

Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ▪ Primeiro Semestre de 2011 ▪ Número 11

Custos no Mercado da Saúde Suplementar

O impacto do novo rol de procedimentos da ANS nos custos das operadoras de planos de saúde

O incremento nos custos dos planos de saúde e do valor do benefício saúde oferecido pelas empresas

Estratégias para redução de Custos dos Planos de Saúde: verticalização e auditoria

Custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares



Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP • Primeiro Semestre de 2011 • Número 11



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP

Sumário

Ponto de Vista 4 Ana Maria Malik

O impacto do novo rol de procedimentos da ANS nos custos das operadoras de planos de saúde

O impacto do rol da ANS nos custos das operadoras 5 Márcio Vinicius Balzan

O impacto do novo rol de procedimentos 7 Mauricio Ceschin

O impacto nos custos 11 Mohamad Akl

O incremento nos custos dos planos de saúde e do valor do benefício saúde oferecido pelas empresas

Incremento dos custos e do valor benefício saúde 14 Luiz Tadeu Arraes Lopes

A experiência da Vivo 16 Michel Daud Filho

Estratégias para redução de Custos dos Planos de Saúde: verticalização e auditoria

Custos na Saúde Suplementar 21 Álvaro Escrivão Junior

Verticalização e Auditoria 22 Iolanda Ramos

Custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares

Implantação do pagamento por desempenho 27 Ana Maria Malik

Pagamento por desempenho 29 Caio Seixas Soares

Ponto de Vista

NESTE 11º. FASCÍCULO do *Debates GVsaúde* fizemos uma opção diferente das habituais, em que tentamos juntar setor público e setor privado. Desta vez, assumimos que o sistema único de Saúde é único... E assim não estamos privilegiando uma parte relativamente pequena do setor da Saúde do País, abordando a Saúde suplementar e a maneira pela qual as empresas de todos os setores da economia se relacionam com ela.

Na primeira sessão do Semestre trabalhamos diretamente com o rol de procedimentos da ANS, modificado pouco tempo antes do segundo semestre de 2010, e que tem impacto real nos custos das operadoras. A presença do Presidente da ANS, Mauricio Ceschin e do Presidente da Central Nacional das Unimed's Mohamad Akl permitiu compreender o tema segundo pontos de vista diferentes. Este debate foi moderado pelo pesquisador associado do GVsaúde, especialista no tema, Márcio Vinícius Balzan.

A segunda foi concebida tendo em mente os custos para as empresas, devidos a esse rol de procedimentos e outros fatores. Isto se torna cada vez mais relevante tendo em vista a relevância dos custos do benefício Saúde para os produtos finais que chegam aos consumidores. Contamos com o responsável pelo assunto no âmbito da Vivo, Michel Daud Filho e o moderador, do comitê assessor do GVsaúde, Luiz Tadeu Arraes Lopes, que lida com gestão de benefícios. Não pudemos contar com o texto do representante de outra empresa, pois ele deixou a organização, embora o debate tenha sido bastante elucidativo.

Tentamos, no terceiro encontro, discutir as estratégias de verticalização e de auditoria no sentido de chegar à redução dos custos para o setor. Tivemos a presença da então Presidente da UNIDAS Iolanda Ramos e de um representante de um grupo hospitalar que atualmente vem se expandindo mediante aquisições de outros serviços - no entanto, não foi possível conseguir autorização para a publicação de sua fala. O moderador desse debate, coordenador adjunto do GVsaúde, também é coordenador dos cursos de auditoria apresentados anualmente na EAESP, Álvaro Escrivão Junior.

Finalmente, no último encontro foi abordado um tema que, embora não seja mais novo, ainda é tratado mais em discussões que em ações reais, o pagamento por desempenho. Os debatedores foram um representante da OMINT, empresa conhecida no setor por ser, até o momento, pequena e voltada a serviços diferenciados, Caio Seixas Soares, de quem ouvimos a maneira de prever remuneração de serviços hospitalares; e um representante de hospital de excelência, que vem tentando implantar este modelo na remuneração dos seus trabalhadores, cujo texto tampouco obtivemos. A moderadora dessa sessão foi Ana Maria Malik, que trabalha assuntos de desempenho tanto na área de serviços quanto de pessoas.

Tendo em vista que o assunto do semestre aparece relativamente pouco em ambiente acadêmico, esperamos que esses textos ajudem o nosso leitor a conhecer melhor a realidade do final de 2010.

O impacto do rol da ANS nos custos das operadoras

Márcio Vinicius Balzan

GVsaúde FGV-EAESP

ENTRE AS MUITAS funções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS está a de regulamentar as coberturas assistenciais obrigatórias que as operadoras de planos de Saúde – OPS devem oferecer aos seus beneficiários. No mês de janeiro deste ano, foi editada a Resolução Normativa – RN 211, com o novo rol de procedimentos médicos para as quais as OPS são obrigadas a dar cobertura.

Nossa intenção é ouvir dos nossos convidados os seus pontos de vistas a respeito dos impactos financeiros e operacionais que este novo rol trará para as OPS e como estas poderão ou deverão trabalhar as ofertas das novas coberturas assistenciais.

As empresas de consultoria, da área da Saúde, estimam um impacto de cerca de 1,0% nos custos das operadoras de planos de Saúde com as novas coberturas. Para entender um pouco mais os seus vários reflexos é necessário fazer algumas análises sobre certos aspectos da referida resolução.

Como centro de estudos, entendemos que a RN 211 é uma súmula de normativas anteriores. A RN 167 vigente até dezembro de 2009, trouxe a inclusão de cem novos procedimentos médicos e a maior repercussão nos custos assistenciais verificados pelas OPS, beirando 4%. Considerando que o mercado da Saúde suplementar teve despesas assistenciais em torno de R\$ 48 bi no ano de 2009, um aumento desta ordem significou crescimento de R\$ 1,9 bi nas planilhas de despesas das OPS. Integra parte da Resolução Consu 11/98, para coberturas para transtornos psiquiátricos, Resolução Consu 12/98, com a cobertura para transplantes de órgãos, RN 192/2009, com coberturas para procedimentos relacionados a planejamento familiar; e as súmulas normativas, SN 10/2006, com coberturas às complicações de eventos que constituem exceções à cobertura obrigatória; a SN 11/2007, a atuação dos cirurgiões-dentistas e coberturas de exames e internações solicitadas por profissionais não credenciados.

Analisando com mais detalhes os 70 novos procedimentos incluídos como obrigatórios, observa-se que muitos deles são procedimentos cirúrgicos vídeo-assistidos. Desta forma, haverá aumento de

custo por conta do uso de materiais descartáveis em maior escala. Outra cobertura que deverá impactar de forma significativa, enquanto custo individual do procedimento é o transplante de medula óssea alogênico, antes apenas era obrigatória a cobertura para transplantes autólogos.

Saindo da análise dos procedimentos médicos e passando para as coberturas para terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia e consultas com nutrição, entende-se que acarretarão impactos pequenos nos valores de pagamentos unitários, mas se constituirão

A falta de conhecimento da epidemiologia torna mais difícil a mensuração das necessidades de internação e demanda

da parte média do iceberg porque os controles das indicações e utilizações não serão fáceis e o montante, dentro do total das despesas, com certeza terá uma participação importante.

A RN 211 trouxe também – e verificada na RN 167 – diretrizes de utilização para aqueles procedimentos diagnósticos e terapêuticos entendidos como de maior complexidade e de custos mais elevados.

Atrelada à obrigação das novas coberturas encontra-se a intransigência do Conselho Federal de Medicina que continua proibindo os médicos de aporem o código da CID – classificação internacional das doenças, nas guias de atendimentos.

Todos concordam que um dos poucos meios utilizados pelos gestores em Saúde para gerenciar seus

recursos assistenciais é através de análises da CID dos atendimentos. A falta de conhecimento da epidemiologia dos atendimentos ambulatoriais torna mais difícil qualquer avaliação ou mensuração das necessidades de internação e demanda para utilização dos vários níveis da assistência em qualquer sistema de Saúde. Torna difícil a operadora de plano de Saúde trabalhar como gestora da Saúde como quer a ANS.

A judicialização é outro ponto importante nos impactos das novas coberturas, pois apesar do pessoal técnico que trabalha, a regulação do alto custo e a auditoria médica e de enfermagem trabalharem com argumentos da medicina baseada em evidências e diretrizes clínicas, os efeitos esperados para a gestão não ocorrem em virtude das liminares apresentadas.

No cenário ideal, esperado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as OPS deveriam se comportar como gestoras da Saúde, os prestadores como produtores de cuidados e os beneficiários deveriam desenvolver consciência sanitária. Fica a questão de quem paga a ineficiência do sistema. Toda complicação advinda de procedimentos médico-hospitalares, cuja remuneração seja baseada no critério do *fee for service* – pagamento por procedimento – dois atores ganham: os médicos e os hospitais. E os que perdem são os beneficiários – queda na qualidade da sobrevivência ou mesmo a morte – e as operadoras que pagam por permanências maiores, mais procedimentos, maior consumo de serviços de apoio diagnóstico, entre outros.

Deverá passar muito tempo ainda até que a cultura da má utilização dos recursos assistenciais por parte destes se altere. É um pouco aquela história: *já que eu pago, eu uso na hora e da forma que bem entender...*

Associa-se a tudo isso a prática da medicina defensiva e, às vezes, vingativa, adotada por alguns médicos. Espera-se um impacto importante nas despesas assistenciais das OPS com o novo rol e é para isso que ouviremos nossos convidados neste encontro.

▪ O impacto do novo rol de procedimentos da ANS nos custos das operadoras de planos de saúde

O impacto do novo rol de procedimentos

Mauricio Ceschin

Diretor Presidente da ANS

A QUESTÃO DO ROL

de Procedimentos e Eventos em Saúde, e sua periódica revisão pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, é um tema de suma importância para a sociedade brasileira. Afinal, ele define quais são os procedimentos básicos para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, garantindo, portanto, um direito vital para os principais interessados nesse negócio, os beneficiários, os usuários de planos de saúde. Não vivenciei todo o histórico da questão, pois a minha gestão como Diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar começou em novembro de 2009 e como Presidente, no final de abril de 2010, mas conheço o histórico, a legislação e como ela foi concebida.

O rol vem atender a uma demanda, que é a atualização dos procedimentos médicos cobertos pelos planos de saúde. A medicina é uma ciência que avança em uma velocidade espantosa, logo, manter a cobertura oferecida pelos planos de saúde atualizada é fundamental. Nesse ponto, creio que tanto ANS, como operadoras, prestadores de serviço e beneficiários estão de acordo.

No entanto, a principal questão a ser refletida é como fazer. É preciso lembrar que os recursos na área da saúde são finitos, venham de onde vierem, quer do sistema público, quer do sistema privado, quer da sociedade.

Um dos maiores desafios das sociedades organizadas, principalmente do mundo ocidental, é como gerar riqueza suficiente pra garantir à população acesso à tecnologia já existente.

Historicamente, nos últimos 50 anos a evolução tecnológica na medicina tem sido um componente significativo em termos de custo. Como atender a essas demandas e utilizar recursos finitos para uma demanda infinita é um grande desafio. Não é um desafio só da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou do setor de saúde ou do país, mas é um desafio mundial.

Partindo desse princípio, são necessárias algumas considerações iniciais. Primeiramente, o que é tecnologia em saúde? Podemos considerar que é o conjunto de medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médicos/cirúrgicos usados no cuidado médico, bem como os sistemas organizacionais de apoio mediante os quais esse cuidado é dispensado. Como o mundo avança, esse cuidado é continuamente atualizado. A revisão

do rol vem permitir essa atualização.

Como classificamos as tecnologias? Podemos classificar de várias maneiras, de acordo com os propósitos. São tipos de classificação de tecnologias as preventivas, screening, diagnósticas, terapêuticas, de reabilitação, dentre outras. De acordo com a complexidade, a tecnologia pode gerar um maior ou menor impacto de custo. Em geral, baixa complexidade tem menor custo, enquanto alta complexidade tem maior custo.

Em relação ao ciclo de vida das tecnologias, também são importantes algumas considerações. Há uma percepção equivocada de que a questão começa quando determinada tecnologia passa a fazer parte do rol, mas na realidade, o desafio da incorporação desse procedimento nasce a partir do momento em que é feito o seu registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Teoricamente, no momento em que uma tecnologia é registrada, sua utilização é autorizada no País. Logo, a partir deste momento, se inicia uma nova demanda.

Traçando um paralelo, é como montar leito hospitalar. Tenho a experiência de ter dirigido um hospital. Nesse país, salvo algumas exceções que desconheço, quando abre-se um leito, gera-se demanda. É uma lógica diferente da que ocorre em outros setores. Assim, quando uma nova tecnologia é registrada, imediatamente surge uma nova demanda, que passa a ser foco de análise para incorporação

melhor.

Cabe lembrar que muitos daqueles procedimentos atualmente incorporados, fizeram parte de uma lista inicial elaborada em 2007. Ainda há procedimentos dessa lista que não foram incorporados no rol divulgado em 2010 e que só serão em 2012, devido a todo o rito de estudo e avaliação de tecnologias que a ANS realiza. Portanto, não estamos tão na vanguarda do conhecimento como se imagina: há procedimentos que já são prática médica corriqueira e que ainda não foram incorporados ao rol.

É importante mencionar que a cada revisão do rol, não só novos procedimentos são incorporados: existem também aqueles que são excluídos. Como em um ciclo de vida com início, meio e fim, depois que algumas tecnologias atingem um patamar de uso em larga escala, começam a declinar e com o tempo passam a ser consideradas obsoletas, sendo assim excluídas. Na revisão do rol de 2008, 50 novos procedimentos foram incorporados e 45 foram excluídos. Na de 2010 foram incorporados 60 procedimentos e cerca de 20 foram excluídos.

O rol de procedimentos e eventos em saúde regulamentado pela ANS é uma referência básica ao setor de saúde suplementar, mas não está presente na totalidade dos contratos em vigor. Como já foi dito, trata-se de cobertura mínima obrigatória da atenção da saúde nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1999 ou adaptados pela Lei n.º 9.656, de 1998. Por força de decisão liminar que ainda aguarda julgamento definitivo pelo Supremo Tribunal Federal, os planos anteriores a essa legislação não são obrigados a garantir a cobertura mínima prevista no rol da ANS.

O rol busca garantir cobertura para os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento de todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças - CID10 - da Organização Mundial de Saúde. Trata-se de previsão legal estabelecida nos artigos 10 e 12, da lei n.º 9.656, de 1998. Como visa garantir uma referência básica, não existe qualquer

restrição legal para que os planos ofereçam cobertura maior do que a garantida no Rol.

Em relação aos impactos econômico-financeiros da incorporação de novas tecnologias em saúde, há uma análise prévia de custo e efetividade, que obedece a um rito longo e trabalhoso seguido cuidadosamente pela ANS. A Agência gostaria de fazer uma análise prospectiva de impacto, de forma a apurar precisamente o impacto total da incorporação de novas tecnologias ao rol mas, infelizmente, não se consegue isso com dados que sejam substanciais e fidedignos. Há muita informação, mas pouca com a possibilidade de se trabalhar e formar uma análise prospectiva detalhada.

Entretanto, há um posterior monitoramento do mercado, durante um ano, com o objetivo de avaliar os possíveis impactos que a introdução de novas tecnologias possam ter acarretado aos custos das operadoras. Existe uma metodologia em uso desde o primeiro rol e aprimorada recentemente, que demonstra qual é o impacto que se tem ao introduzir um determinado procedimento no rol.

Hoje, a ANS acompanha a evolução normal da curva de custos dos planos de saúde, a partir de informações que as próprias operadoras enviam sobre o comportamento de custo e preços: aquilo

A idéia principal não é segurar o avanço tecnológico, mas garantir melhor adequação e adaptação aos novos eventos

ao rol de coberturas do setor de saúde suplementar.

É inevitável a pressão por parte da sociedade para a utilização dessas tecnologias pelos prestadores de serviços. Neste sentido, desde que a ANS foi criada, a opinião dos profissionais da área de saúde, dos centros de pesquisas, da imprensa, dos órgãos de defesa do consumidor, inclusive dos sindicatos de trabalhadores, vem contribuindo de forma significativa para que tais demandas sejam avaliadas antes de sua incorporação ao rol.

Atualmente a revisão do rol se dá a cada dois anos. Anterior à revisão de 2010, houve uma revisão em 2008, tal como normatizado pela ANS. O objetivo desta periodicidade bienal é garantir previsibilidade, para que todos os atores envolvidos possam se preparar adequadamente. Logo, é importante sublinhar que a idéia principal da revisão bienal não é segurar o avanço tecnológico, mas garantir melhor adequação e adaptação aos novos eventos.

Além disso, na ANS existe um grupo permanente efetuando a análise de tecnologias para que a divulgação do rol também seja feita com a maior antecedência possível. Neste ano, divulgamos o rol com seis meses de antecedência: em janeiro, para entrada em vigor em junho. O objetivo da ANS é atingir um ano de antecedência mínima, para permitir ao setor uma organização ainda

que ultrapassa a curva permite medir o impacto da revisão do rol. Assim, é possível dizer, inclusive no reajuste de 2009, que houve 1,1% de impacto nos custos, de acordo com a metodologia utilizada pela Agência. O impacto medido para esse ano foi zero. Agora, quando se olha para frente, ainda não é possível dimensionar de forma precisa qual é o impacto da revisão do rol de 2010. Recentemente, houve uma publicação de uma consultoria independente, que não tem relação com a ANS e nem foi por nós contratada, que estimou que esse impacto estaria em torno de 1%.

Não se pode negar que há informações de percentuais diferentes mensurados pelos diversos segmentos do mercado, mas o fato é que o impacto de custo que a ANS divulgou, de 1,1 %, foi o impacto real observado no setor como um todo, e não apenas em determinados segmentos.

Ainda sobre o dimensionamento do impacto econômico-financeiro, é necessário salientar um fato relevante que raramente é considerado nas análises divulgadas: a incorporação de determinada tecnologia não é vista sob a ótica da redução de custos que ela pode trazer, mas apenas pelo custo direto de sua utilização. Ninguém mede, por exemplo, quantas internações foram evitadas, quantos exames deixaram de ser realizados, quantos outros atendimentos foram feitos a partir da inserção da nova tecnologia. Assim, tenho a percepção, salvo engano, de que ao se analisar o impacto real da curva de evolução de custos, esta deva ser avaliada não só pelo custo direto da utilização do novo procedimento, mas pelo que ele pode trazer de economia, devido aos demais procedimentos que ele pode evitar.

Não podemos esquecer o impacto social que a revisão do rol proporciona. Nesse sentido, a contribuição da sociedade na avaliação de novas tecnologias é fundamental. No ano passado, a revisão do rol foi discutida de janeiro a junho. Participaram dessa discussão representantes de mais de 40 entidades de defesa do consumidor, prestadores médicos, entidades médicas, entidades de operadoras, a AMB, o Conselho Federal de Medicina. Todos os procedimentos foram relacionados para serem discutidos, em oito reuniões de câmaras técnicas que ocorreram por sete meses e mais de cinquenta reuniões setoriais.

Todas as opiniões são socializadas para todos os participantes, que dão observações técnicas a respeito de vantagens e desvantagens de determinado procedimento. Todas elas são confrontadas com as considerações dos outros participantes. Todas são oriundas de discussões nas quais a participação da Associação Médica Brasileira é mandatória, contando, inclusive, com a participação de sociedades médicas em especialidades. Quando a última revisão do rol foi para consulta pública, que ficou aberta por 45 dias, recebemos mais de dez mil sugestões e comentários. Elas foram analisadas e boa parte delas respondidas. Para os casos em que houve sugestão de novos incrementos ao rol, eles foram reapresentados aos participantes, para se refazer todo o ciclo.

Assim, não se deve ter a idéia de que a ANS dita o rol. Antes de divulgar sua revisão, ela discute com toda a sociedade.

Adicionalmente, há especial atenção na regulação e na elaboração do fluxo para incorporação de novas tecnologias, com a

utilização de parâmetros de eficácia, eficiência, custo/efetividade, segurança e, no caso de tecnologias diagnósticas, acurácia. É por isso que quando se incorpora o PET-CT, isso é feito em conjunto com diretrizes clínicas. Diretrizes clínicas são fundamentais.

Quando se fala de assistência à saúde, não se pode apenas falar de procedimentos médicos pois existem na cadeia de produção de cuidado outros profissionais

Recentemente, em uma revisão de literatura para cirurgia, houve um trabalho revelando que 17% das cirurgias de mastoplastias ou mastectomias estavam contra-indicadas porque havia erros diagnósticos. Zelar pela qualidade médica é importante, e as diretrizes clínicas auxiliam nesse sentido.

Essa é uma tendência que a ANS vai manter daqui pra frente, porque isso se traduz em maior segurança e cuidado. Normalmente, quem nos dá esses parâmetros são as sociedades médicas, em especialidades patrocinadas pela Associação Médica Brasileira. Portanto, não é a ANS de forma isolada que estabelece se determinado procedimento tem eficácia ou não.

A nova revisão do rol também trouxe a incorporação de procedimentos relacionados à promoção de saúde e prevenção de doenças. Outra novidade é o maior foco na assistência multidisciplinar, com a introdução na cobertura obrigatória de atendimento de diversos profissionais de saúde. Quando se fala de assistência à saúde, não se pode falar apenas de procedimentos médicos, pois existem na cadeia de produção de cuidado outros profissionais, para os quais a criação de balizadores é igualmente importante.

Com relação aos acidentes de trabalho, primeiramente é bom esclarecer que dentro do rol dos planos individuais e familiares, o acidente de trabalho está coberto. Na verdade, houve mudança para os planos corporativos, mas como estes planos não têm o reajuste controlado pela ANS, é esperado que o mercado ajuste automaticamente eventuais impactos financeiros. Ainda assim, é importante lembrar que há serviços que as operadoras já prestavam: embora muitos acidentes de trabalho não fossem assim caracterizados, as operadoras já os atendiam, pois para ser atendido pelo plano de saúde ao invés de encaminhado ao SUS, o trabalhador omitia o acidente de trabalho. Agora a cobertura do acidente de trabalho se torna obrigatória, é um mecanismo de proteção ao trabalhador.

Sempre pareceu estranho não haver cobertura no local e momento em que o indivíduo mais necessita, que é no seu ambiente de trabalho, quando há um acidente. Assim, a lógica de se dar cobertura para o acidente de trabalho é uma lógica que, do ponto de vista humano e assistencial, é difícil de ser combatida.

Houve ainda discussões sobre a Norma Regulamentadora - NR nº 7, do Ministério do Trabalho, que faz referência às consultas admissionais, demissionais e periódicas. Entretanto, tais itens estão fora do conceito de acidente de trabalho e, conseqüentemente, da cobertura do rol.

Outro ponto que precisa ser esclarecido é a listagem de órteses e próteses. A ANS apenas homogeneizou a nomenclatura desses materiais, não criou essa lista. Até mesmo a oferta de três alternativas pelo médico, com relação à prótese a ser utilizada, foi discutida em uma reunião na sede da Associação Médica Brasileira, que propôs essa medida para haver maior transparência na hora da indicação de órteses e próteses.

A discussão de incorporação de novas tecnologias no rol é um processo complexo, não é um processo simples. O que sempre pode ser buscado é a maior transparência e a maior participação da sociedade na discussão, tal como vem sendo feito pela ANS.

A revisão do rol continuará a existir, porque a medicina continuará a evoluir. É preciso manter em mente que a razão desse mercado existir é o beneficiário, que precisa ser atendido com aquilo que a medicina pode oferecer de mais moderno e mais atualizado, de forma racional e equilibrada, com a maior qualidade possível.

O impacto nos custos

Mohamad Akl

Presidente da Central Nacional Unimed

SOU MÉDICO

ginecologista, ex-médico, ex-ginecologista, porque faz muitos anos que não entro numa sala de cirurgia e não tenho praticado. Hoje, estou num cargo executivo do Sistema Unimed. Tentarei contar a vocês algumas situações que as operadoras vivem, em especial o Sistema Unimed.

O Sistema Unimed é um complexo empresarial. Tem os eixos cooperativo, educacional e empresarial. Vou focar o eixo cooperativo, que é a Confederação, a Unimed do Brasil. Além disso, temos as federações estaduais e as Unimeds singulares. Somos 374 Unimeds singulares no país. Há o sistema Unicred, que também veio da Unimed, no complexo empresarial Unimed e a Central Nacional Unimed, que é a operadora nacional de planos de Saúde do Sistema Unimed. Quem se associa a ela são as cooperativas, as pessoas jurídicas, Unimeds singulares do país inteiro.

E a Central Nacional, como está neste contexto? Em função da legislação de 1998, com o objetivo de atender a regulamentação dos planos de Saúde, garantindo a competitividade do Sistema Unimed, foi definido que o Sistema Unimed criasse a figura jurídica de uma operadora nacional de planos de Saúde. Operadora para comercializar os planos nacionais, os planos de abrangência nacional no Sistema Unimed.

Então, decidimos em um seminário realizado em 1998, criar uma operadora nacional, a Central Nacional Unimed. Em seminário seguinte, o Sistema Unimed decidiu que a parte institucional e política ficariam a cargo da Unimed do Brasil. Com a Central Nacional comercializando, operando planos de Saúde em nível nacional. As federações operam planos de Saúde regionalmente, nos estados, e a Unimed singular o plano de Saúde daquela localidade.

Nossos clientes são grandes organizações, que atuam, no mínimo, em três estados, com mais de 300 vidas. Hoje, a Central Nacional tem 749 empregados, 974 mil clientes. Em 2000, eram 190 mil clientes e havia 324 Unimeds associadas. Essas 324 são efetivamente operadoras Unimeds singulares, distribuídas pelo país inteiro. Nossos clientes estão localizados da seguinte forma: 19% no Sul; 56% Sudeste; 12% no Centro-Oeste; 3% no Norte, e 10% no Nordeste.

Alguns números institucionais: pesquisa realizada dentro da empresa, mostrou que 88% dos funcionários estão satisfeitos, 71 dos nossos clientes estão satisfeitos, 83% dos nossos funcionários e clientes estão satisfeitos, 98% de satisfação do Sistema Unimed com a instituição.

Em relação ao rol de procedimentos, relembro a RN 167, que entrou em vigor em 2008. E resolução mais recente, a 211. Ambas ampliam o rol de procedimentos das operadoras de planos de Saúde, ou os eventos em Saúde. E levam o rol para os contratos assinados a partir de 1999. Aí já há uma dificuldade, ao menos: a legislação retroage aos contratos antigos.

A RN 167 adicionou, em 2008, 109 procedimentos aos já existentes. Lembro-me disso porque, naquela ocasião, também debatemos muito com a ANS, dizendo que haveria incremento nos custos com aquele aumento de procedimentos. Falávamos, então, num impacto entre 4,5 e 5 pontos percentuais. Então, esse impacto ocorreu efetivamente nas operadoras Unimed. Especificamente na Central Nacional, bateu em 4,11 pontos percentuais. Mas a ANS dizia que ficaria em torno de um ponto percentual, que seria compensando nos próximos reajustes etc. Lembrei disso para provar que estávamos certos.

E em relação à RN 211, que começou a vigorar no último dia 7 de junho, o que muda? Acho que seja do conhecimento da maioria que são 56 novos procedimentos cobertos. Dentre eles, exames para avaliação de imunodeficiências primárias e exames de genética também têm um impacto nesse novo rol.

Em nenhum momento, achamos que o rol deva ficar restrito ao que já exista. Sempre fomos favoráveis à sua ampliação. Mas temos, também, de tentar precificar, de repassar estes custos porque alguém paga a conta. Infelizmente, funciona assim. Então, em nenhum momento o Sistema Unimed é contrário à ampliação do rol de procedimentos. Somos favoráveis, mas há custos.

Há outras mudanças que impactam os custos das operadoras. Foi ampliado o número de consultas para nutricionista, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, psicólogos. Transplante alogênico de medula óssea mais um procedimento que consta da RN 211, além do que já era coberto pela RN 167.

Na questão da Saúde mental, o atendimento em hospitais/dia tornou-se ilimitado. Antes limitado, agora se tornou ilimitado como alternativa à internação hospitalar.

Na odontologia, são 16 novos procedimentos.

Novas tecnologias foram incluídas também. São os casos do PET *scan* oncológico e da oxigenoterapia hiperbárica. O PET *scan*, segundo a RN 211, só seria liberado para os casos de câncer pulmonar de células não pequenas. Mas nenhum juiz ou médico vai atentar para esta detalhe. Fatalmente, dentro de pouco tempo, daremos PET *scan* para todo mundo. A oxigenoterapia hiperbárica aplica-se ao tratamento de doenças para as quais um maior aporte de oxigênio é benéfico, tais

mantivesse a situação anterior, da RN 167. Nos contratos de planos coletivos não era obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com o acidente de trabalho e suas conseqüências, nem moléstias profissionais, assim como para procedimentos relacionados à Saúde ocupacional. Era opcional à contratante, se assim o desejasse, celebrar contrato específico para cobertura destes casos. Isso já funciona assim há muito tempo. Até porque, se um funcionário tiver um acidente de trabalho, ele já é coberto, tem um seguro de trabalho que a empresa já paga. Muitas vezes as operadoras atendem o acidente de trabalho sem saber, porque às vezes demora em identificar se estava no trabalho ou ia para o trabalho quando sofreu o acidente. Então, o atendimento sempre é feito, muitas vezes sem o conhecimento de que seja acidente de trabalho. Mas a empresa já paga por isso, então, acho que deveríamos continuar desta forma, também para a doença profissional. Imaginem uma pessoa que desenvolva a doença profissional ou que a próprio médico do trabalho diga que aquilo seja doença profissional ou doença ocupacional. A operadora terá de atendê-lo *ad eternum*.

A recomendação é que as operadoras incluam nos preços um adicional para acidentes de trabalho

como gangrenas, algumas intoxicações e lesões traumáticas. Muitos centros médicos ainda não têm esta tecnologia, mas a cobertura esta garantida.

Vejam, também, o que mudou da RN 167 para a RN 211. Eram seis consultas por ano com fonoaudiólogo, passaram a ser até 24 consultas/ano. Nutricionista, de seis aumentaram para doze. Terapia ocupacional, igualmente. Com psicólogo, de doze para 40. Logicamente, se a operadora montar um serviço próprio, o custo dela talvez seja um pouco menor. Então, com um recurso próprio, consegue-se diminuir os valores, mas não podemos dizer que não haverá aumento de custo. Vai ter impacto, sim. E há mais 56 procedimentos que entraram no novo rol via RN 211.

Imaginem o que possa acontecer. Consideremos uma empresa que tenha um custo previsto de 81 milhões por mês. O impacto da RN 211 ficará em torno de 4 milhões/mês, e o custo per capita de 4 reais, em média. Ou seja, 4,73. Nossa projeção de aumento de custos em função da RN 211, então, ficará entre 5 pontos percentuais e 5,09.

Recentemente, a ANS teria apurado que o impacto da RN 211 ficaria em torno de 1 ponto percentual, talvez 1.1. Nós discordamos, até porque já temos percebido impacto um pouco maior. Pela utilização, pelo conhecimento que temos dos procedimentos que já foram liberados, calculamos algo em torno de 5 pontos percentuais.

Estamos falando em procedimento por vídeo, que impacta 0,0005 ponto percentual. De transplante de medula alôgenica mais 0,02; de acréscimo de número de sessões com nutricionista, podem somar 0,92. Não para por aí. Impacto de sessões de terapia ocupacional, 0,88. Psicoterapia não teve impacto nenhum, porque já é realizada. Mas há mais: fonoaudiologia, 1,5; psicologia, 1,1; demais procedimentos, 0,89. Então totaliza 5,36, mais ou menos o impacto que previmos.

A RN 211 também acrescenta procedimentos relativos a acidente de trabalho e Saúde ocupacional. Ou seja, a RN 211 também determina que as operadoras atendam ao acidente de trabalho e à Saúde ocupacional sem mudar os preços. Achamos que devemos cobrir acidentes de trabalho, mas também há custo. Hoje, as empresas pagam por estes procedimentos, seja um valor mínimo percentualmente, ou até às vezes embutido no assistencial, mas negociado previamente.

Então, o que solicitamos e não fomos atendidos foi que se

E o acidente de trabalho não está calculado naqueles números que mostrei anteriormente, que somados chegam a 5,09 pontos percentuais. Este seria um custo adicional, uma vez que nós deixaremos de receber por esse procedimento e que estará coberto dentro do assistencial.

A Constituição Federal, no artigo 201, disciplina a cobertura do risco do acidente do trabalho, que deve ser atendido, concorrentemente, pelo regime geral da Previdência Social e pelo setor privado. Então, já há uma legislação que trata do acidente de trabalho. Haverá, portanto, muito embate, muita discussão em relação a isso. Talvez seja criada uma dificuldade neste relacionamento. Fica claro, portanto, que somente a lei ordinária poderia estender a cobertura do risco do acidente de trabalho para o setor privado.

Observa-se, também, que todas as empresas que contratam Saúde privada já contribuem com o SAT. Logo, de alguma forma você ou a empresa já paga por este atendimento. E como essa cobertura passa a ser obrigatória na Saúde suplementar, também será incluída no cálculo do plano de Saúde. Daqui para frente, toda operadora terá que calcular e comercializar o plano de Saúde considerando estes custos. Logicamente, chegará um momento também em que o preço ficará quase que proibitivo. O contribuinte, então, pagará duplamente, porque a empresa já paga o SAT e terá o custo adicional no plano de Saúde.

Além disso, com a obrigatoriedade da cobertura para as operadoras, as empresas que pagam planos com coparticipação no custo assistencial, serão cobradas também por mais esta cobertura, contrariando a regra, o que não é permitido pela legislação.

A recomendação é que as operadoras incluam nos preços um percentual adicional para atender acidentes de trabalho.

Alguns aspectos da legislação também trazem, digamos, uma orientação para o setor. É o caso da classificação de órteses, próteses e materiais especiais. Haverá uma lista e o profissional médico vai pedir dentro daquela listagem. Será atualizada periodicamente. Isso será bom, pois pelo menos regulará esta área, para que o médico não peça também determinados materiais somente por conveniência ou qualquer tipo de relacionamento com o fornecedor.

Também aqui cabe ao médico-cirurgião ou cirurgião dentista a prerrogativa de determinar as características do material, mas tem que

indicar três fornecedores diferentes. Não pode exigir determinada marca de um fornecedor porque a considera melhor ou por qualquer outro argumento. O profissional requisitante terá que fazer a solicitação com o pedido de internação. E se houver divergência entre o requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas bancadas pela operadora. Se a operadora disser ao médico que não pagará o procedimento, então será nomeado um terceiro para definir qual é o material a ser utilizado, pago por ela.

Não há exame grátis. Em matéria da revista *Veja*, foram citadas as coberturas e seus custos. Por exemplo, PET scan, custaria três mil reais. Um transplante de medula óssea, 72 mil reais. Um marca-passo, 18 mil reais ou 16 mil reais. O teste do reflexo pra crianças em torno de 150 a 200 reais. Alguns são procedimentos de baixo valor, como este, mas de grande utilização. Os mais caros, em compensação, são pouco utilizados. O PET scan por três mil reais, confesso que procurei aqui em São Paulo, e só encontrei em torno de 3.500, 3.700 reais. Então, com a cobertura estendida, como já disse, um marca-passo de 16 mil, transplante por 72 mil, PET scan, se tornarão procedimentos rotineiros.

De 223 bilhões de reais gastos com Saúde no Brasil, anualmente, 129 bilhões são gastos pelas famílias brasileiras. Os planos médico-hospitalares abrangem 42 milhões de pessoas. Os planos odontológicos, 12 milhões de pessoas.

Os planos terão, então, de cobrir exames para detectar câncer, como o PET scan. O plano terá que oferecer internação domiciliar e novos tipos de exames. O impacto só estará no reajuste em 2011 e a ANS teria dito que seria em torno de um ponto percentual. Poderia reajustar já em 2010, que amenizaria um pouco a nossa angústia. Os planos dizem que os preços vão aumentar por tudo isso que já expliquei - RN 167, RN 211 e, futuramente, também acho que em algum momento será o CID 10 todo para cobertura da assistência médica. Aliás, conforme sinalização da própria ANS, a cada dois anos haverá atualização do rol de procedimentos. Logo, temos de nos acostumar com esta ideia e ter as cautelas necessárias.

Aproveito para dizer que o Sistema Unimed e as demais operadoras de Saúde suplementar não são contra o aumento do rol de procedimentos. Mas precisamos precificar antes estes custos. E o grande problema nosso é a retroatividade da lei. Nós estamos trabalhando hoje pra tentar manter em equilíbrio nossa operação, mas a retroatividade dos novos procedimentos dificulta a situação um pouco mais. Defendo que as resoluções normativas só vigorassem para novos planos, porque não tenho como chamar amanhã o nosso contratante e dizer: "Agora aumentou o rol de procedimentos e nós precisamos de um reajuste de xis, de 1, de 2, de 3 por cento". Ele dirá: "Eu não quero o novo rol". Mas a RN estipula que, a partir de hoje, está valendo, mesmo para os contratos de 1999. Nos novos contratos, nós já estamos ajustando os preços. E sabemos muito bem que não adianta cobrar valores muito elevados, pois daí você não venderá. Então, o mercado se regula. Nem adiantaria que a ANS dissesse que poderíamos aumentar 20% amanhã, pois não haveria mercado para suportar este preço.

Luiz Tadeu Arraes
Lopes

FGV-EAESP

Incremento dos custos e do valor benefício saúde

ATUO COMO consultor nos corporativos e na escola tenho algumas visões a respeito de cenários sobre o benefício de Saúde. Nosso assunto de hoje são os incrementos nos custos dos planos e do valor do benefício de Saúde oferecido pelas empresas aos seus funcionários.

Óbvio que isso implica vários públicos interessados, operadoras, sindicatos, os funcionários, a própria empresa e, permeando tudo isso, o Governo que é a grande força motriz nesse mercado todo, apesar de ele ser privado.

Os benefícios em Saúde hoje participam ativamente como produtos de empresas que estão em bolsas de valores. Temos a Amil, temos a Odontoprev, em caso de prestação de serviços odontológicos, Bradesco como banco, Allianz como uma empresa globalizada e que atua aqui no Brasil também. São vários *players* no mercado. Sulamérica. Todos eles hoje - e não me levem a mal - com uma visão, naturalmente, para o investidor, assim como as empresas que os contratam e todos os *players* do setor.

São dois os grandes momentos do benefício de Saúde no País. O primeiro momento aconteceu doze anos atrás com a lei 9656, que é de 1998, e todos os seus posteriores aditivos, foram quase 50 - e hoje está na casa dos 50 e poucos - e que trouxe uma importante mudança na forma como o benefício se instalou no País. Essa forma foi que o plano de Saúde passaria a ser um plano a mercado. E um segundo importante fator que aconteceu foi a normativa 195 do ano passado, em novembro.

O primeiro aspecto, que é da Lei 9656, foi que ela abriu uma porta enorme da mercantilização da Saúde privada. Até então, o mercado não era um mercado consolidado, estava bastante pulverizado, não norteado por órgãos de defesa do consumidor e tão pouco judicializado em questão de propostas de direitos de funcionários ou de sindicatos ou da própria empresa. A Lei 9656 enquadrou e, por opção do governo, colocou o benefício de Saúde como um ponto numa fronteira em que o mercado brasileiro de Saúde passa a se aproximar muito do mercado americano de Saúde. Hoje, o modelo brasileiro segue rapidamente o modelo americano de Saúde, com todas as suas consequências e eficácias e ineficácias.

Algumas consequências da Lei 9656: uma consolidação do controle fiscal por parte do governo, tanto que ele inclui, nos mesmos impostos, Unimed, seguradoras, assistências médicas, auto-gestões, planos administrados. Todos ficam sob a mesma base fiscal. Muitos dizem que o governo optou pela Lei 9656 para arrecadar mais e não sei se isso é verdade. Em

um segundo ponto, uma unificação de controles de TI, a intenção é ter um banco de dados nacional sobre e da parte privada principalmente. Assim, há hoje um sistema de TI que está sendo imposto nas operadoras, tem que ser unificado. Uma consolidação das operadoras, que estava algo em torno de quase oito mil, hoje é 1 500, houve uma grande concentração. Uma consolidação de laboratórios por parte de rede credenciada, haja vista a *Dasa*. Uma consolidação inicial, que está começando esse ano, dos hospitais, também pra fazer frente ao poder de operadoras, tanto que o *BTG* comprou a *D'Or* no mês passado, comprou o *São Luiz* e o hospital *Nossa Senhora de Assunção* aqui em São Bernardo. A proposta é se tornar uma rede nacional de hospitais. E alguns expurgos de vários públicos que deixam de participar desse mercado. A saber: os primeiros foram as pessoas físicas, depois empresas de pequeno porte. E a intenção de entrar agora em turismo hospitalar, que já começou aqui na cidade de São Paulo, e uma judicialização da Saúde. Hoje isso significa o seguinte, advogados trabalhando a favor de interesse de funcionários afastados, digamos assim, aposentados. A empresa também trabalhando e procurando os seus direitos e as operadoras idem.

No caso da normativa 195 do ano passado, ela mudou os planos de Saúde de uma maneira estrutural. Foi diferente da Lei 9656. O principal aspecto que a normativa 195 trouxe ao mercado foi um foco. O foco principal no expurgo de afastados. Então, hoje, dependendo do perfil de afastados que uma empresa tem, ela fica refém desse grupo e não recebe estudos de mercado. Ou, se recebe, isso fica a um custo inviável. Outro detalhe foi um mecanismo de trabalho do grande risco, o tal de sinistro ponta, que passa a não ser solucionado por um reajuste da apólice, porque ele fica muito caro e passa a ser solucionado em curto prazo com aportes. E também um expurgo do pequeno risco, porque hoje os contratos, se possuem algum risco considerável, são trabalhados em 24 meses. Isso em todas as operadoras.

É natural que tenha sido feito assim pois, na verdade, com a normativa 195 o governo jogou o risco financeiro sobre as operadoras e deixou a porta aberta para que adequações fossem feitas nos planos. Então, não existem vilões, não existem vítimas, tudo que está acontecendo é uma consequência natural de um setor se adaptando a regras de mercado.

E uma incipiente, mas que certamente vão acontecer novas formas de seguro. Por exemplo, seguros adicionais para cobrir, por parte das empresas, dos corporativos, para cobrir esses aportes. Às vezes, aportes de um milhão, 600 mil reais. Ou para cobrir grandes aportes ou pra cobrir grandes, digamos assim, desvios da média que uma apólice pode ter. Estamos numa nova etapa de adequação do mercado da Saúde suplementar como benefício hoje.

Algumas doenças passarão a ser consideradas como mapa diário de uma empresa. É o caso de toda a oncologia. O caso dos *rankings* hospitalares por meio de certificações, que vão encarecer ainda mais o produto. E o turismo hospitalar que já faz parte de praticamente de todos os hospitais importantes da cidade de São Paulo, um faturamento já considerável de todos eles e que disputará leitos conosco aqui.

Procurei traçar esse cenário não pra explicitar problemas, não para reclamar, mas para colocar um cenário de pano de fundo pra que os dois debatedores possam colocar as experiências que eles tiveram recentemente e os desafios com os quais eles vêm resolvendo esse assunto.

Michel Daud Filho

Diretor de Saúde e Qualidade de Vida da VIVO

A experiência da Vivo

VIVEMOS NA atualidade uma expectativa muito grande de custos e olhando sempre a qualidade, a relação qualidade-custo, é inevitável para que haja uma boa evolução empresarial, um bom resultado, que a produtividade aumente.

Alguma coisa não está certa no modelo de Saúde suplementar atual. A sinistralidade está aumentando e muito. E todos sabem que essa sinistralidade, em todos os casos, ou na maioria dos casos, ou toda a totalidade em uma boa negociação, diminui-se o risco desse repasse para a organização. Mesmo que a operadora tenha as suas dificuldades de gerir aquela administração de rede, que é tão importante pra minimizar e controlar os nossos custos.

Os preços estão aumentando, o impacto para as operadoras, dentro dos sinistros, se situou, no ano passado, em torno de 30 ou 40%; e não foi a gripe suína surpreendentemente. Ainda não há uma explicação clara sobre o impacto da sinistralidade que todos sofremos no ano passado. Os hospitais estão cheios, mas eles são hospitais qualificados? Essa é uma pergunta extremamente importante que temos que ter em mente.

Já fui a vários médicos e ninguém resolve. E a qualidade de rede é tão importante? O médico tem a capacidade de estabelecer um exame, um diagnóstico, um tratamento de alto custo. A tecnológica está evoluindo, está encarecendo cada vez mais.

Meu médico parou de atender o convênio. É muito comum isso acontecer, por vários motivos, que acho serem inerentes à nossa discussão.

O orçamento com o plano estourou. Isso é muito interessante. Os nossos orçamentos estão feitos abaixo da linha de qualidade ultimamente. Você discute muito a gordura para se chegar na linha de qualidade do orçamento, para se poder manter um bom equilíbrio e até uma boa negociação, com justificativas de informações para chegar à operadora dizendo: “olha, operadora, talvez a gente não poderia melhorar um pouco ali e acolá”, e realmente ter um equilíbrio.

Vamos mudar de plano pra reduzir custos. Esse é o grande jargão de mercado e, infelizmente, se chama *tombamento de carteira*. Eu estava discutindo justamente a necessidade das empresas em relação a custos. Na maioria das empresas, a negociação do plano de Saúde tem sido feita pelas áreas de compras e as áreas financeiras. E eles preveem o quê? O custo. E a qualidade? Quando se muda uma carteira com

um custo alto, não necessariamente se tem a sua população saneada. Você tem uma demanda reprimida sem utilização. Então, está-se trocando 140 reais por 80, durante o primeiro ano porque o sinistro dessa demanda reprimida vem gradativamente dentro dessa utilização e depois de um ano se sofre todo esse impacto. A mudança de plano é totalmente estratégica e necessária para que se possa estabelecer uma qualidade com custo equilibrado. Não existe milagre. A qualidade e o custo têm que estar dentro de um limiar. A partir de um momento que o custo vai caindo, é necessário começar a cortar coberturas de Saúde, não existe mistério.

As margens da indústria de Saúde já estão em limites críticos e não se pode atribuir os aumentos à ganância dos empresários. A margem é muito pequena. A despesa assistencial aumentando, a sinistralidade aumentando e receita indo de encontro, quase que convergindo. Isto é, a margem está diminuindo, o ponto de equilíbrio do nosso falado *break even* está desarticulado e estamos sentindo esse reflexo.

A pressão da classe médica por remuneração. Por que o médico larga o convênio? Uma sessão de fisioterapia custa R\$ 8,96. E um corte de cabelo? Custa R\$ 40. Massagem, R\$ 80. Lavar uma calça, 11 reais. Lavar o carro, 25. Sou médico, notem a realidade na qual vivemos. É muito difícil. Como é que vamos prever essa qualidade?

Existem algumas situações desalinhadas na indústria da Saúde. Verticalização *versus* direcionamento por eficiência. A verticalização é um tema muito real na atualidade. Existem muitas consolidações no mercado e objetivamente a verticalização é uma realidade para grandes empresários da Saúde. Centralizamos os atendimentos para os seus próprios recursos e, preocupados com a qualidade, temos que nos preocupar ainda muito mais com ela. Sub-remuneração dos profissionais que prestam o atendimento. A desinformação do usuário. Eu, particularmente, não acredito em orientação do usuário. Ele não vai saber. É necessário ter realmente dentro da rede uma qualificação técnica de determinados profissionais e ter na empresa um meio de comunicação que os faça procurar sob orientação, porque não vamos ensinar o usuário a fazer o seu

próprio diagnóstico. Isso não existe. E orientar os usuários a procurar o melhor serviço é muito difícil, eu não acredito.

A escolha da operadora pelo custo e não pela qualidade de sua rede de profissionais credenciados. Experiência própria: se você está numa rede, hoje definida por você, depois de um ano, só se aproveita 20% dessa população. Os médicos e outros profissionais de Saúde, além daquele convênio específico e aquela operadora tem um valor de 30 e tantos reais, 45 reais uma consulta médica. Ele não tem a fidelização, nem o envolvimento com o doente, ele tem o envolvimento, é empregado da operadora.

A escolha pela operadora de Saúde é influenciada pelo número de credenciados. Quando se vê o livrinho de credenciados: Puxa! Essa operadora deve ser boa, deve ter rede credenciada em todos os lugares. Não é nada disso. Esse é um perigo muito grande.

E as fraudes e indústria de liminares. Fraudes, com aquelas contas médicas mirabolantes, preparadas e que já vêm por patologias, já vem do computador e realmente o técnico médico olha e verifica que, por questões absolutamente improcedentes. Isso acontece aqui no Brasil e muito. E a indústria de liminares, está muito fácil. Uma liminar hoje é concedida, ela é analisada depois de sete, oito anos. Normalmente quem perde teoricamente é o próprio usuário. E não estou falando em um contexto social e da necessidade, mas se tornou uma indústria de liminares. E isso já é um impacto extremamente importante nas nossas organizações. Para algumas operadoras a maioria entra pela perda natural, dentro do próprio orçamento já tem uma reserva ali de perda com a qual já tem essa expectativa dessas liminares. Mas existem alguns casos que são repassados inclusive como sinistralidade.

Falou-se que nos Estados Unidos o modelo de Saúde é similar ao brasileiro. Em 2007, os Estados Unidos gastaram dois trilhões com a Saúde, uma média de sete mil dólares por pessoa. Simplesmente 16,2% do PIB de 2007, contra 7,2% em 1970. Os custos cresceram em média 2,4% ao ano, mais rápido do que o PIB desde 1970. É uma evolução de custo galopante. Os custos cresceram em média 2,4. E os *centers, medicare* e o *medicaid services*. O *medicare* é a assistência médica aos idosos e o *medicaid*, às pessoas mais pobres dos Estados Unidos. Dentro desse impacto, o projeto é que em 2018 chegará em 20,3% do PIB americano.

Nós fizemos uma análise no Brasil e estamos com 7,6% do nosso PIB gasto com Saúde. E o setor público deve gastar em torno de 48%. No setor privado e outros, que seria assistência farmacológica, deve gastar em torno de 24%, porque os planos de Saúde não dão medicamentos, e 28% dentro da Saúde suplementar.

Países mais ricos podem gastar mais com Saúde e com novas tecnologias. Quer dizer, quanto melhor o custo *per capita*, vai aumentando, melhor o PIB, maior o gasto com Saúde. A partir desta evolução, quanto mais o poder aquisitivo vai aumentando, maior o investimento de Saúde, até alinhar em uma assistência à Saúde equilibrada, tende realmente a acompanhar dentro do patamar esperado e de uma expectativa de Saúde para toda a nossa organização ou todo o nosso país dentro de uma maneira geral. Existe uma forte correlação entre a riqueza de um país e o gasto com Saúde, como eu disse pra vocês. E à medida que um país enriquece, decide gastar mais com a Saúde de uma maneira geral.

Quanto à evolução de custos relativamente à idade, já estamos

com uma expectativa de vida de 73 anos, citado agora há algumas semanas. Então, obviamente, o nosso custo de Saúde, dentro da nossa população, tende a aumentar. Quanto mais se envelhece, teoricamente se fica mais doente. Fica-se mais doente e mais se gasta.

Fizemos uma análise a respeito da despesa assistencial das

Segundo a Kaiser, 53% dos americanos diminuíram cuidados médicos nos últimos doze meses devido a questões de custos

operadoras e planos privados de Saúde, segundo os índices de despesas de 2009. Dentro do item despesas médico-hospitalares, estamos assim: consultas médicas, em relação aos Estados Unidos, 15,2% nós gastamos, eles 14%; terapias 4,4% e eles 5%; internações e outros atendimentos 38,4 e 39%; outros atendimentos 6,6% junto 9,8% de mais despesas médico-hospitalares, acredita-se que nós estamos muito próximos de 19%. O que destoa e é uma realidade é 25,5% na questão dos exames, baseado basicamente na evolução da tecnologia. Visto que o custo é evidentemente do diagnóstico, tem aumentado principalmente através de diagnóstico de imagem e evidentemente com a utilização maior dentro do critério clínico de utilizar mais exames complementares e não necessariamente o diagnóstico clínico básico, estetoscópio, palpitação abdominal, e eleva-se realmente esse custo dentro de um processo final.

Temos conseqüências para os indivíduos, os aumentos amplificam as dificuldades das famílias na compra e manutenção dos planos de Saúde. Logicamente o plano está aumentando, vão existir restrições.

Famílias têm reduzido seus cuidados com a Saúde e enfrentam sérios problemas financeiros, foi um estudo da Kaiser, que encontrou 53% dos americanos e disseram que suas famílias diminuíram cuidados médicos nos últimos doze meses, devido a questões de custos. Trata-se de um programa americano, de medicina de grupo puro. Existem todos os recursos hospitalares, exames, laboratórios, clínicas e todos os profissionais de Saúde são contratados como celetistas. Esse é um modelo que já tem um bom tempo. É um modelo de medicina de grupo pleno e que realmente eles têm feito essas análises com bastante critério.

Passaram a depender de remédios caseiros em lugar de visitas a médicos 35% da população americana, eliminando cuidados dentários 35% e adiando a obtenção de cuidados médicos necessários em 27%. 19% disseram experimentar sérios problemas financeiros devido às elevadas contas médicas da família, com 13% usando toda ou quase toda reserva acumulada. Assim está a Saúde nos Estados Unidos.

Nas empresas, esses aumentos têm se tornado uma fonte de pressão nos resultados em razão de debates e acusações. O custo realmente pesa muito. Hoje, para muitos empregadores, a única esperança é diminuir esses aumentos. Em consequência as empresas

tendem a repassar a parte dos aumentos aos empregados pela maior participação na conta Saúde, ou pela busca de planos menores de mercado, de valor menor, em geral implica em plano de menor nível. Quer dizer, infelizmente a co-participação hoje que é muito evidenciada por conta de equilíbrio de plano, ele não leva a um

Existem estimativas de que vários procedimentos são usados inapropriadamente em 1/3 das vezes nos EUA

equilíbrio do plano por conta da participação, pois existe uma inibição natural da pessoa em utilizar o plano em vista que ela vai ter que desembolsar valores. O melhor caminho seria orientação a essa pessoa indo para um melhor caminho a resolução rápida, evidentemente não tendo a necessidade da co-participação.

O benefício fiscal implícito nos gastos com Saúde ainda evita que as empresas cortem esses benefícios, embora a maioria das empresas já não estenda aos aposentados. Ainda existem empresas que entendem que dentro dessa visão que o recolhimento a nível ou o próprio não pagamento dos tributos podem ser uma vantagem extremamente interessante, mas o custo Saúde se torna cada vez maior porque ela está colocando produtos com custo bem menor, com menor cobertura, refletindo evidentemente o resultado de Saúde em longo prazo e não em curto prazo.

As nações gastam mais porque a comunidade de Saúde continua a aprender. É mais ou menos assim, a tecnologia está evoluindo e as nações obviamente precisam investir mais para construir essa árvore tecnológica de diagnóstico visando realmente às soluções técnicas. À medida que a renda cresce, as pessoas tendem a gastar maiores frações delas com Saúde. É isso o que se tem observado em todos os países desenvolvidos. Especialistas de Saúde acreditam que ter novas tecnologias, equipamentos, todas essas questões têm sido o grande diferencial de custo de impacto do benefício Saúde em qualquer segmento em qualquer país.

Um jornal inglês diz que existem estimativas de que vários procedimentos médicos são usados inapropriadamente em 1/3 das vezes nos Estados Unidos. Isso não é nada. Cerca de 700 milhões por ano em serviço de Saúde são prestados nos Estados Unidos que não melhoram a Saúde. Inúmeros relatórios mostram que os grandes fatores de procedimentos desnecessários, ou de baixo benefício, alguns são executados. Temor de litígio é muito real nos Estados Unidos, quer dizer, o paciente chega ao consultório médico nos Estados Unidos com uma liminar embaixo do braço e, por conseguinte, o médico também debaixo do braço. Essa é uma realidade. A relação médico-paciente é extremamente comprometida. Desonestidade, infelizmente existe. Pacientes insistentes, quer dizer, médico bom é aquele que pede exames, não é simplesmente aquele que resolve problemas. Isso é muito comum e real, infelizmente.

O que fazemos na Vivo. Venho de um modelo de auto-gestão, que se tornou um plano administrado desde 1986. Foi basicamente um

início dos sistemas de auto-gestão com o qual todo o custo assistencial era pago e assumido pela própria empresa. A partir daí evolui dentro da Telesp, o plano de assistência médica da Telesp que é o Plantel. Conseguimos desmembrar durante a privatização, fui pra Telesp Celular e levei para lá o modelo de Saúde. E esse modelo de Saúde tinha só uma única saída com quatro mil vidas comigo. Eu vou manter o plano e tenho que conter esses custos. Qual foi a minha estratégia nessa linha?

Se teoricamente as internações representam 60% às vezes do custo de um plano assistência à Saúde, tenho que olhar muito pra essa linha porque quanto mais eu tiver essa resolutividade dentro de recursos médicos e ponto estabelecido dentro de uma própria negociação e eu mesmo gerindo essa população tecnicamente, dando esse acompanhamento, eu tendia a ter um controle maior nessa população e realmente acompanhar e dar uma resolutividade rápida, diminuindo os meus custos.

A resposta foi bastante interessante ao longo dos anos. Deu realmente pra gente poder perceber que o custo realmente vinha, se manteve, teve um pico inicial, se manteve e obviamente se manteve numa posição altamente favorável.

E qual era a receptividade dessa população? Como é que eu avaliaria essa receptividade, até pela pesquisa satisfação dos colaboradores como evidentemente a própria transmissão dessas informações entre as próprias pessoas pra gente poder gerir toda essa população. Então o resultado foi realmente bastante satisfatório.

E em 2003, quando assumi a Vivo a nível Brasil, herdei o que eu tinha na Telesp Celular como modelo administrado e tinha um modelo de pré-pagamento no Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Sergipe. Naquela época, eu tinha que executar as minhas ações dentro dessa linha. Tinha que ter um relatório efetivo das internações. Tinha que saber qual era o grau de risco dos meus pacientes. Tinha que identificar dentro do meu ambulatório qual era a projeção de casos mais graves, como câncer, como doenças autoimunes, doenças agudas ou doenças crônicas para que pudesse acompanhar e dar uma projeção de resultado e um acompanhamento até desses custos dentro dessa viabilização.

E, na época conversei muito, tive uma reunião numa determinada operadora, fui muito bem recebido. Com a qual, da seguinte maneira, “olha, você faz esse tipo de modelo e você atua, então você vai fazer isso dentro do modelo de pré-pagamento, te dou toda autonomia”. Aí criei uma equipe e essa equipe fazia dentro desse mesmo modelo.

Tenho hoje dez, estou indo para doze ambulatórios Brasil, todos com profissionais clínicos ou cirurgiões, não tenho médicos do trabalho, que tem como porta de entrada os funcionários e alguns dependentes, quando existe a necessidade. Nesse aspecto, temos os ambulatórios, criamos uma proximidade muito grande com os funcionários com os quais temos uma atuação muito próxima como clínicos. Queremos ter começo, meio e fim do atendimento. Então regionalmente temos profissionais altamente qualificados que têm seus vínculos hospitalares dentro daquela localidade, hospitais de ponta, e que conseqüentemente estabelece a sua rede referenciada dentro da rede credenciada da operadora. Estabelece que eles sejam os melhores cardiologistas, os melhores pneumologistas, os melhores urologistas, e eles utilizam desta população.

Com isso, ao longo do tempo, ganhamos toda a credibilidade dessa população. E, hoje, 90% dos atendimentos são de ordem

eminentemente assistencial. Os atendimentos ocupacionais estão sendo terceirizados gradativamente. Além os médicos clínicos e os cirurgiões, temos o ambulatório que consiste numa ferramenta importante na divulgação dos programas ou mesmo realmente um canal direto com os colaboradores.

Isso retrata muito bem garantir o atendimento. Priorizamos a atenção à Saúde dos colaboradores e garantimos o atendimento através de qualidade técnica e o foco no cliente. Isso é básico, que vai chegar à gestão da doença através dos ambulatórios médicos da empresa com os médicos clínicos, ficam em média oito horas, na rede credenciada referenciada local e buscando reprimidas em relação às doenças.

Os programas implementados permitem o tratamento e a gestão de doenças. Temos os planos de Saúde que identificamos e pegamos todos os relatórios pertinentes. Programas de acompanhamentos de casos especiais, que pegamos nos ambulatórios, por exemplo uma paciente que tem nódulo de mama que possivelmente vai passar por biopsia por agulha, que possivelmente ou não poderá ter um câncer de mama. Como acompanhá-la? Temos uma rotina específica de acompanhamento para essa população. O gerenciamento de internações: tenho um sistema no Rio de Janeiro com membro *staff* meu, que junto com uma pessoa administrativa, recebe todas as internações de todas as operadoras Brasil. E a partir daí, existe a qualificação do risco, onde está e de que maneira deflagro pra esses profissionais os meus laboratórios pra dar o acompanhamento, independente do atendimento ambulatorial. E o próprio gerenciamento de crônicos que já estamos na segregação e na vinda, principalmente dos diabéticos e dos hipertensos que realmente são as maiorias, mas já estamos segregando dentro de um modelo, que eu vou mostrar, de estratificação, mais a frente. Então, basicamente é isso. A integração das ações acompanha o gerenciamento das doenças, permite o perfil multidimensional na Saúde dos colaboradores. E a tomada de decisão, mais a tomada de decisão, mais conselhos sobre custos e investimentos futuros na assistência à Saúde.

E a partir daí a Vivo começou a crescer. Comprou a Tele Centro Oeste. Peguei uma demanda reprimida na Tele Centro Oeste, um modelo de plano totalmente diferente do que tínhamos, população sem atendimento. Existia um plano de Saúde no norte do país com alto reembolso, só que as pessoas não tinham salário pra pagar a consulta médica e não obtinham o reembolso. Então, busquei no mercado uma operadora que pudesse evidentemente me dar o quê? Rede credenciada. Não existe nenhum plano de Saúde sem rede credenciada, ninguém sobrevive em cima de reembolso. Reembolso é maravilhoso pra aumentar a sinistralidade, depois você passar pra empresa.

A partir de 2006 e 2007, vieram o Tele Centro Oeste, a Telemig recentemente e fomos agregando todo o Brasil de maneira geral. Certificamos por três operadoras, sendo modelo híbrido, sendo modelo de plano administrado em São Paulo e modelos de pré-pagamento em todas as regiões do país. A partir daí, com minha população saneada, vou fazer prevenção. Eu acredito muito numa coisa: se você não tiver uma qualidade de assistência à doença, uma boa operadora com qualidade que vai atender muito bem dentro de uma conduta certa os seus colaboradores, como é que você vai fazer prevenção em cima de condutas que nós questionamos. E essa é a grande realidade. Infelizmente tem muitas empresas que fazem promoção de Saúde e investem em promoção de Saúde sem olhar pra qualidade de assistência a doenças que eles contrataram no mercado.

O *check-up* do executivo já existia, com protocolos pra diagnóstico clínico conforme faixa etária e sexo. Toda evolução, fizemos a revisão continuada, gradativa da nossa população. Estabelecemos através do perfil dos nossos funcionários de Saúde do *check-up* que dislipidemia, sedentarismo, tabagismo não é nada diferente. Qualquer carteira, qualquer grupo que vá fazer um *check-up* não mudará essa característica. Então vamos investir em promoção de Saúde? Vamos investir em promoção de Saúde.

Começamos a abrir os programas. O Vivo Amigo é um programa tipo EP. Eu tenho o EP com grande utilização que dá através de um 0800 apoio psicológico, social, financeiro e jurídico. Curiosamente o que mais é utilizado é o apoio jurídico de orientação. É possível pensar: “numa empresa, deveria ser o apoio psicológico”. Não é. É justamente as orientações jurídicas. Em segundo vêm as orientações financeiras e em terceiro a orientação psicológica. Imunização contra a gripe nós fazemos gratuitamente pra funcionários e dependentes historicamente. O nosso índice é quase 90% de adesão. Existe uma cultura já. É muito interessante, se faz todo o cálculo de impacto de doença: quantas pessoas que ficaram gripadas? Quantas fizeram raios-X? Quantas tomografaram? Quantas foram internadas? E a melhor coisa é aquela pessoa que não tem gripe o ano inteiro. Ela vem bater na sua porta e falar “doutor, quando vai ser a próxima vacinação?” É muito interessante.

O Coma e Vivo Bem é um programa de reeducação alimentar, não é de emagrecimento. Vão os mais gordinhos que nem eu e vão os magrinhos que querem obviamente se tornar mais fortes. Então, isso tem sido realmente um trabalho extremamente interessante que estabeleceu. Participamos da Sociedade Brasileira de Cardiologia com um trabalho e agora dois trabalhos na Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Então estamos partindo obviamente de um trabalho científico pra justamente evidenciar dentro do meio corporativo.

Programa Nascer Bem é o de que eu mais gosto que é o programa de gestantes. Temos algumas características que são muito importantes e damos através de um *site*, contratamos uma empresa e ela, junto a um hospital, uma maternidade, abre um *site* com o nosso nome da Vivo, com orientações básicas totais, fisioterapia, o próprio médico esclarecendo, a nutricionista, orientações sobre o bebê, uma série de questões. Temos uma característica importante das pessoas que aderem ao programa através de cursos específicos para gestantes e seus maridos, ou nesse sentido, e também o monitoramento que é o ponto mais importante. Durante toda a gestação existe uma empresa com enfermeiras-obstetizes, que faz o monitoramento periódico, em consonância com o médico-assistente. E tem sido realmente um resultado excepcional. Fizemos vários casos de UTI neonatal uma média de custo de 400 mil reais cada recém-nato ou o prematuro, sendo dentro desta linha.

Vivo em Movimento, corrida e caminhada, ginástica laboral. Ginástica laboral é isso que nós falamos, a ginástica laboral não pode ser feita pra nós; não entendemos que esse é o melhor caminho. Então temos aulas de forró às 8h30 da manhã junto aos funcionários. São questões totalmente criativas, nós queremos que realmente as pessoas fujam dentro de uma visão clara de relaxamento, diminuindo as questões, realmente questões que não acredito que deva, acho que existem outros fatores, pressão, vibração, organização, trabalho que se pode trabalhar efetivamente. Mas a ginástica laboral bem voltada à questão do cliente, olhando as necessidades dentro daquele dia-a-dia que é comprometido, é muito válida.

Instalamos o benefício-medicamento com uma complementação. Se você dá uma assistência à Saúde, mas você não dá o medicamento, você não está com o ciclo completo. Fizemos um convênio que está indo muito bem, muitas pessoas aderiram.

E o Vivo e Deixe Viver que é o programa antitabagismo. Esse é o mais difícil, fazer as pessoas deixarem de fumar. Criamos um modelo junto ao Einstein, o hospital veio até nós, nos propôs essa parceria e nós fizemos. Então tem o recebimento do possível parador de fumar. Nós fazemos um trabalho de conscientização, programas psicológicos de grupo e o subsídio principalmente de um dos medicamentos de mercado junto ao próprio laboratório. Hoje pulamos de 30 pra 80, uma questão recente. Não entendi porque até agora, de uma maneira rapidamente, as pessoas se emocionaram muito com o programa, estão ávidos a participar.

Aí o acompanhamento das internações, temos os relatórios online das operadoras. Eu mesmo decidi, junto à minha equipe e às operadoras que tipo de relatório de informações gostaríamos de ter pra gente gerenciar os nossos funcionários e dependentes, se for necessário. Temos o levantamento de todas as internações. As identificações das internações clínicas e cirúrgicas. A distribuição de casos de internações para os médicos regionais. Fazemos os contatos dos profissionais com os médicos-assistentes familiares e com o próprio paciente. Fazemos uma avaliação da condição de Saúde, no caso do paciente, se é necessário visita, sim. Se não é necessário visita, nós acompanhamos se houver visita, ou então depois nós fazemos a avaliação de 0 a 5, fazemos todo o monitoramento porque a Vivo faz parte a diretores de Saúde do balanço da organização. Fazemos parte do planejamento estratégico, então nós temos os nossos indicadores a serem cumpridos e esse é um deles. Então nós temos uma nota de 0 a 5 pra todas as internações, como é que foi o atendimento médico-assistente, o próprio hospital.

E os resultados que a gente encontra: proporcionar serviços médicos de primeira linha, nós colocamos isso; a redução do tempo de internação; a redução do tempo de recuperação, que é importante o retorno; melhor qualidade de vida; redução de custos; e o fortalecimento da relação médico-paciente. Esse é importantíssimo.

E satisfação dos colaboradores com acompanhamento médico. O índice de internação que são indicadores do financeiro, que já existe dentro dos indicadores de mercado a expectativa. E indicadores de rentabilidade, despesas com assistência médica e percentual de custos médicos em relação à folha de pagamento. E nós já estamos com a estrutura total, 9,91%. É um grande indicador de mercado pra vocês saberem quanto é o seu custo Saúde em relação à folha nominal da sua empresa dentro do percentual você espera, entre 8 a 12%. Dentro dessa linha, você tem uma boa administração de Saúde dentro do equilíbrio custo-benefício. Isso é muito importante. Se isso começa a subir, já existe um desequilíbrio dentro deste processo.

No modelo de gerenciamento integrado, já temos vários resultados, temos as bases legais, temos os questionários de avaliação de condição de Saúde. A própria medicina ocupacional com as informações, programa de benefícios de medicamentos, os CIDs extraídos das próprias operadoras, laboratórios de radiologia até a alta hospitalar. Isso entra numa estratificação e você entra em dois grupos, os não-diagnosticados e os diagnosticados hipertensão, diabetes, DPOC. E os diagnosticados de leve a moderado e grave. Com isso a gente consegue, através dos nossos programas, chegar a um objetivo final que é um BI, quer dizer, com todas as informações estratificadas, você começa a segregar mais a sua população, você começa a olhar com muito melhor, muito mais focadamente, objetivamente em relação às suas patologias e, principalmente, fazendo as suas projeções de custo.

Conclusão: a comunidade da Saúde enfrenta desafios significativos a curto e longo prazo com relação em como fazer para que a sociedade enfrente o crescente custo Saúde. Discussões sobre o modelo de Saúde como sistema pagador único podem movimentar toda a sociedade, mas não ataca a causa fundamental de um principal problema que é a ausência de gestão de ação médica. O sistema de Saúde é demasiadamente complexo para se mudar por decreto e discutir as suas várias facetas é absolutamente necessário. Vamos mudar? Sim. Por quê? Como? Qual é o risco? Qual é o impacto? O que vamos ganhar? São perguntas básicas que têm que ser colocadas. Contudo, como em qualquer sistema, a otimização de uma parte, em geral, estraga o todo. Cumpre ampliar a visão do todo de cada uma das partes da comunidade Saúde como aqui estamos fazendo.

▪ Estratégias para redução de Custos dos Planos de Saúde: verticalização e auditoria

Custos na Saúde Suplementar

Álvaro Escrivão Junior

GVsaúde FGV-EAESP

NESTE SEMESTRE

estamos tratando do tema *Custos no Mercado de Saúde Suplementar*, incluindo a maneira como o mercado está enfrentando o aumento constante destes custos. Temos acompanhado muito essas questões nestes mais de quinze anos de existência dos cursos de Auditoria em Saúde na FGV-EAESP.

No debate de hoje, enfocaremos a auditoria e a verticalização e, também, traremos a Rede D'or, para apresentar a experiência de horizontalização.

Acho que as questões fundamentais foram tratadas aqui. Algumas delas têm nos preocupado muito aqui na Fundação Getulio Vargas e têm sido debatidas nos nossos diversos cursos. Recentemente, no encerramento do Curso de Introdução à Auditoria, debatemos algumas das questões que foram aqui expostas e ficamos intrigados, pois, nos primeiros cursos de auditoria, há mais 15 anos, selecionamos profissionais com mais de dez anos de experiência em auditoria.

Como foi dito, a Medicina de Grupo começou aqui no estado de São Paulo e já existiam auditores nas empresas daquele tempo, assim como no antigo INAMPS, que foi pioneiro nesta atividade de auditoria. Assim, no momento inicial dos nossos cursos enfatizávamos a atualização destes profissionais que já tinham experiência. Foi interessante observar que, rapidamente, esgotaram-se os profissionais experientes no curso e a demanda por formação de auditores começou a crescer. Passamos então a aceitar essa demanda de profissionais que queriam ingressar

no mercado em expansão e passamos a oferecer dois cursos, um de introdução, para os que não têm experiência e outro para os já experientes.

Durante todos estes anos, a nossa expectativa era que houvesse diminuição da demanda para os cursos de auditoria, pois os avanços da tecnologia de informação e das práticas de negociação no mercado provocariam uma diminuição desta atividade nas operadoras e nos serviços e por conseqüência na demanda pelos cursos de auditoria. E, para a nossa surpresa, ao contrário, a demanda por cursos de auditoria aumentou e permanece forte até o momento atual. E esse é o tema que nos intriga: por que cargas d'água, apesar dos avanços das negociações entre operadoras e prestadores, permanece essa tendência de aumento da atividade de auditoria?

Outros aspectos interessantes para debatermos são as distintas visões da verticalização, porque parece que se denomina de verticalização um conjunto de coisas que não são exatamente a mesma coisa. Uma delas parece defender a idéia de que o auditor também pode deixar de contar compressa, contar agulha e passar a participar um pouco mais da avaliação da qualidade do serviço prestado. E isso é uma tendência.

Iolanda Ramos

Presidente da UNIDAS

Verticalização e Auditoria

TEMA 1: **Verticalização.** Início pela apresentação da organização que ora represento, a UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Trata-se de uma associação que reúne instituições que operam planos de Saúde para grupos fechados, ou seja, planos médicos e odontológicos estruturados exclusivamente para os empregados ou associados, dependentes legais desses, ou familiares até terceiro grau de parentesco e aos aposentados e ex-empregados de acordo com a legislação. A autogestão em Saúde é uma modalidade onde a própria empresa ou um braço desta empresa ou uma associação assume para si o risco da gestão de planos de Saúde, sem finalidade lucrativa.

A Unidas iniciou estudos sobre a viabilidade da verticalização na autogestão, como alternativa de solução para a contenção da escalada dos custos assistenciais e tais estudos ainda estão em andamento.

VERTICALIZAÇÃO

Especificidades da Autogestão

- Maior proximidade e participação do beneficiário
- Limites na expansão da carteira
- Dispersão da carteira e clientes
- Concentração de idosos

Quadro 1

Uma das características da autogestão é a proximidade em relação ao seu beneficiário, por ser plano fechado, ligado a uma organização ou a uma associação, mas, por outro lado, temos um limite na expansão das carteiras e esse limite é ditado pela própria lei. Além de lidarmos com os limites da expansão, lidamos também com a dispersão, não só das carteiras como de clientes. Um bom exemplo é o da SABESPREV, entidade que reúne previdência e Saúde, aqui em São Paulo, ligada a Sabesp, companhia de saneamento básico do estado. Atende unicamente o estado de São Paulo e está em 412 municípios. Há municípios que apresentam concentração relevante, mas por outro lado, existem municípios que possuem duas ou três famílias, ou seja, são cinco ou seis pessoas para as quais se tem que garantir rede assistencial na localidade ou muito próximo. Essa dispersão também é uma característica que leva a pensar com bastante cuidado na verticalização. O fato de ser uma carteira de 47 mil vidas não é significativo quando estão muito dispersas. Neste caso, onde se criaria uma estrutura verticalizada? Na capital? As pessoas que estão distantes vão se deslocar? Certamente não vão! Portanto, mais uma razão para a verticalização ser

avaliada e pensada com bastante carinho.

Na autogestão, as carteiras são para grupos fechados, limitado ao terceiro grau de parentesco e acabamos concentrando um grande número de idosos. Na pesquisa de 2008 – para que se tenha uma idéia de como as autogestões fidelizam seus beneficiários – tínhamos quase mil beneficiários com mais de cem anos de idade, isso numa população de 4 milhões e 200 mil vidas, que foi o universo que respondeu a pesquisa daquele ano. Quase mil beneficiários acima de cem anos é um diferencial que tem seu impacto (gráfico 1).

Este dado foi extraído de material da consultoria que está nos orientando nessa questão da verticalização e mostra o impacto das faixas etárias. A autogestão tem uma grande concentração de idosos em suas carteiras. O gráfico evidencia que os beneficiários mais jovens apresentam baixa frequência de internação hospitalar, enquanto os idosos apresentam ocorrências de internação maiores. Embora a quantidade de internações seja pequena, os custos são muito altos. Os custos de internação

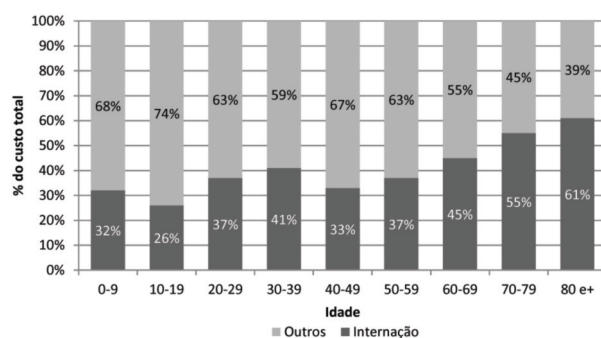


Gráfico 1

respondem em média por 60% dos nossos custos gerais. Assim, em uma operadora média, podemos ter 20 mil consultas, 90 mil exames e mil internações, quer dizer, a frequência é pequena, mas realmente o custo é relevante. Então, quanto mais envelhecida estiver a população de uma carteira, mais cara ela fica; e ela pode se tornar inviável pelo preço, ou seja, pela

mensalidade que é cobrada de seus beneficiários.

O dado da tabela 1 foi extraído do sistema de informação de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A publicação é de 2009, mas mostra como tem aumentado o percentual de internação na autogestão, até em função de tudo que

entrou na pauta de discussão.

Na autogestão temos um movimento forte para programas de promoção à Saúde e prevenção de doenças. Por quê? Por ser um grupo fechado que, quanto melhor tratado estiver hoje, maior será a possibilidade de um alto custo evitado amanhã. Assim, se não for disponibilizada uma atenção integral, uma atenção completa ao seu beneficiário hoje, isso pode ser o chamado *tiro no pé* amanhã. Quanto melhor tratado, quanto menor a demanda dessa massa fechada, maior a expectativa de um menor custo no futuro.

Na verdade, esse conceito de verticalização na área de Saúde suplementar é relativamente novo. Trata-se da integração vertical entre as operadoras de planos de Saúde com os prestadores de serviços médico-hospitalares e, em especial, com os hospitais. Alguns hospitais, pelo que se percebe, acabam lançando seus próprios planos de Saúde, como uma operadora, e as operadoras, por sua vez, abrangem todos os segmentos, não só dos consultórios, mas dos laboratórios, dos serviços de imagem e até os serviços hospitalares.

Quando começamos a estudar a verticalização, criamos algumas expectativas (quadro 2). A principal delas é a redução dos custos da aquisição de serviços e produtos. Como temos volume, estaríamos obviamente atendendo a um grupo maior de pessoas com o mesmo investimento. Espera-se a redução do

gasto com negociação, acompanhamento de contratos, auditorias, fiscalização, ou seja, todo o *backoffice* necessário para a gestão de um plano. Maior capacidade de regulação dos serviços de maior complexidade e, claro, a qualidade da atenção clínica também são esperados pois o atendimento de seu próprio beneficiário dará condições de avaliação mais próxima da resolubilidade do tratamento aplicado.

E o aumento do poder de compra, em especial dos insumos. O quadro a seguir traz um exemplo de algumas economias com compras diretas. A Unidas tem o portal de compras, no qual as filiadas inserem a especificação do material ou medicamento

e os fornecedores trabalham na modalidade de leilão reverso, ou seja, cada um apresenta o seu preço, acompanha o preço que outro

Modalidade da operadora	Taxa de interanação			Gasto Médio (R\$)		
	Total (1)	Coletivo	Individual	Total (1)	Coletivo	Individual
2007						
Total	13,2	13,3	16,0	3.238,32	3.129,57	3.516,41
Autogestão	13,5	13,5	-	3.493,08	3.493,08	-
Cooperativa Médica	15,4	15,5	17,9	2.287,12	2.138,84	2.598,05
Filantropia	15,1	14,2	18,9	2.176,81	1.884,55	2.451,71
Medicina de Grupo	11,7	11,7	14,6	2.824,88	2.720,56	3.000,37
Seguradora Especializada em Saúde	13,0	12,3	16,4	6.963,91	6.012,73	10.535,553
2008						
Total	13,2	13,1	16,2	3.480,75	3.397,01	3.700,99
Autogestão	15,3	15,3	-	3.555,78	3.555,78	-
Cooperativa Médica	15,7	15,3	19,4	2.686,52	2.594,90	2.888,16
Filantropia	14,5	13,9	17,6	2.421,85	2.153,88	2.711,60
Medicina de Grupo	11,0	10,7	13,8	3.093,92	3.107,10	3.072,36
Seguradora Especializada em Saúde	11,7	10,9	17,3	7.246,68	6.167,27	11.665,24

Tabela 1 - Taxa de internação de beneficiários e gasto médio por internação, por tipo de contratação, segundo modalidade da operadora (Brasil, 2007-2008)

comentamos aqui. Desde 2007, nos planos coletivos de autogestão – que não tem planos individuais –, este percentual subiu de 3,5 para 15,3. Este foi o que mais aumentou. Consequentemente aumenta também a chamada sinistralidade.

Modalidade da Operadora	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	80,9	80,8	79,0	79,9	80,0	82,1
Operadoras médico-hospitalares	81,5	81,4	79,7	80,5	80,6	82,8
Autogestão	90,9	87,9	83,0	87,6	94,1	94,1
Cooperativa médica	83,0	81,8	80,7	79,6	81,3	82,0
Filantropia	77,1	73,5	75,6	53,5	52,9	81,4
Medicina de grupo	75,2	75,7	75,9	77,0	77,4	78,8
Seguradora especializada em saúde	87,2	90,0	84,0	89,7	81,5	63,6
Operadoras exclusivamente odontológicas	51,0	49,3	46,3	47,9	49,3	48,7
Cooperativa odontológica	66,6	65,7	63,1	64,8	65,1	64,1
Odontologia de grupo	42,4	41,1	39,6	40,7	42,3	42,1

Tabela 2 - Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil, 2004-2009)

Sinistralidade (tabela 2), para melhor entendimento, significa que se temos uma receita de 100 reais, no caso da autogestão que apresenta 94.1 de sinistralidade, 94 são despendidos com a cobertura assistencial. Aqui não está incluído nem a despesa administrativa, nem os tributos. Este foi um dos fatores que levou a autogestão a estudar alternativas de redução de custos, por esta razão a verticalização

EXPECTATIVAS

- Redução do custo de aquisição de serviços e produtos;
- Redução do gasto com negociação, acompanhamento de contratos, auditorias, fiscalizações, etc.;
- Maior capacidade de regulação dos serviços de maior complexidade e gestão da qualidade - clínica;
- Aumento do poder de compra, em especial de insumos, com redução dos custos.

Quadro 2

fornecedor apresenta e pode reduzir o seu, até chegar a um valor final.

A primeira coluna da tabela 3 traz o valor inicial, que foi o primeiro preço oferecido e depois do leilão, o preço final de compra consta na segunda coluna. A economia na compra de material consta na última. Hoje, para uma autogestão se apropriar dessa vantagem,

	Valor Inicial	Valor Final	Economia
CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR COM RESSINCRONIZADOR	70.616,49	49.169,37	21.447,12
GERADOR DUPLA CAMARA	11.678,82	5.486,50	6.192,32
ENXERTO OSSEO 15 GR	6.298,50	2.850,00	3.448,50
CATETER DE PIC	8.000,00	2.185,83	5.814,17
STENT FARMACOLOGICO 2.75 X 18	14.000,00	10.500,00	3.500,00
MICROCATETER VASO	4.895,00	2.500,00	2.395,00
TROCATER 5MM	830,61	200,00	630,61

Tabela 3 - Exemplo de compras diretas

ela precisa ter negociado previamente com um hospital a possibilidade de fornecimento ou de reposição, o que não é muito habitual. Somente um pequeno número de hospitais aceita esse tipo de procedimento. Em um hospital próprio, essa economia seria revertida para os planos que utilizassem a estrutura, lembrando que se trata de um benefício não só para a operadora, mas para todos os beneficiários uma vez que este recurso poderia ser canalizado para outros programas ou para outros benefícios, uma vez que a autogestão não visa lucro, mas ela tem que ter o seu equilíbrio, a sua liquidez financeira.

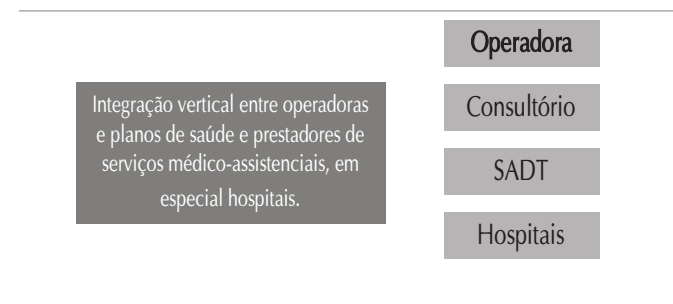


Figura 1 - Verticalização

Temos encontrado experiências de sucesso e de insucesso. Percebemos também que esse processo de verticalização tem se acelerado nos últimos anos e que, dentro deste movimento, as medicinas de grupo, as cooperativas médicas e algumas redes hospitalares têm se destacado num movimento mais presente (quadro 3).

Os fatores relevantes para uma verticalização são: tamanho da carteira; capacidade de direcionar a clientela aos serviços próprios; capacidade de investimento; gestão profissional; e situação do

Já é comum encontramos no setor serviços próprios de atendimento ambulatorial, atenção pré-hospitalar, gerenciamento de doentes crônicos e outros serviços. São exemplos da verticalização destes serviços, na modalidade de autogestão, as CliniCASSI, os serviços próprios de atendimento ambulatorial dos Correios e muitos outros.
Hospitais: Forluz (MG) – processo de acultramento

Quadro 3 - Verticalização

mercado.

Primeiro, o tamanho da carteira. No nosso caso, quando a Unidas iniciou esse estudo de viabilidade, entendemos que não seria para uma única carteira e sim, para o conjunto das filiadas à Unidas, porque uma carteira precisaria ter um conjunto muito grande de clientes para poder ter sucesso nesse empreendimento de verticalização. Para uma carteira pequena ou média não adianta nem entrar por este caminho, porque ela não teria escala ou capacidade financeira ou estrutural de se aventurar e ter sucesso nesse processo de verticalização. Outro item que temos discutido bastante é a capacidade de direcionar os beneficiários para recurso próprio e isto na autogestão tem se apresentado como um grande entrave, porque as pessoas estão habituadas à

chamada *livre escolha dirigida*, com plena liberdade de escolha entre os recursos credenciados pelos planos. O segmento da autogestão tem planos bem antigos no mercado e as pessoas se habituaram a utilizar um determinado laboratório ou um determinado hospital. Ouvimos frequentemente comentários do tipo: “mas minha avó teve a minha mãe nessa maternidade, a minha mãe me teve nessa maternidade, quero ter meu filho também nessa mesma maternidade.” Aqui estamos lidando com cultura e costumes, o que não se muda de um momento para outro. De nada adiantaria ter um hospital lindo e maravilhoso da Unidas, uma maternidade moderna, com uma super-infraestrutura que ficasse vazia. Então, esta capacidade de direcionar os seus clientes para os recursos próprios precisa ser muito bem avaliada, até antes de começar a estudar essa possibilidade. A capacidade de investimento, não só na construção de clínicas ou de hospitais, mas na aquisição de equipamentos, materiais e pessoal especializado é outro item relevante. Como alternativa, temos visto no mercado algumas experiências da chamada *verticalização virtual*. É quando uma operadora praticamente loca um setor do hospital e ela passa a administrá-lo, como se fosse a gestora principal daquele segmento. Tivemos uma experiência iniciada por uma das afiliadas da Unidas, mas ainda não temos dados para concluir se obteve sucesso ou não, pois até para avaliar se é uma possibilidade de redução de custos – e é disto que estamos falando – precisamos ter muita cautela. Muitas vezes o mercado da Saúde suplementar guia-se por modismos e ficamos achando que a verticalização é a solução para todos os problemas, principalmente quando encontramos alguma dificuldade na oferta do serviço ou na negociação com a rede de prestadores. Mas isto não é uma verdade absoluta, líquida e certa. Também precisamos ter como foco relevante a questão da gestão. Para nós, que somos de operadoras, falar em gestão de um hospital, de uma clínica ou de um laboratório é uma coisa bem diferente. É uma atividade que carece de administração profissionalizada, de *expertise* que nós, gestores de operadoras não possuímos. Então, pensar em montar um serviço próprio e utilizar os talentos da casa é algo para se pensar com cautela, com muito cuidado. E, finalmente, a situação de mercado. A verticalização já se mostrou que é uma boa alternativa, se aplicada com muito cuidado, com muita base, com muito profissionalismo. Contratamos recentemente uma consultoria e ela nos alertou que como Unidas, no papel de uma entidade que reúne uma série de filiadas, pode ser uma alternativa viável, desde que antecedida de uma

EXPECTATIVAS

- Aumento do poder de negociação em função de menor dependência do mercado.
- Incorporação “controlada” de novas tecnologias.
- Redução de incertezas relacionadas à evolução futura dos custos médicos, possibilitando um horizonte de planejamento de longo prazo.

Quadro 4 - Verticalização

série de cuidados, os quais estão sendo estudados com bastante atenção.

Ainda no tocante às expectativas (quadro 4), espera-se o aumento do poder de negociação em função da menor dependência do mercado. Podemos ter uma incorporação controlada de novas tecnologias. Isso tem sido bastante debatido e combatido, não a nova tecnologia que traz benefícios ao paciente, mas a incorporação acrítica; aquela que não agrega valor ao tratamento do paciente e só gera custos. Aliás, há alguns casos que até geram um risco maior ao invés de agregar qualquer valor. Um fator forte nessa discussão é a redução de incertezas relacionadas a evolução futura dos custos médicos. Os custos têm aumentado, e para as carteiras envelhecidas aumentam mais ainda e o fato de se ter algum controle sobre alguns custos poderia significar realmente um avanço ou até, para algumas operadoras, a sua própria sobrevivência.

Tema 2: Auditoria

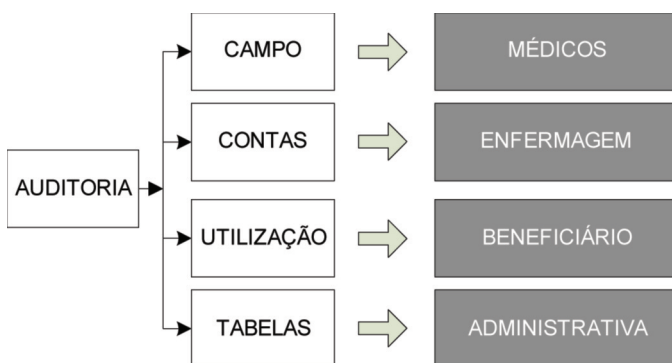


Figura 2 - Auditoria

A auditoria, como ferramenta para controle dos custos apresentou uma grande evolução (figura 2).

Quando falamos em auditoria, no passado, estaríamos nos referindo somente às auditorias de campo. Hoje, além de auditoria de campo, que são realizadas normalmente nos hospitais ou clínicas, por médico, verificando os prontuários médicos dos atendimentos, temos a auditoria de enfermagem, que tem aumentado muito na análise de contas. O médico é muito atento na questão da pertinência do procedimento, se o tratamento está adequado ou não. A enfermeira olha as quantidades utilizadas e isso tem apresentado um retorno bastante interessante.

Temos a auditoria de utilização realizada pelo beneficiário através de extratos. Algumas operadoras encaminham, após a utilização dos serviços médicos e hospitalares, um demonstrativo para que o próprio

beneficiário valide se os atendimentos foram realmente efetuados, isso nada mais é do que uma auditoria da própria utilização.

E, finalmente, a auditoria administrativa, que confere se as cobranças estão de acordo com as tabelas previamente negociadas. Alguns sistemas verificam inclusive a pertinência do procedimento realizado, tais como: parto para homem ou repetição de amputação de um mesmo membro. Se esta incompatibilidade for verificada, o próprio sistema administrativo breca, acende a luzinha vermelha e traz um alerta.

A auditoria moderna (quadro 5), além do controle de custos, visa garantir a qualidade da assistência médica. Quando você tem um

AUDITORIA

A atividade de auditoria em saúde visa:

- Garantir a qualidade da assistência médica;
- Respeito as normas técnicas, éticas e administrativas;
- Garantia da qualidade do atendimento ao paciente;
- Combater o desperdício;
- Custo adequado.

Quadro 5 - Auditoria Moderna

auditor que vai a campo, que vai a um hospital, ele também está atuando para verificar se o serviço está sendo prestado dentro do padrão de qualidade estabelecido pela operadora. Este é um processo em evolução e de profissionalização, haja vista o curso da FGV que foi muito bem avaliado. Por que isso? Estamos profissionalizando. A idéia de ir a campo somente para olhar se aquele paciente internado era mesmo o que deveria ser já está ultrapassada, isto realmente está evoluindo, está sendo aprimorado, por isso que estamos falando de qualidade, no respeito às normas técnicas, éticas e administrativas e no combate ao desperdício, um dos maiores males que nós temos na Saúde suplementar. Estamos falando do desperdício não só dos recursos utilizados de material, medicamentos e insumos, mas até da forma como acontece a prestação do serviço. Por exemplo, mesmo necessário internar de véspera? Não depende da preparação para o procedimento a ser realizado? Então, a operadora precisa olhar com atenção, muita atenção, se não está ocorrendo internações prévias desnecessárias, apenas para garantir o horário agendado no centro cirúrgico.

Por outro lado, os auditores devem atuar de maneira imparcial e com muita ética. Se no momento da auditoria perceber que não houve o lançamento ou a cobrança de procedimentos efetivamente realizados ou de materiais/medicamentos efetivamente utilizados, deve alertar o prestador. Nesse particular, não há meio certo!

A tabela 4 mostra um exemplo de um lançamento incorreto em uma conta hospitalar, que embora seja perceptível pela incoerência na quantidade lançada, poderia ter sido paga se não fosse a atuação da auditoria.

A Auditoria é uma atividade que está evoluindo cada vez mais. O papel do auditor é garantir que todo o conjunto de normas e regras que regula a prestação dos serviços assistenciais seja observado com ética, clareza e transparência. É esta atitude que agrega valor na relação

Serviços					
Reabilitação - Internados					
91220013	Atendimento Fonoaudiológico - Paciente interno (Por	un	6,00	74,15	444,90
90330001	Respirador Bird Mark 7 para Exercício	un	2,00	16,12	32,24
			Total (2)		477,14
Semi Intensiva - C					
92800004	Chamadas locais	un	23,00	-	-
90390003	Jantar	un	2,00	13,10	26,20
90330001	Respirador Bird Mark 7 para Exercício	un	2,00	16,12	32,24
			Total (3)		58,44
Unidade de Terapia Intensiva - C					
90310017	Curativo de Catéter	un	2,00	28,82	57,64
90310009	Enteroclisma	un	1,00	28,82	28,82
90310010	Glico Ceto Labstix (Glicose/Urina ou Sangue)	un	9.050,00	7,84	70.952,00
90350014	Monitor de pressão arterial não invasiva (por dia)	un	5,00	109,99	549,95
90350015	Monitor Sat. O2 Oximetria de pulso (por dia)	un	5,00	109,99	549,95
90340001	Oxigênio (por hora)	un	30,00	36,46	1.093,80
			Total (6)		73.232,16
Valor apresentado					95.398,41
Glosa Médica					100,80
Glosa Enfermagem					73.034,95
Valor liberado					22.262,66

Tabela 4 - Auditoria: Lançamento Incorreto em conta hospitalar

entre a operadora e o seu prestador de serviço.

O conhecimento das leis e códigos que regem a assistência à Saúde e o compromisso com a atualização técnica/profissional são requisitos imprescindíveis aos auditores, que carecem estar atentos às mudanças, principalmente às incorporações de novas tecnologias e a prática da medicina baseada em evidência, para lastrear seu trabalho.

O domínio dos processos administrativos é fundamental. Atuação técnica e imparcial, objetividade, sigilo e discrição são diferenciais que podem representar o sucesso na profissão.

Requisitos do Auditor

Conhecimento técnico;
 Compromisso com a atualização profissional;
 Conhecimentos dos processos administrativos;
 Conhecimento das leis e códigos que regem a assistência à saúde;
 Atuação ética;
 Imparcialidade;
 Objetividade;
 Sigilo e descrição.

Quadro 6 - Requisitos do Auditor

Implantação do pagamento por desempenho

Ana Maria Malik

GVsaúde FGV-EAESP

NO FINAL DESTES 11º. Semestre de Debates GVsaúde, vamos falar sobre custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares. Convidamos duas organizações ditas de excelência. Uma delas, a *Omint*. A outra, o *Hospital Israelita Albert Einstein*.

Qual a visão dessas duas organizações a respeito desse assunto e o que está sendo feito no seu âmbito – e se nada está sendo feito, por que não. Como elas enxergam o horizonte de um assunto que no mundo é moda, se não na prática, pelo menos certamente no discurso.

Uma das questões mais importantes relativas ao assunto *desempenho* é que esse termo não tem o mesmo significado para todos os envolvidos na área da Saúde. No mínimo, desempenho é diferente para operadoras e para prestadores de serviços de Saúde. *Desempenho* é diferente para gestores de benefícios ou para as corretoras de planos de saúde. *Desempenho* tem significado diferente para o SUS, para a população, para os profissionais de Saúde; entre estes, é diferente para os médicos, para os enfermeiros. E quando se fala em serviços de Saúde, *desempenho* é diferente para quem presta assistência direta e para a área comercial.

É comum a pergunta sobre qual a função do departamento comercial. Comercializar, claro. Ou seja, ele vende alguma coisa. No entanto, algo ser vendido não significa necessariamente que os produtores acreditem precisar entregar. Realmente, *desempenho* tem diversas interpretações. Por exemplo, uma das ferramentas de gestão que se tornou um mito, um dogma – o BSC, *balanced scorecard* –, começou a ser discutida quanto a se pode ou não ser empregada na Saúde. Será que ela não pode ser empregada na Saúde porque, afinal de contas, no BSC é só uma medida da área de finanças? Há um artigo já clássico da área da Saúde, quando o BSC foi implantado no Hospital Escola da Yale, escrito por um autor chamado Meliones, chamado *No mission, no margin*. Mas isto não quer dizer que a única dimensão do BSC seja a financeira. Cabe considerar que desempenho pode significar muitas coisas e a remuneração por desempenho, portanto, vai ter que contemplar uma série de variáveis.

Uma empresa voltada para a comercialização de produtos da área da Saúde discutia remuneração por desempenho. Sua preocupação era a seguinte: eles tinham vendedores que tinham que vender materiais de consumo, no caso específico, fios cirúrgicos. Um

dos gerentes da área comercial desta empresa dizia “*ai eu mando o vendedor a campo, boto ele num hospital e ele tem que convencer o médico cirurgião que aquele fio é quase a última Coca-Cola do deserto. Tá bom. Ele não consegue convencer todos disso, mas a fatia de mercado que nós temos naquele serviço continua a mesma, porque o cara não quer mudar o fio, mas ele continua comprando o nosso fio, versão anterior. Então, o que eu faço, eu não remunerero o cara por vendas porque eu queria que ele tivesse vendido o outro? Mas ele vendeu o nosso produto. Então, o que eu faço?*” Quer dizer, essa discussão de como encarar o desempenho tem contornos distintos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, em função dos DRGs – *Diagnosis Related Groups*, ou em português Grupos de Diagnósticos Homogêneos –, verifica-se que existe toda uma metodologia para fazer a estandarização de que estamos falando: por faixa etária, por complexidade, por gravidade, enfim. Ou seja, uma pneumonia em um recém-nascido é diferente de uma em adulto ou, ainda, em idoso. Aqui, nossos modelos de remuneração não contemplam essas diferenças. Aqui uma pneumonia é uma pneumonia, uma cirurgia é uma cirurgia, então fica difícil diferenciar. Hoje em dia, assistência domiciliar trabalha com gestão de caso, gestão de doenças. Há quem se pergunte por que as operadoras de Saúde demoram tanto a assumir que a assistência domiciliar é uma coisa importante.

Começamos pela apresentação de Caio Seixas Soares, que fez a Residência Médica em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, programa que reputamos como de grande qualidade na formação, que existe no âmbito do Prohasa. O GVsaúde tem uma série de outros cursos, mas realmente a Residência Médica e o Aprimoramento Profissional são dois programas que têm permitido trazer alguns ex-alunos com muita alegria para participar dos nossos debates.

Um dos desafios a enfrentar é a questão da qualidade e custos. Esse é um dos assuntos do qual mais se fala desde que começou essa moda da qualidade na Saúde. Desde a crise de 2008, isso piorou. Um dos grandes economistas da Saúde que

trabalha com qualidade, John Ovretveit, afirma que, na verdade, é necessário apresentar, hoje em dia, depois da crise, um *business case* para justificar para os gestores investimento nessa área. O que significa, em última instância, que não basta ter boas intenções.

Uma vez eu estava num evento nos Estados Unidos, desses de qualidade na Saúde, em que se afirmava a necessidade de se remunerar pela melhor qualidade e aí alguém propôs que, em vez de remunerar quem fazia melhor, podia-se descontar de quem fazia pior. Se isto de fato acontecesse, haveria serviços que pagariam para trabalhar. Acho que isso seria inviável em qualquer país do mundo, mas enfim as pessoas continuam falando nisso. Só fico imaginando se seria ou não possível conseguir esse tipo de retorno.

Quanto ao tema do debate, ainda é atual uma discussão que remonta aos anos 1980. Afinal de contas, o médico é cliente? O médico é parceiro? O médico é trabalhador? O médico é um elemento produtivo? Esta discussão é dificilmente solucionável. Dificilmente existe uma resposta única porque, assim como ocorre com o desempenho, o papel do médico neste assunto é complicado. Este assunto será debatido por um diretor médico de hospital

Outro assunto a considerar é a previsibilidade. Quando falamos sobre qualidade, isto desde Deming, quer dizer desde 1950, discute-se a variabilidade desnecessária e, portanto, o assunto era previsibilidade. Os protocolos têm a ver com saber o que deve ser feito e realizá-lo. Ou seja, os processos não podem ser surpreendentes. Os resultados, sim, a rigor, mas não os processos.

É importante ter a certeza de que quando eles estão medindo, estejam medindo a mesma coisa, quer dizer, eles estão discutindo, onde está o segredo? As experiências que se conhece, que sobrevivem, são aquelas nas quais houve medida e se houve medida, houve critérios. Se são ou não comparáveis, é outra história, mas pelo menos há medidas.

E aí estamos discutindo mais uma vez o médico solitário, o médico que pede, o assunto do mito urbano da equipe multiprofissional. Porém em geral privilegia-se o médico, discutindo-o, defendendo sua remuneração. Foi feita no GVsaude uma pesquisa no ano passado: não é que o médico tenha dois ou três empregos, existe uma porcentagem não desprezível de profissionais portadores de CRM que tem até oito empregos. Eu entrevistei uma pessoa que tinha oito empregos e eu falei: *agora você vai ter que explicar, porque eu sempre tive muita curiosidade em saber como alguém consegue ter oito empregos*. E ele me explicou. Tudo começava às 4h30 da manhã, quando ele levantava, às 5h00, chegava ao hospital para evoluir os pacientes. Quer dizer, ele chega a um hospital às 5h00 da manhã, acorda o paciente, porque ele já está lá o dia inteiro, ele pode dormir à vontade.. E o médico sai correndo pra outro lugar. Há quem diga que o médico tem que ter vários empregos, mas ninguém tem que ter oito. Porque considerar esta possibilidade significa discutir quanto combustível e quanto tempo por dia se consome para ter oito empregos. Provavelmente há oito empregadores ou oito lugares nos quais ele trabalha que têm a errônea impressão de que contam com um médico. Ele engana diversos pacientes. Ele engana outros profissionais. Ele se engana, achando que ele faz alguma coisa de útil pra população como um todo.

Por outro lado há uma pesquisa feita no Gvsaude, como centro colaborador da ANS em que os médicos declaravam se sentir prejudicados porque o hospital negociava alguma boa condição de remuneração com a operadora e nada disso chegava para o médico.

Quando se fala em cadeia de valor, há que se tomar um pouco de cuidado com o otimismo exagerado porque, em tese, na cadeia de valor todo mundo quer a mesma coisa, o que não é real. Existe o discurso politicamente correto de que tudo é feito para o paciente, pelo paciente, em nome do paciente, mas talvez não seja assim. Um dia as pessoas do setor terão a coragem de dizer que talvez o foco de todos não seja o paciente, o cidadão. Isso vale para setor público, para setor privado, para o SUS enquanto financiador, para as operadoras, para as empresas, enfim. Cada um pensa um pouco em qual é a sua parte nesse universo. Falta ainda levantar uma questão, que se refere a comunicação e informação, fundamentais em qualquer organização e que costumam ser mal feitas.

▪ Custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares

Pagamento por desempenho

Caio Seixas Soares

Diretor Médico da OMINT

A OMINT FOI FUNDADA em 1967, como uma empresa familiar com atuação no Brasil e na Argentina. Desde 1980 atua no Brasil.

A Omint acredita nos planos individuais porque tem uma atuação diferente das empresas tradicionais, seu foco de atuação são as classes sociais A e B e 95 % das pessoas que têm Omint estão em São Paulo e no Rio de Janeiro, sendo 90% em São Paulo e 5% no Rio de Janeiro, com mais 5% espalhados pelo restante do País. Conta hoje com 35% de planos familiares. E ainda é uma das poucas que vende produtos individuais.

O que é *performance*? No dicionário Aurélio: é o ato ou efeito de desempenhar. É sinônimo de *desempenho*. É cumprir aquilo a que se estava obrigado: exercer, executar, representar, interpretar.

Em resumo, para *performance* deve-se definir o que será avaliado e, caso se consiga atingir o resultado, ponto positivo!

É importante avaliar o desempenho e tem que ser um tripé: uma ação claramente definida – medida por indicadores –; tem de ter compartilhamento de risco; e também compartilhamento dos resultados. Ou seja, não adianta combinar um jogo, atingir os resultados e todos os frutos desse projeto irem só para uma das partes.

Basicamente, a *performance* que vem sendo discutida é um modelo para prestadores, sejam eles os médicos, os hospitais, os laboratórios, as empresas de *home care*, O *fee-for-service*, que é: eu faço uma consulta e ganho dez, faço dez consultas e ganho 100, mas a qualidade não entra no jogo. *Capitation*: sou responsável por um determinado grupo de pessoas e você é remunerado pra tratar aquelas pessoas. Se sobrar recursos, é seu; se faltar dinheiro, vá procurar o responsável. Nos *pacotes* determina-se o preço de um procedimento e o prestador executa. Há o mesmo

problema do *capitation*, se sobrar dinheiro muito bom, se faltar dinheiro, vamos discutir. Mas a qualidade aqui ainda não entrou na avaliação. O *fee-for-performance*, que tenta colocar em prática um modelo mais elaborado, onde a qualidade entra, a opinião do usuário entra. Ou seja, a *performance*.

Como funcionaria isso? Trata-se de um modelo que queremos discutir com parceiros. Ser, por exemplo, *performance* por tipo de doença. Uma pessoa com gripe deve ser avaliada ao longo do todo o tempo de tratamento, não pontualmente no momento em que ela procura o pronto-socorro, ou que procura o consultório do médico, mas ao longo da vida, quanto tempo, quanto recurso ele vai usar, quanto vai custar e qual é a satisfação desse paciente no final deste tratamento. Um muito complexo, que exige uma avaliação de muito longo prazo e associado a isso, um modelo de *plano carreira* dentro da organização para os prestadores. Por exemplo, um médico que trata a gripe, se ele e tratar adequadamente das pessoas, usar os recursos de forma adequada, vai sobrar mais dinheiro e recursos no final do período. E esse dinheiro terá que ser compartilhado com ele, e será melhor remunerado. É um modelo ainda teórico, tentando ir para a prática,

e que pode ser uma grande evolução conceitual.

Mas quais são os desafios de que falávamos? O alinhamento das expectativas, que tem a ver com a definição dos objetivos. Se ganharmos mais, precisamos dividir isso, se perdermos, dividimos isso conjuntamente. E o envolvimento entre os prestadores, fontes pagadoras, o usuário e o médico é fundamental!

Queria agora trazer um exemplo prático de uma ação baseada em remuneração por desempenho. Temos dois grandes prestadores na área de laboratórios e a de utilização é concentrada nesses dois grandes prestadores. Seleccionamos duas doenças relativamente bem estudadas e o exemplo que eu trouxe aqui é do Diabetes Mellitus. A outra doença do projeto foi o distúrbio tireoidiano.

Este projeto começou com uma conversa informal com o prestador. Apesar do volume de faturamento deles crescer ano a ano muito mais do que era esperado, nos procuraram dizendo que havia um desperdício: as pessoas estão fazendo coisas a mais do que deveriam fazer, segundo os protocolos das sociedades médicas indicavam. Um trabalho foi feito de avaliação de utilização pra identificar pacientes crônicos. Fizemos um estudo com seis mil pessoas e, dessas seis, 23% foram consideradas doentes crônicos. No *assessment* para eliminar os falso-positivos, apenas 10% do número inicial se confirmou! Ou seja, *over care*, as pessoas estavam sendo *hiper-tratadas*.

Voltando ao projeto, entendemos conjuntamente que este modelo não se sustentará por muito tempo e hoje somos o segundo maior faturamento junto ao prestador em questão. E não possuímos banco, não temos nenhuma instituição financeira por trás que nos possa sustentar. Então, a preocupação com a sustentabilidade da Omint em manter-se como fonte compradora de serviços se manifestou nesse prestador.

O estudo: quem era diabético tinha que fazer um exame de glicemia e se ela desse maior do que 126 ou com uma hemoglobina glicosilada maior que seis, o diagnóstico está feito, ele é diabético. Se ficasse entre 100 e 126, ele está disglicêmico. E se ele tiver o indicador abaixo de 100, ou seis, ele é considerado normal. Esse é o protocolo da SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes, cuja recomendação é: uma hemoglobina glicosilada no máximo quatro vezes por ano, no mínimo duas, LDL-colesterol uma ou duas vezes por ano, creatinina uma vez por ano, microalbuminúria uma vez por ano e glicemia duas a quatro vezes por ano.

Em 3 265 casos, as pessoas que tiveram o diagnóstico de diabetes tinham feito mais do que quatro vezes ao ano a hemoglobina glicosilada, ou menos de duas vezes ao ano, como é o protocolo. Então eles fizeram exames a menos e também exames a mais. As pessoas que estão na faixa intermediária tiveram um diagnóstico indefinido, mas tiveram uma *hiper-utilização* de 1 900 exames. E as pessoas que eram consideradas normais tiveram 3 209 exames adicionais.

Ou seja, o resultado líquido disso é que, nesse período de acompanhamento para 3 200 associados, tivemos 2 237 exames desnecessários. Na hemoglobina glicosilada também, com 12% das pessoas acima, 49% fazem abaixo do que se recomenda. Microalbuminúria: o resultado é espantoso, 86% das pessoas não fazem na quantidade que a Sociedade Brasileira recomenda. É uma vez por ano. As pessoas simplesmente não pedem esse tipo de exame e é um exame importante pra fazer a avaliação da função renal, que é importante pois ela pode levar, pensando no custo, a um transplante

renal, que é um evento que demanda bastante dinheiro. E 10% das pessoas que têm a doença diagnosticada fazem dentro do padrão.

Na curva de utilização da glicemia de jejum, 45% das pessoas que tinham efetivamente o diagnóstico de diabetes, 45% fizeram uma quantidade de exames de glicemia de jejum abaixo do que é recomendado pela Sociedade Brasileira; 33 fizeram acima do indicado e 22% dos diabéticos estão dentro do que está recomendado. O padrão de médicos de que estamos falando, que recomendam ou que pedem exames pra esse tipo de população são médicos muito bem formados e qualificados, com conhecimento profundo do assunto.

O que fazer? Propusemos o seguinte: chamamos os 70 médicos que eram responsáveis por 80% desses pedidos e combinamos com eles que não pedissem mais pelos exames, mas pela avaliação do diabetes. O laboratório vai realizar os exames que forem necessários - e somente os necessários - para a avaliação do paciente de acordo com a SBD e vai devolver o paciente para o médico, com o diagnóstico feito. Isso evita uma ida e vinda ao laboratório e evita o desconforto do paciente chegar ao seu consultório, você pedir mais um exame, ele volta. Você pede mais um, ele vai lá, tira três vezes, quatro vezes o sangue. Pareceu-nos inteligente usar este método.

Em seis meses de acompanhamento, a satisfação dos associados que se utilizaram desse sistema foi de quase 100%. Os médicos ficaram muito felizes porque eles tinham como fazer o diagnóstico muito mais rápido. Na visão deles, que têm um dia-a-dia corrido, o paciente voltar ao consultório para ele refazer o pedido, ou para pedir um exame que ele não tinha pedido, era uma perda de tempo, tanto para ele e como para o paciente. Assim, passamos a agregar valor à relação médico paciente.

Mas esse projeto, infelizmente, morreu. E por quê?

Temos 95 mil vidas ou associados, que chamamos de *sócios*. E, por exemplo, outras operadoras tem 5 milhões, 4 milhões. O médico atende um número de pessoas muito maior dessas outras operadoras do que da Omint e no dia-a-dia ele não conseguia pedir avaliação da tireóide. Ele pedia igual pra todo mundo. Ele queria que a conversássemos com as outras operadoras e propuséssemos um projeto conjunto. O relacionamento destas outras com os laboratórios em questão não é o mesmo que existe conosco; o grau de confiança tem que ser forte e mútuo, porque tenho que acreditar que ele vai fazer as coisas certas e ele tem que acreditar que vou pagar por isso. Então é um modelo que exige uma confiança e uma reciprocidade muito grande. Por isso, esse projeto é um finado, já não funciona mais. Mas é uma ideia que agregou um valor e é um possível caminho.

Em seis meses gerou uma economia de aproximadamente 25% do que gastávamos com esse tipo de doença.

Os desafios que coloco para o debate são:

1. Como é que podemos implantar qualidade, olhando também para o custo? Porque parece ser o mesmo cobertor, que você puxa pra qualidade e vai faltar dinheiro, se você corta o orçamento, vai faltar qualidade. Talvez alguns caminhos existam pra essa equação fechar; e

2. Pagamento por performance. Se não houver alinhamento dos objetivos, do risco e do resultado, os projetos vão morrer. Objetivo, risco e resultado têm que ser compartilhados. Sem esquecer que o foco está no paciente.

É um desafio, que não é fácil, mas o diálogo constante num evento como este é essencial e muito saudável. Daqui podem surgir alternativas.



NÚCLEO DIRETIVO

Ana Maria Malik - Coordenadora
Álvaro Escrivão Junior - Coordenador Adjunto

COMITÊ ACESSOR

Denise Schout
Djair Picchiali
Luciano Eduardo Maluf Patah
Lucila Pedroso da Cruz
Luiz Tadeu Arraes Lopes
Márcio Vinícius Balzan
Vanessa Sayuri Chaer Kishima
Wilson Rezende Silva

SECRETARIA EXECUTIVA

Cinthia Ferreira Costa
Isabella Fumeiro
Leila Dall'Acqua

Debates GV Saúde

Editor Executivo: Rubens Baptista Júnior
Coordenadora de Arte: Libânia Rangel de Alvarenga Paes

Debates GV Saúde – Número 11 – junho de 2011 – é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP
▪ endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º. Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo-SP – telefone: 11 3799-7717 – e-mail: gvsaude@fgv.br – endereço eletrônico: www.fgv.br/gvsaude ▪ redação: Rua Professor Picarolo, 163 – Cj: 74-E – CEP: 01332-020 – São Paulo-SP ▪ jornalista responsável: Rubens Baptista Júnior – MTB: 14 880 ▪ preparação de textos: *Bureau Cultural* – e-mail: imprensa@rubens.med.br
▪ arte e produção gráfica: *Woz Comunicação* – e-mail: comunicacao@woz.com.br ▪ A revista reproduz as apresentações dos debatedores do 11º. Semestre de *Debates GVsaúde*, realizado na FGV-EAESP, entre agosto e novembro de 2010 ▪ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista ▪ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor ▪ Distribuição em circuito interno.

11º Semestre de Debates GVsaúde

Custos no Mercado da Saúde Suplementar

23/08/2010 - O impacto do novo rol de procedimentos da ANS nos custos das operadoras de planos de saúde

Debatedores

Maurício Ceschin – ANS

Mohamad AKI – Central Nacional Unimed

Moderador

Márcio Vinicius Balzan – FGV-EAESP/GVsaúde

28/09/2010 – O incremento nos custos dos planos de saúde e do valor do benefício saúde oferecido pelas empresas

Debatedores

Michel Daud Filho – Vivo

João Pedro Marques – Karsten

Moderador

Luiz Tadeu Arraes Lopes – FGV-EAESP/GVsaúde

26/10/2010 – Estratégias para redução de Custos dos Planos de Saúde: verticalização e auditoria

Debatedores

José Roberto Varejão Guersola – Rede Labs D'Or

Iolanda Ramos – UNIDAS

Moderador

Álvaro Escrivão Junior – FGV-EAESP/GVsaúde

25/11/2010 – Custos e benefícios da implantação do pagamento por desempenho aos serviços hospitalares

Debatedores

Miguel Cendoroglo Neto – Hospital Israelita Albert Einstein

Caio Seixas Soares – OMINT

Moderadora

Ana Maria Malik – FGV-EAESP/GVsaúde



Centro de Estudos em Planejamento
e Gestão de Saúde da EAESP