no passado. Cada vez mais, os médicos estão optando por relações que permitem modos de remuneração alternativos, baseados no conceito de pagamento pelo valor (*fee for value*). Desse modo, os médicos conseguem ganhar bônus de performance ao atingir métricas pré-definidas de resultados qualitativos. Esses modelos inovadores de remuneração abrem espaço para uma atuação mais responsável e consciente por parte dos profissionais da saúde.

Como o senhor avalia as ACOs? Por que elas são importantes?

JC – Existe nos Estados Unidos, atualmente, uma grande variedade de métricas de performance aceitas para avaliar as ACOs. Elas normalmente se enquadram em três categorias: experiência do paciente, resultados alcançados na população – tanto para condições agudas e crônicas – e eficiência. Uma estrutura organizacional, como uma ACO, é crítica para o sucesso de qualquer sistema de saúde que tenha o objetivo de ter um bom desempenho nessas três categorias. É muito difícil para médicos individualmente, ou até mesmo em grupo, terem as capacidades necessárias em termos de infraestrutura de tecnologia da informação, força financeira e coordenação de cuidados para alcançarem as metas colocadas pela responsabilização.

CAMPEÕES DA JUDICIALIZAÇÃO

Quantidade de ações judiciais para obtenção de medicamentos e dispositivos médicos (2013)



FONTE: FUNDAMENTOS, REGULAÇÃO E DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Um assunto delicado – e caro

A judicialização é um dos impasses do setor, porque é cara, elutiza o acesso à saúde, concedendo privilégios extraordinários a beneficiários que recorrem à Justiça questionando coberturas muitas vezes não estabelecidas em contrato, sobrecarregando todo o sistema. Os efeitos da judicialização são sentidos tanto no mercado de planos privados, como na saúde pública.

Um levantamento feito pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em março do ano passado apontou que 2/3 das ações judiciais contra o SUS para aquisição de remédios são iniciadas por pessoas

que possuem convênios médicos. O estudo foi mais longe e mostrou que, na época, a Secretaria estava envolvida em mais de 39 mil demandas judiciais. Somente em 2013, estas demandas geraram um gasto de mais de R\$ 900 milhões.

Um levantamento feito pelo IpeaData mostra que, somente em 2013, foram abertas mais de 220 mil ações judiciais no Brasil, todas com o objetivo de obter medicamentos e dispositivos médicos. A chamada judicialização do setor de saúde tem sido profundamente discutida porque, se de um lado garante o cumprimento de direitos fundamentais previstos na Cons-

tituição, de outro se aproveita de brechas regulatórias para transformar-se em atividade econômica, levando lucro para quem demanda a intervenção judicial.

A juíza Deborah Ciocci, em um dos debates do 1º Fórum da Saúde Suplementar, reconheceu que o abuso traz prejuízo aos governos e operadoras de saúde, mas pregou o entendimento para que se chegue a um ponto de equilíbrio. Ela lembrou que o Poder Judiciário brasileiro lida hoje com mais de 100 milhões de processos, divididos por 17 mil juízes e que a maior parte dos juízes é bem intencionada.

“A Constituição, ao dizer que a saúde

é dever do Estado e direito de todos, provoca a judicialização e isso não é ruim. Devemos lembrar que os remédios contra AIDS estão disponíveis gratuitamente após um processo judicial”, lembra.

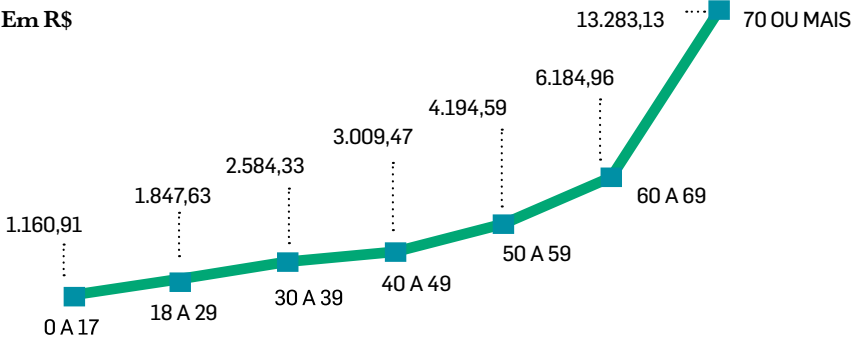
Deborah afirma que a saúde é uma questão sensível para os juízes, que muitas vezes não têm tempo para compreender que a saúde privada é complementar. O ponto é que as ações via de regra são urgentes e os magistrados não têm formação médica. “Por isso eu acredito em educação. É possível que um membro do Poder Judiciário aprenda quais são as necessidades do setor e entenda que algumas decisões podem inviabilizar os planos de saúde”, afirma.

Deborah ressalta que a judicialização não é ruim, já que permite que muitas pessoas tenham acesso a tratamentos e remédios que normalmente não conseguiriam, mas toda a cadeia produtiva da saúde precisa ser educada para ela, incluindo médicos e pacientes. “Se um médico me diz que o paciente vai morrer, eu vou deferir o pedido”, diz.

Para a juíza, a solução para o problema não virá de uma hora para outra. Ela passa por um processo de educação e conscientização de juízes, advogados, médicos e pacientes. “Ninguém vai proibir o consumidor de buscar seu direito mas, bem educado, ele terá consciência de suas ações e do impacto que elas terão sobre o sistema”, conclui.

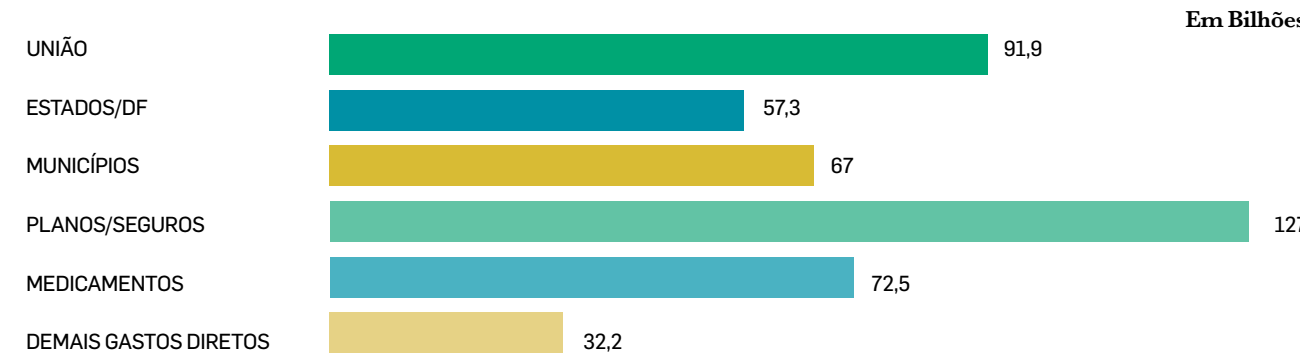
1º Fórum FENASAÚDE

CUSTO ASSISTENCIAL MÉDIO POR BENEFICIÁRIO (2014)



ALVES, SANDRO LEAL. FUNDAMENTOS, REGULAÇÃO E DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL. RIO DE JANEIRO: FUNENSEG, 2015. PÁG. 50

GASTO TOTAL COM SAÚDE NO BRASIL (2014)



ALVES, SANDRO LEAL. FUNDAMENTOS, REGULAÇÃO E DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL. RIO DE JANEIRO: FUNENSEG, 2015. PÁG. 40

EM BUSCA DE ALTERNATIVAS

Tendência global, a chamada inflação médica tem efeitos ainda piores em um Brasil com desemprego e inflação em alta

Um dos principais pontos discutidos durante o 1º Fórum da Saúde Suplementar foi a alta dos custos, a chamada inflação médica. De acordo com dados apresentados durante o evento, a alta dos custos médicos é, em média, duas vezes a da inflação do País, o que, em longo prazo, pode inviabilizar sua oferta como benefício pelas empresas. Este foi um dos pontos destacados pelo economista José Pastore, presidente do Conselho de Emprego e Relações do Trabalho da FecomercioSP (Federação do Comércio do Estado de São Paulo). Por conta de sua atuação, Pastore tem acompanhado de perto diversas negociações trabalhistas e notado o quanto a oferta de planos de saúde tem mudado nos últimos meses.

De acordo com o economista, a questão dos planos de saúde está sempre presente nas negociações e nos acordos fechados entre empresas e sindicatos. “Empresas e sindicatos concordam que a saúde não tem preço, mas ela tem custo e representa hoje 12% da folha salarial de uma companhia. É o mais caro dos benefícios concedidos pelas empresas”, revela. Pressionadas pela alta dos custos, muitas corporações estão buscando alternativas que lhes permitam manter o benefício e, ao mesmo tempo, reduzir custos. Pastore listou como principais tendências a coparticipação dos funcionários, com a divisão dos custos; a busca por prestadores de serviços mais baratos, com o consequente rebaixamento dos planos, e, no limite, a tentativa de cancelamento da oferta dos planos de saúde como benefícios nas negociações coletivas.

Em relação à coparticipação, se por um lado ela traz ônus para os beneficiários, por outro faz com que eles participem mais da gestão de seus planos e da decisões sobre eles. “Ainda não são muitas as negociações que contam com os empregados, mas há uma movimentação nesse sentido e acredito que as empresas devem insistir nesse ponto, porque é um meio efetivo de garantir a preservação do benefício”, afirma. Além dessa estra-

tégia, as grandes empresas têm avançado bastante no campo da redução de risco que, na ponta do lápis, pode levar à redução do custo de aquisição dos planos de saúde. Muitas dessas iniciativas têm se focado nos portadores de doenças crônicas e idosos, reduzindo seus riscos e, com isso, seus gastos com saúde.

Outra estratégia recomendada por Pastore e que começa a encontrar espaço entre as empresas é o uso da segunda opinião nos casos mais graves. “Há alguns dados de colegiados médicos que indicam que, em certas áreas, algo entre 60% e

Diversificação

Se as empresas buscam alternativas para lidar com o que o mercado oferece hoje, por seu lado as operadoras de planos de saúde têm buscado diversificar seus produtos, permitindo que empresas e beneficiários tenham mais flexibilidade e maior controle sobre os custos. Flávio Bitter, Diretor Técnico Operacional da Bradesco Saúde, acredita que o atual momento do mercado demanda o redesenho das ofertas e soluções mais inteligentes. “Sem isso, teremos a redução ou o fim do bene-

“É uma das possíveis propostas, uma forma de ajudar o aposentado a custear seu plano de saúde”, explica o executivo, lembrando que a modalidade foi aprovada pela Câmara dos Deputados no final de agosto e que agora está em discussão no Senado.

O plano é inspirado no modelo norte-americano, que hoje tem 15 milhões de usuários. De acordo com Bitter, a proposta é que empresas e funcionários paguem, por exemplo, cada um, mensalmente, 10% do valor do plano de saúde. Esta contribuição seria suficiente para garantir o plano



José Pastore, presidente do Conselho de Emprego e Relações do Trabalho da FecomercioSP:
“Há alguns dados de colegiados médicos que indicam que, em certas áreas, algo entre 60% e 70% das intervenções cirúrgicas são dispensáveis”

70% das intervenções cirúrgicas são dispensáveis e a doença pode ser tratada com métodos menos custosos e dolorosos para os pacientes”, lembra, especificando que as cirurgias de coluna, em média, são dispensáveis em 70% dos casos.

De todo modo, qualquer iniciativa por parte das empresas vai depender fortemente da participação mais ativa e da compreensão dos sindicatos na hora de negociar acordos trabalhistas e de um maior empenho das companhias não apenas nas negociações, mas também nas campanhas preventivas.

fício concedido pelas empresas”, diz.

A alternativa seria ruim para as empresas, que certamente teriam queda na produtividade; para os funcionários, que ficariam desassistidos, e para as operadoras, que hoje têm 80% de seu mercado sustentado por planos empresariais. Por conta disso, Bitter lembra que o setor tem estudado algumas alternativas, que ainda dependem de regulamentação. Uma delas seria a criação do VGBL Saúde, na prática, um plano de previdência destinado a ajudar a pagar o plano de saúde do beneficiário após sua aposentadoria.

de saúde do beneficiário por 20 anos após sua aposentadoria. A proposta faz sentido se lembrarmos que, de acordo com o IBGE, a população brasileira com mais de 60 anos, que hoje gira em torno de 10% do total, chegará a 30% em 2050, quando serão mais de 65 milhões de brasileiros.

Outra alternativa proposta, e que complementa o VGBL Saúde, é a oferta de planos de saúde com franquia. Seguindo o mesmo modelo dos seguros de automóveis, despesas médicas até um determinado limite seriam de responsabilidade do beneficiário. Ultrapassado esse

limite, a responsabilidade passaria a ser da operadora. “Com a aplicação de uma franquia de R\$ 5 mil por ano por grupo familiar, a mensalidade *per capita* cairia de R\$ 417 para R\$ 238. A redução é de 43%”, contabiliza Bitter, lembrando que a modalidade contribuiria também para a criação de consumidores mais conscientes e atentos às decisões de saúde.

Por fim, Bitter citou a criação de redes integradas e da possibilidade de oferta de planos adaptados às necessidades regionais. A proposta prevê uma regulação regional e a adoção de um sistema que resgate o conceito de atenção primária. “A primeira avaliação seria feita por um generalista, permitindo o melhor encaminhamento do beneficiário à rede, reduzindo desperdícios e aumentando a efetividade do atendimento”, explica.

Aqui a inspiração vem da Inglaterra, onde a NHS coordena os serviços médicos oferecidos à população. O atendimento primário é feito por médicos de família ou centros mais generalistas, que conseguem, após o entendimento da necessidade, integrar com os demais membros do sistema a realização de exames ou a busca de especialistas. “Esse tipo de configuração favorece o resgate da relação médico e paciente, o correto diagnóstico e encaminhamento do paciente, entendendo quais são os recursos adequados para cada um”, diz.

As propostas, ao que parece, podem sair do papel em breve. Reconhecendo o momento crítico pelo qual passa o setor, o Diretor-Presidente das ANS (Agência Nacional de Saúde), José Carlos Abrahão, disse que os planos empresariais são a âncora do setor de saúde suplementar e que a Agência tem trabalhado para que as melhores decisões sejam tomadas em médio e longo prazo. “Temos alguns pontos do marco regulatório que precisam ser trabalhados, como a franquia e a coparticipação. Há um grupo tratando disso e posso adiantar que vemos a coparticipação e a franquia como ferramentas importantes para a saúde suplementar”, afirma.

Propostas e metas definidas

Após dois dias de debates, o 1º Fórum da Saúde Suplementar termina com um conjunto de iniciativas definidas para cada um dos temas discutidos

1

INFORMAÇÃO COMO AGENTE DE MUDANÇA

Houve consenso sobre a necessidade de envolvimento de todos os agentes na disseminação de informações sobre preços e resultados assistenciais, que devem ser acoplados aos custos, permitindo às empresas e aos beneficiários a busca pela melhor relação custo x benefício. Os participantes concordaram que a informação pode reduzir a variabilidade dos custos dos procedimentos e a transparência pode contribuir para a redução de custos de diversos procedimentos.

LINHAS DE AÇÃO

- Reforçar linhas de apoio à divulgação de custos e preços dos serviços assistenciais, fornecendo informação técnica, auditável e comparável;
- Apurar indicadores de qualidade, como tempo médio de internação e taxas de reinternação, como primeiras proxys para avaliar a qualidade (ponto de partida);
- Apoiar a disponibilização da CID (Classificação Internacional de Doenças), aprimorando o conhecimento do perfil da população, preservando o sigilo;
- Apoiar o uso de ferramentas de big data analytics para avaliar e estudar o setor

2

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E REMUNERAÇÃO

A experiência americana mostrou que é possível reverter a tendência de crescimento dos custos. Ela serve para inspirar mudanças em três pontos: o médico é fundamental para a atenção primária; uso de diretrizes assistenciais para atendimento coordenado; criação de remuneração diferenciada baseada em resultados.

LINHAS DE AÇÃO

- Reformular o modelo de assistência à saúde suplementar;
- Desenvolver modelos de assistência à saúde suplementar com foco na atenção integrada aos idosos portadores de doenças crônicas, em que o cuidado seja coordenado e organizado hierarquicamente;
- Avaliar a viabilidade de as operadoras integrarem e compartilharem a rede assistencial para idosos, começando com um projeto piloto em Copacabana;
- Desenvolver infraestrutura de apoio ao controle de acesso, a fim de evitar o absenteísmo e o desperdício;
- Adoção de novas formas de remuneração, alinhando incentivos financeiros com melhores práticas.

3

PRESERVANDO O ACESSO E A DIVERSIDADE

As empresas enfrentam aumento de custos de planos de saúde ao limite de suas capacidades. Possivelmente terão que adotar medidas como: contribuição do funcionário para o pagamento; copagamento e coparticipação; limitação do plano somente ao funcionário; conversão para um sistema de contribuição definida ou descontinuidade do plano. O que se deseja são planos que caibam nas possibilidades econômicas de quem paga, o que pode ser feito com a diversificação dos produtos.

LINHAS DE AÇÃO

- Desenvolver incentivos que estimulem o uso adequado dos planos, gerando o interesse do usuário em sua gestão;
- Viabilizar novos produtos que possibilitem um maior leque de escolhas para o consumidor, tais como planos com franquia, VGBL Saúde, produtos regionalizados compatíveis com as redes existentes, parcerias público-privadas para compras, avaliação de tecnologias, conscientização e promoção da saúde.