



Universidade de Brasília
Departamento de Economia

UnB – Universidade de Brasília
FACE – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Mestrado Profissional em Economia e Gestão Pública

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS HOSPITALARES SOB O PONTO DE VISTA DA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Carlos André Lynch Nuno da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Magda de Lima Lucio

Brasília
2016

UnB – Universidade de Brasília
FACE – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Mestrado Profissional em Economia e Gestão Pública

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS HOSPITALARES SOB O PONTO DE VISTA DA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Carlos André Lynch Nuno da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Magda de Lima Lucio

Dissertação apresentada à FACE – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Mestre pelo curso de Pós-Graduação Stricto Sensu Profissional de Economia e Gestão Pública.

Brasília

2016

Dedico este trabalho a minha família, ao Felipe Schimmelpfeng e a todos os meus amigos de caminhada no Mestrado. Sobretudo à Eliza, que fez com o que o tempo passasse de uma forma muito divertida.

“Você não pode mudar o vento, mas pode ajustar as velas do barco para chegar onde quer.”

Confúcio

RESUMO

SILVA, Carlos André Lynch Nuno da. *Uma Análise dos Gastos Hospitalares sob o Ponto de Vista da Saúde Suplementar*. 2016. 94 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília.

A expectativa de vida mundial no início do século XX até o XXI mudou de 42 anos para 72 anos, alterando drasticamente o perfil dos pacientes e suas necessidades. Novas enfermidades decorrentes dessa nova longevidade e os avanços na farmacologia, além de revolucionárias tecnologias em saúde, tornaram o financiamento da saúde da população brasileira um enorme desafio. Isso passou a exigir uma capacidade de gerir as organizações do setor de uma forma mais técnica e consistente. Passou também a exigir uma determinação de estratégias e posturas que visem contribuir com este novo e complexo processo. Também a exigir uma multiplicidade de novos profissionais de diversas áreas como administrativa, financeira, jurídica, dentre outras.

O mercado de saúde no Brasil, sobretudo a partir dos anos 90, mudou. Globalização, tecnologia de ponta, a forte regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a crescente judicialização do setor saúde, a tecnologia da informação e outros fatores levaram a isso.

O modelo de pagamento de serviços médico-hospitalares adotado no Brasil foi o *Fee For Service* (Pagamento por Procedimento). O modelo consiste em remunerar os serviços de saúde de acordo com os eventos realizados, um a um. Por exemplo, a remuneração para um cidadão que machucou a perna resulta no pagamento de honorários ao médico que o atendeu em um serviço de pronto socorro. Se foi necessário gaze e álcool para limpar a perna remunera-se isso. Se precisar de um analgésico, cobra-se o remédio ou remédios utilizados. Se engessar a perna, cobrar-se-á gesso, esparadrapo e o salto da bota, e quanto mais insumos forem utilizados no evento, maior a remuneração. Diferente seria se o atendimento a uma pessoa com a perna machucada custasse X Reais para ser resolvido. Imaginemos o que aconteceria, de forma similar, se o pagamento

aos bombeiros se desse por cada incêndio apagado. Não seria raro vê-los provocando incêndios por melhores remunerações.

Assim sendo, e é o caso da saúde privada no Brasil, atendimentos hospitalares costumam ser bem mais onerosos às fontes pagadoras do que atendimentos em consultórios ou clínicas.

A observação é de que isso encerra enormes desperdícios com gastos hospitalares desnecessários como forma de melhorar a remuneração do setor, sem necessariamente levar em consideração a resolutividade do atendimento, sem analisar a performance do serviço e desestimulando gastos com promoção e prevenção de saúde.

Palavras-chave: sistema suplementar, pagamento por procedimento, judicialização, gastos, desperdício.

ABSTRACT

SILVA, Carlos André Lynch Nuno da. *An Analysis of Hospital Expenditures under the Viewpoint of Health Insurance*. 2016. 94 p. Faculty of Economics, Management and Accounting from the University of Brasília.

Life expectancy in the early twentieth century to the twenty-first changed from 42 years to 72 years, dramatically changing the profile of the patients and their needs. New diseases resulting from this new longevity and advances in pharmacology, and revolutionary health technology, made the financing of the health of the Brazilian population a huge challenge. This has required an ability to manage organizations in a more technical and consistently sector. It also started to require a determination of strategies and attitudes that aim to contribute to this new and complex process. Also require a multiplicity of new professionals from various fields such as administrative, financial, legal, among others.

The healthcare market in Brazil, especially since the 90s has changed. Globalization, technology, strong regulation of the National Health Agency (ANS), the increasing legalization of the health sector, information technology and other factors have led to this.

The payment model of medical services adopted in Brazil was the Fee for Service (Pay Per Procedure). The model consists of remunerating health services according to the events held, one by one. For example, the compensation to a citizen who injured his leg results in the payment of fees to the doctor who attended on a first aid service. If it was necessary gauze and alcohol to clean the leg-pays that. If you need a painkiller, snake is the remedy or remedies used. If plastering leg, charge shall be plaster, adhesive tape and the boot heel, and the more inputs are used in the event, the greater the compensation. Different would be the care of a person with the injured leg would cost X Reais to be resolved. Imagine what would happen in a similar way, if payment to firefighters that for every fire extinguished. It would be not rare to see them causing fires for better remuneration.

Therefore, and in the case of private health care in Brazil, hospital visits are usually much more expensive to payers than attendance in offices or clinics.

The observation is that it contains huge waste on unnecessary hospital expenses in order to improve the sector's pay without necessarily taking into account the resoluteness of care, without analyzing the performance of the service and discouraging spending on promotion and prevention of health.

Keywords: supplementary system, payment per procedure, legalization, spending, waste.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 OS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE	21
1.1 SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL	21
1.2 O TAMANHO DO SISTEMA	23
1.3 O SISTEMA PÚBLICO	24
1.4 A INTERFACE ENTRE O SISTEMA PRIVADO E O PÚBLICO	24
1.5 O SISTEMA PARTICULAR	25
1.6 O MODELO É “HOSPITALOCÊNTRICO” E O MERCADO INSATISFEITO	25
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	28
2.1 O INÍCIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	28
2.2 O TAMANHO DO SUS	29
2.3 OS CONCEITOS BALIZADORES DO SUS	32
2.4 OS OBJETIVOS DO SUS	34
2.5 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS	36
3 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS	39
3.1 DIRETORIA COLEGIADA	40
3.2 REGULAÇÃO NO SISTEMA	41
3.3 CRÍTICAS AO MODELO REGULATÓRIO	43
4 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO	44
4.1 OS NÚMEROS DO MERCADO	47
4.2 TIPOS DE OPERADORAS PRIVADAS DE SAÚDE	49
4.3 INFLAÇÃO GERAL X INFLAÇÃO MÉDICA	54
4.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	56
4.5 OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR	58
5 MODELOS DE PAGAMENTO E O FRACASSO DO FEE FOR SERVICE	61
5.1 O MODELO DE PAGAMENTOS NO BRASIL	62

5.2 MODELOS DE PAGAMENTO	64
5.3 A BUSCA POR UM NOVO MODELO	68
5.4 A OPERAÇÃO MISTER HYDE	70
5.5 O FRACASSO DO FEE FOR SERVICE	72
6 UMA ANÁLISE DOS GASTOS HOSPITALARES SOB O PONTO DE VISTA DA SAÚDE SUPLEMENTAR	76
6.1 O MODELO DE SAÚDE ESPERADO PELA SOCIEDADE	77
6.2 A VISÃO DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	80
6.3 AS CONSEQUÊNCIAS DA ALTA NOS CUSTOS DA ASSISTÊNCIA	81
6.4 NOVOS RUMOS PARA VELHOS PROBLEMAS	84
7 CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	90

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Os Principais problemas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Quadro II – Dados do SUS referente ao ano de 2014;

Quadro III – Número de Beneficiários em Planos de Assistência Médica;

Quadro IV - Número de Beneficiários em Planos Exclusivamente Odontológicos;

Quadro V – Cadeia de Saúde do Sistema de Saúde Suplementar Brasileira;

Quadro VI – Taxa de Utilização de equipamentos de ressonância magnética no Brasil e países selecionados;

Quadro VII – 2010 - Gastos Públicos *per capita* com Saúde nos Países da OCDE em 2010;

Quadro VIII - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação;

Quadro IX - Tipos de Contratação de Planos de Saúde (em milhões) e Evolução da Inflação Médica e dos ajustes permitidos pela ANS;

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Saldo de empregos formais e variação do total de beneficiários de planos coletivos;

Gráfico II – Inflação Médica no Mundo;

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
AGU – Advocacia Geral da União
ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAMSS – Câmara de Saúde Suplementar
CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNS - Confederação Nacional de Saúde
CMB - Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DICOL – Diretoria Colegiada da ANS
DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS
DIFIS – Diretoria de Fiscalização da ANS
DIGES – Diretoria de Gestão da ANS
DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS
DIPRO – Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS
DRG - *Diagnosis Related Groups*
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FENASAÚDE - Federação Nacional de Seguradoras
IAIS – International Association of Insurance Supervisors
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IESS – Instituto de Estudos em Saúde Suplementar
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

PGF – Procuradoria Geral Federal

PIB – Produto Interno Bruto

SES - Serviços Especializados de Saúde

SBS - Serviços Básicos de Saúde

SNCD – Sistema Nacional de defesa do Consumidor

SUS – Sistema Único de Saúde

TAO – Termo de Assunção de Obrigações

UNIDAS – União das Instituições de Autogestão em Saúde

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende discutir as características do mercado de saúde suplementar no Brasil, sob o olhar do custeio das despesas, os gastos e desperdícios do setor, características como a judicialização, a Operação Mister Hyde no Distrito Federal e outras mazelas do modelo de remuneração de serviços médico-hospitalares. Também conceituará o papel e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – e demonstrará a interface com o Sistema Público de Saúde, o SUS, que possui características semelhantes no que tange a forma de custeio e de formatação de seus ingredientes (diárias, cobrança de materiais e medicamentos).

Os custos são exponencialmente crescentes para financiar a saúde das populações, tanto na saúde pública como na privada, com ênfase nos gastos com hospitalização em detrimento de gastos com saúde primária, promoção e prevenção de saúde. No Brasil os custos assistenciais do sistema suplementar de saúde crescem em média 16% desde 2010. A taxa de sinistralidade, que é a ocorrência de algum evento realizado no sistema, subiu no mesmo período de 80% para 84% (Bain & Company Inc., 2015).

No sistema de saúde brasileiro o centro do universo são os hospitais (Varella, Dráuzio, 2014). É a maior fonte de gastos do sistema, mas há pouca informação sobre gastos X desempenho. São serviços muito caros e que nem sempre contribuem para uma boa saúde da população. Esse desperdício ocorre porque o indivíduo que necessita de um atendimento acaba recebendo em um equipamento de alta complexidade (Ressonâncias Magnéticas, Cintilografias dentre outros), público ou privado, quando na verdade precisava de um atendimento médico simples.

Segundo CECHIN (2016), se fazem no Brasil entre 150 a 160 procedimentos de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada para cada mil pessoas, enquanto nos países ricos da OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, a média é de 60 exames para cada mil pessoas.

Levantamento realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostra que, no período de cinco anos, entre 2007 e 2012, os gastos de uma operadora

de plano de autogestão aumentaram 120,4%, enquanto a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) foi de 88,1% e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), 31,9% no mesmo intervalo de tempo.

Dados da OCDE (2006) já apontavam que 67% dos R\$ 196 bilhões gastos em saúde naquele ano foram para hospitais. Desse total, cerca de 30% foram gastos em internações que não requeriam cuidados hospitalares.

A oferta e a promoção da saúde hoje no Brasil estão dimensionadas de forma a atrair vários segmentos que construíram um universo de interesses em torno do mercado. Participando direta ou indiretamente do sistema, grupos financeiros gigantes, a indústria farmacêutica, indústrias de insumos, setores de desenvolvimento e infraestrutura da indústria tecnológica e serviços de exames, além de categorias profissionais, se apresentam como participantes na construção e operação de um modelo que custa muito caro ao país. Um relatório da Associação Nacional dos Hospitais Privados de 2014 mostrava que o custo da saúde no Brasil estava na casa dos R\$400 bilhões de Reais, ou cerca de 20% do PIB brasileiro à época (ANAHP, 2014).

Em suma, o setor de saúde é extremamente relevante na economia do Brasil e quando atores como médicos e profissionais da área deixam de ser os protagonistas para darem lugar a outros agentes, o modelo de promoção de saúde fica cada vez mais distante da realidade da nossa população.

Segundo Ceschin (2015, p.15): “Apesar da evolução da medicina, dos avanços no tratamento e no diagnóstico, não houve progressos significativos no modelo assistencial da saúde suplementar”.

Não há uma solução pronta para o sistema de saúde do Brasil, e também não há exemplos de fora que sejam referência, tornando a resolução do problema muito abrangente. Porém, é certo que o modelo de pagamento de serviços médico-hospitalares está falido e não apresenta resolutividade para o indivíduo, nem na esfera pública e muito menos na privada, alvo desse estudo.

Podemos, no entanto, na tentativa de localizar a falha principal do sistema, avaliar a construção de um modelo mais justo e menos oneroso, chamando a sociedade para discutir o modelo, definindo suas prioridades e convocando médicos e profissionais de saúde a retomarem seus papéis de protagonistas dentro de preceitos éticos e fundamentais para a assistência à saúde, o que pode ser alvo de um trabalho futuro.

No primeiro capítulo o estudo apresenta um panorama do sistema de saúde brasileiro, público, suplementar e particular, e suas interfaces. Faz uma síntese sobre o modelo imperativo hospitalar e aponta um mercado insatisfeito por natureza.

No segundo capítulo o objetivo é explicar o Sistema Único de Saúde (SUS), sua criação e formação, e mostrar as interfaces que ele tem com o mercado suplementar de saúde.

O terceiro capítulo aborda as responsabilidades da ANS como agência reguladora e as críticas ao marco regulatório da saúde brasileira.

Passando ao quarto capítulo, são dados os números do mercado de saúde suplementar brasileiro e os tipos de operadoras em atuação no país. Discorre sobre os problemas da inflação médica e da judicialização e apresenta os desafios que o segmento enfrenta com o atual modelo de remuneração de serviços.

O quinto capítulo traz o significado do Fee for Service e explica os modelos de pagamento de serviços de saúde mais discutidos. Cita a operação Mister Hyde da Polícia Civil e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e encerra com dados sobre a falência do sistema de Fee for Service.

O sexto e último capítulo fará uma análise dos altíssimos custos hospitalares, incentivado pelo modelo atual de pagamentos, fará uma discussão sobre os rumos que a sociedade deseja e precisa no setor saúde, e construirá uma perspectiva do que vem pela frente.

Levando em consideração a delimitação do tema, o trabalho versa sobre os imensos desperdícios verificados nos gastos e pagamentos efetuados pelas operadoras de saúde privadas no Brasil a partir da década de 1990, ressaltando os aspectos de custo X efetividade e os modelos de pagamentos adotados.

A justificativa é que este trabalho de pesquisa contribuirá para um melhor entendimento dos fatores que influenciam no aumento de custos assistenciais e das características do mercado de saúde suplementar brasileiro.

Do ponto de vista do pesquisador, profissional da área de saúde suplementar, o estudo oferece um campo de pesquisa focado no mercado de saúde suplementar e suas formas de pagamento e financiamento, ainda não muito explorados em termos de literatura. Abre novos caminhos para pesquisas de resultados em saúde, indicadores de custo X efetividade e fomenta a discussão de como financiar a saúde da população brasileira, claramente em crise.

Sucintamente, o trabalho pretenderá discutir a questão que se coloca: Como devemos usar racionalmente recursos escassos, num país com problemas de desenvolvimento econômico, mantendo a qualidade da assistência sem gastos expressivos com cura de doenças, porém, com foco na atenção primária, na prevenção de doenças e promoção de saúde?

O objetivo geral do estudo é discutir o aumento dos gastos hospitalares, na saúde suplementar brasileira, por ocasião do modelo de pagamentos dos serviços médico-hospitalares adotado no Brasil.

Os objetivos específicos visam conceituar o mercado de saúde brasileiro, os tipos de operadoras de saúde atuantes no sistema suplementar, explicar o papel da ANS, confrontar os interesses de fornecedores e vendedores de produto saúde e definir e destacar que maiores investimentos em saúde primária da população, em prevenção de doenças e promoção da saúde é o caminho mais efetivo de conter desperdícios com internações de alto custo, queda na qualidade de vida e também viabilizar o financiamento de saúde para as pessoas, que hoje vivem mais, estão mais bem informadas e que buscam na saúde suplementar uma alternativa à saúde pública.

Visa discutir que o modelo Fee for Service de conta aberta estabelece vantagens e desvantagens para o setor saúde como um todo.

É um modelo mais confortável para o hospital, pois cabe a cobrança de todos os insumos e equipamentos que possam ser utilizados, permite maior liberdade ao profissional médico para utilizar, prescrever e solicitar para o paciente tudo aquilo que ele entender como cabível, resultando em vantagens. E, de outro lado, desvantagens como não oferecer previsibilidade para a fonte pagadora dos custos finais com a internação, estimular o pagamento da doença e não da saúde, dado que quanto mais complexo for o procedimento e os itens envolvidos na cobrança, maior será a lucratividade do hospital, aumentar o desperdício pela ocorrência de fraudes e pagamentos de incentivos por parte das indústrias e fornecedores de insumos de saúde, como materiais e medicamentos dentre outros.

O método que será utilizado na abordagem deste estudo é o hipotético-dedutivo, onde a partir das hipóteses que são formuladas, a solução do problema é deduzida. Hipóteses são formulações antecipadas a ocorrências pertinentes a uma realidade futura. As hipóteses constituem-se em demarcações ao trabalho do pesquisador (SLONGO, 2000).

O trabalho apresentado se fundamentará na metodologia hipotético-dedutiva e seguirá as regras definidas no mercado e nas regras contidas na ABNT.

O tipo de pesquisa, do ponto de vista da sua natureza, é aplicada, dado que pretende gerar conhecimentos para a aplicação prática e é dirigido à solução de problemas do mercado de saúde suplementar brasileiro. Quanto aos fins, se definirá como uma pesquisa descritiva, pois irá conceituar o mercado de saúde suplementar brasileiro, a situação da saúde e o tipo de estratégia necessária para a eficácia da prestação da assistência à saúde de forma condizente com a capacidade de pagamento das operadoras e dos beneficiários de planos. Com apoio de análise documental baseada em textos produzidos mormente pelo IESS, IPEA e outras instituições de pesquisa em economia da saúde. Quanto aos meios, se classifica como bibliográfico, pois busca fundamentar os conceitos, e descortinar o assunto com

base em livros atuais sobre o tema, manuais e nas diretrizes e regulamentos, tanto das operadoras como da ANS.

Os dados referentes a este estudo serão coletados através de pesquisa bibliográfica. Os dados bibliográficos, coletados e apresentados neste estudo, serão tratados de forma qualitativa, com informações estatísticas e analíticas, sobretudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), no período de 2010 a 2016, dentre outros a serem citados neste trabalho.

1. OS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE

Podemos entender sistemas de saúde como construções sociais que tem por objetivo propiciar ao indivíduo fazer frente a riscos sociais como o adoecimento, a necessidade de assistência, sobretudo nos casos onde o mesmo não tem condição de prover. Ou seja, os sistemas de saúde têm a finalidade de garantir o acesso a bens e serviços de saúde disponíveis na sociedade para a cura das doenças, a manutenção da saúde ou a prevenção de moléstias.

1.1. Sistemas de Saúde no Brasil

Há três diferentes sistemas de saúde vigorando no Brasil. O sistema público, definido pelo SUS, o sistema suplementar, composto pelos planos de saúde e o sistema particular, em que o indivíduo financia seus próprios gastos.

O primeiro esboço de um sistema de saúde que se tem conhecimento remonta ao final do século XIX na Alemanha. Tratava-se de um modelo que visava proteger trabalhadores alemães, financiado parte pela contribuição do Estado e parte por um desconto compulsório sobre a folha de pagamentos desses trabalhadores. Era uma espécie de seguro dado que pela sua forma de financiamento só tinha direito quem pagava por isso. Não havia uma outra forma que concedesse acesso àqueles que não contribuía (AGUIAR, Flávio. Carta Maior, 2016).

No século XX esse tipo de seguro difundiu-se na forma de custeio particular, os sistemas privados de saúde, que mediante as características sociais e necessidades de financiamento destinavam-se a camadas mais restritas da população.

Ainda no século XX, sobretudo após a II Guerra Mundial, com as discussões sobre cidadania mais acaloradas, várias nações adotaram como garantia social o desenvolvimento e a consolidação de sistemas de saúde, a exemplo do inglês National Health System¹ (NHS), que serviu de inspiração para diversos outros países.

¹ **Serviço Nacional de Saúde (NHS)** é o serviço de saúde da Inglaterra que é corretamente chamado de Serviço Nacional de Saúde sem qualquer outra qualificação (Saúde Business, 2013).

O apogeu do capitalismo a partir da década de 50 gerou um excedente econômico que aliado à pressão ideológica que a Revolução Russa tinha instalado em 1917 motivou governos e capitalistas a cederem a organizações de trabalhadores e à população. O resultado destes movimentos econômicos e políticos resultou numa forma de organização do Estado mais voltada ao bem-estar social da população e a um início de sistema de saúde mais incluyente, e no Brasil não foi diferente.

A primeira ação do Estado brasileiro com relação a proteção social é a edição da Lei Eloi Chaves em 1923, que é a base da previdência social brasileira, que aliada a criação das Caixas de Pensão e Aposentadoria garantiam assistência médica àqueles que contribuíam, e que será alvo de mais reflexões em outro capítulo desse estudo.

Desde a década de 1940 foram implementadas as primeiras formas de assistência suplementar de saúde, inicialmente voltada a uma camada de funcionários de empresas estatais. Um exemplo é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil² (CASSI) criada em 1944, a primeira Autogestão do Brasil, que tinha por finalidade custear gastos com saúde dos funcionários do Banco do Brasil e seus dependentes, e mais tarde também a seus aposentados e pensionistas. Na década de 50, uma empresa de medicina de grupo surge para prestar serviços à Volkswagen que havia inaugurado sua fábrica em São Bernardo do Campo.

A partir desse ponto uma profusão de operadoras de planos de saúde surgiram, ainda que num mercado não regulamentado, dado que a mesma só se deu posteriormente em 1998, tornando esse mercado extremamente atraente e lucrativo. O mercado de saúde suplementar brasileiro se tornava um dos maiores do mundo.

² A CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil é a maior operadora de autogestão em saúde do Brasil, com mais de 720 mil participantes.

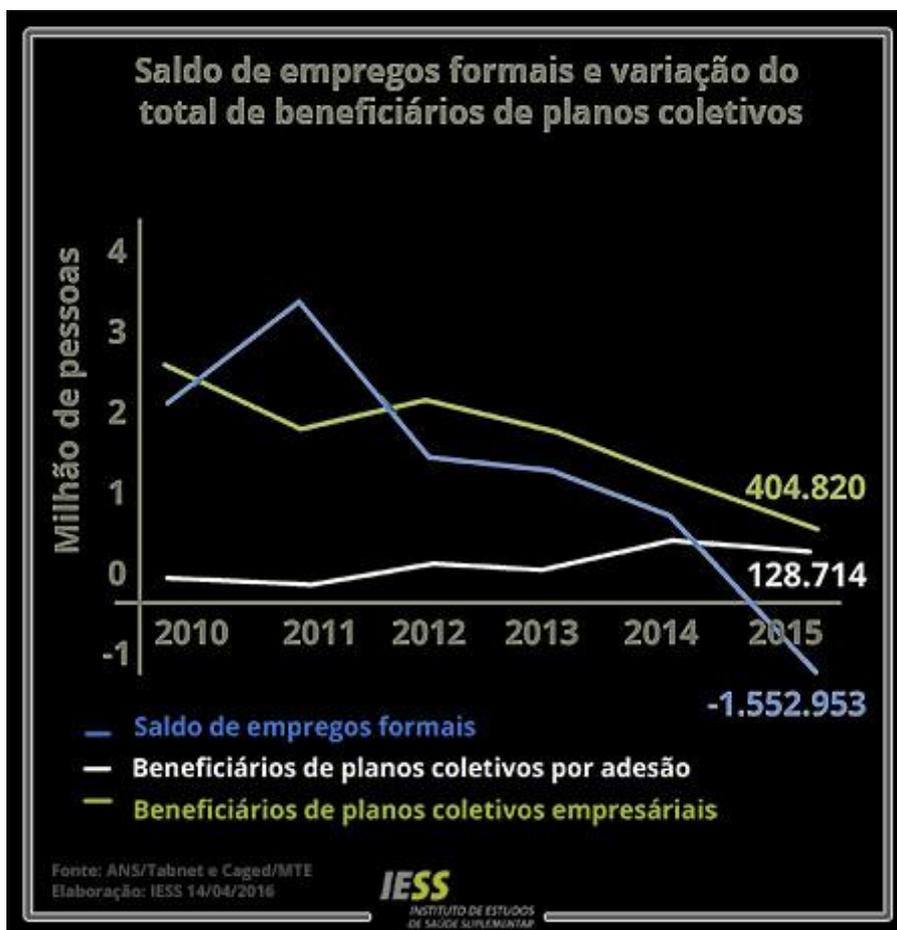
Criada há 72 anos, oferece atendimento aos funcionários da ativa e aposentados do Banco do Brasil e seus dependentes, por meio do Plano de Associados, e a seus parentes até terceiro grau, que podem aderir ao Plano CASSI Família (www.cassi.com.br).

1.2. O Tamanho do Sistema

Dados da ANS apontam que em março de 2016 cerca de 48,8 milhões de pessoas são atualmente beneficiárias do sistema suplementar, além de 21,7 milhões que possuem assistência odontológica. O valor das despesas de saúde do sistema suplementar em 2013 foi de cerca de 90,5 bilhões de Reais (ANS, 2014) para atender cerca de 50 milhões de pessoas na época (houve uma queda no número de beneficiários entre 2015 e 2016). Para se ter uma ideia, o Governo Federal gastou no mesmo ano com o SUS cerca de 103 bilhões (Ministério da Saúde, 2015) só que para o atendimento dos outros mais de 160 milhões de brasileiros que utilizam o sistema público de saúde.

O gráfico abaixo demonstra a queda no número de beneficiários do sistema privado de saúde brasileiro, por ocasião do aumento do desemprego.

Gráfico I – Saldo de empregos formais e variação do total de beneficiários de planos coletivos.



Fonte: ANS/Tabnet e Caged/MTE – 2016.

1.3. O Sistema Público

Na esfera pública, com a promulgação da Constituição de 1988, com a saúde sendo um direito de todos e dever do Estado, surge o Sistema Único de Saúde, o SUS. Universalizando o acesso à saúde foi um marco histórico tanto na esfera brasileira como na mundial, pois poucos países têm sistemas semelhantes de assistência à saúde até hoje.

Os principais pilares e fundamentos do SUS foram alavancados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sancionados pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. O relatório final produzido na conferência serviu de base para a Comissão de Saúde da Assembleia Nacional Constituinte.

Hoje o sistema público brasileiro é utilizado por mais de 160 milhões de brasileiros (MS, 2016), tem dificuldades severas de gestão e de orçamento, e um problema grave de acesso da população aos seus serviços, sobretudo os de baixa complexidade, chamados de atenção básica, onde se incluem consultas médicas, exames simples, orientações de saúde, acompanhamento de doenças crônicas etc. O tempo para marcação de uma consulta pode chegar a mais de seis meses, lembrando que o mesmo não deve acontecer na saúde suplementar dado que a agência reguladora normatizou os prazos de atendimento e estipula multas severas em caso de descumprimento (Resolução Normativa nº 259³). A ANS não regula o sistema de saúde pública, que fica a cargo do Ministério da Saúde do Brasil (www.saude.gov.br).

1.4. A Interface entre o Sistema Privado e o Público

Outro aspecto muito importante do sistema brasileiro de saúde, e a grande interface entre os dois modelos (público e privado), é que ainda que o sistema privado seja denominado “suplementar”, por motivo de lei, todos os gastos de pacientes com

³ A Resolução nº 259 da ANS, publicada em 17 de junho de 2011, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos de saúde e altera a Instrução Normativa do 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO). Entrou em vigor em 19 de dezembro do mesmo ano.

planos privados de assistência uma vez atendidos no SUS tem seus gastos ressarcidos por sua operadora privada ao sistema público (artigo 32 da Lei nº 9.656/1998). Logo, a assistência a quem tem plano de saúde na rede pública não é gratuita. Pelas informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, cerca de 2% das internações feitas no SUS são de beneficiários com planos privados de assistência, e que correspondem a cerca de 3% do gasto total de internações do sistema público.

1.5. O Sistema Particular

Ainda podemos considerar como um sistema de saúde àqueles financiados de modo particular, onde indivíduos ou empresas financiam atendimentos pagando diretamente pelos serviços ao executante.

É claro que a alta tecnologia existente hoje no país e os custos exponenciais com saúde acabam por tornar essa situação cada vez mais rara. Sobretudo em tempos de crises econômicas como a que o mundo vive atualmente (Saúde Business, Caderno de Situação, 2015).

1.6. O Modelo é “Hospitalocêntrico” e o Mercado é Insatisfeito

Em todos os sistemas, porém, é correto afirmar que o modelo se verifica altamente “hospitalocêntrico” e que o acesso a saúde básica, aquele que vem bem antes da doença, é sacrificado por ter remuneração muito inferior àquele realizado em hospitais e em equipamentos de alta complexidade. Entende-se como “hospitalocêntrico” o sistema que tem os hospitais como o maior componente do setor saúde, para onde as atenções estão voltadas e como o meio de atendimento prioritário em relação a outros ambientes (Matta e Morosini. Fiocruz, 2009).

O objeto do desejo de uma sociedade, com relação a sistemas de saúde, é um acesso rápido para suas necessidades, planos com valores confortáveis financeiramente, médicos em quantidade suficiente para garantir um bom atendimento. Sob essa ótica, é também um mercado de insatisfeitos por qualquer ângulo que se olhe (Qualirede, 2016). Quem depende do sistema público de saúde não se conforma com a dificuldade no acesso aos serviços, com a qualidade do

atendimento, com a escassez de médicos e sonha em um dia ter um plano privado de saúde, em geral muito caro. Os gestores do SUS se defendem dizendo que faltam verbas, que os hospitais são procurados para atendimentos que não são hospitalares, que há falta de médicos disponíveis ou interessados em trabalhar na rede pública.

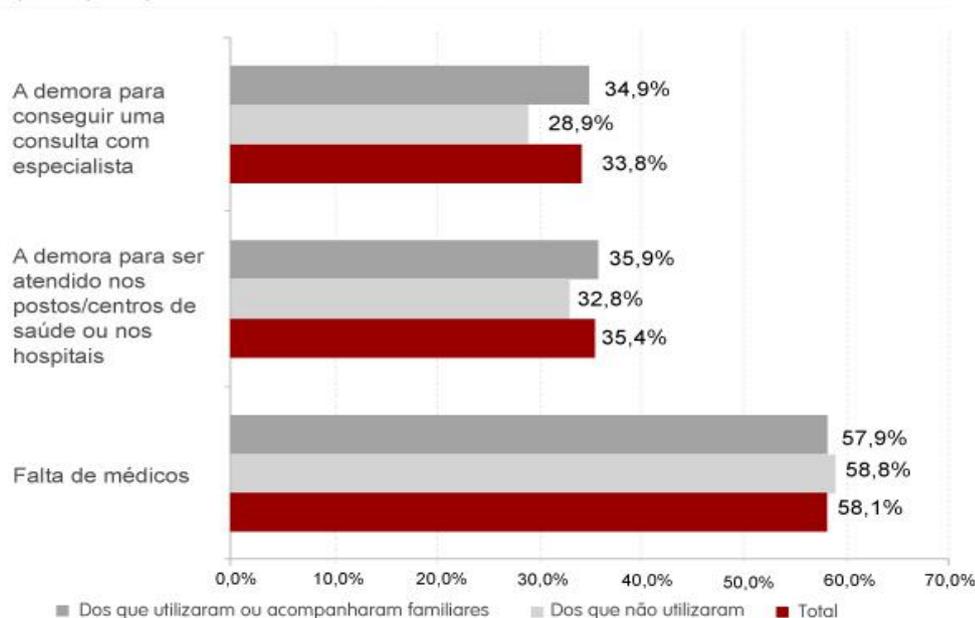
Segundo Mozart de Oliveira Júnior, médico sanitário e CEO da Qualirede (2016).

Quem está satisfeito com o sistema de saúde no Brasil? Seja ele público ou privado, quase todos os agentes atuais do setor demonstram insatisfação. Dos clientes aos reguladores, passando pelas operadoras de planos de saúde, pelos médicos e pelos prestadores de serviços em geral há um grande consenso: o setor não funciona adequadamente e não entrega resultados satisfatórios aos clientes. Os custos são elevados para quem paga e as receitas insuficientes para quem recebe.

Dados do IPEA, em estudo realizado em 2011, já apontava que quase 60% dos pacientes atendidos no SUS, ou familiares que os acompanhavam, acreditavam que o maior problema do SUS era exatamente o número reduzido de médicos disponíveis para o atendimento na rede pública (IPEA, 2011).

Quadro I – Os Principais problemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os principais problemas do Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) 2010.

Segundo dados do Datafolha, em pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina, realizada em agosto de 2015, usuários de planos privados de saúde também estão insatisfeitos, na sua grande maioria, e reclamam de pouca rede credenciada, de falta de cobertura, da péssima qualidade do atendimento dos serviços privados e de alto custo de manutenção dos planos. As operadoras de saúde privadas não são diferentes e se ressentem de uma agência reguladora de saúde (ANS) muito punitiva, com aplicação de altas multas e suspensão de comercialização de planos, das prescrições exageradas de médicos, de exames desnecessários onde o paciente sequer vai buscar o resultado, dos altíssimos custos das internações hospitalares e que com o passar dos anos cada vez mais operadoras saem do mercado devido a problemas operacionais e financeiros (ANS, 2016).

Mas porque o sistema de saúde privado atrai indústrias e porque será que cada vez mais fundos de investimento estrangeiros se tornam investidores de grandes grupos hospitalares (Saúde Business, 2016)? A resposta a essa pergunta certamente está misturada com a forma de remuneração de serviços médico-hospitalares no Brasil e no mundo, o Fee for Service (Pagamento por Procedimento), que será alvo de mais discussão a frente, nos capítulos 4 a 6 deste estudo.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS – Sistema Único de Saúde é um sistema político, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas, independentemente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito. Tem papel de cuidar de todas as necessidades da área de saúde, o que não significa apenas medicar os doentes ou realizar cirurgias. É preciso garantir vacinas à população, dar atenção aos problemas das mulheres, idosos, crianças, combater a dengue, o Zika Vírus e a Febre Chikungunya, entre outras doenças. Esses são papéis privativos do SUS na cadeia de saúde da população (Ministério da Saúde, 2014).

2.1. O Início do Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 superou a antiga dicotomia entre a cura (à época sob a responsabilidade do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e a prevenção (à época sob a responsabilidade do Ministério da Saúde), estabelecendo um Sistema Único de Saúde. Além do componente político-administrativo decorrente desse preceito constitucional que resultou, por exemplo, na extinção do INAMPS, inicia-se a concepção da atenção integral à saúde.

Tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais, cujo objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão.

Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, esses hospitais e laboratórios também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes. Surgiu em função do descontentamento com os serviços de saúde oferecidos no Brasil. Apenas os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes faziam jus ao atendimento no INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (Área de Promoção à Saúde, MS, 2016).

Tem seu funcionamento detalhado pela Lei Orgânica de Saúde⁴, criada em 1990, em razão da determinação da Constituição Federal de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

Alguns autores atribuem à efetiva organização do Sistema Único de Saúde brasileiro a instituição das chamadas caixas de assistência. Essas caixas foram normalmente organizadas por categoria profissional, posteriormente chamadas de IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), e que deram origem ao extinto INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Em 1988, com a promulgação da constituição brasileira, o SUS foi normatizado e passou a ser organizado, principalmente durante o governo Fernando Collor de Mello (1990-1992).

2.2. O Tamanho do SUS

Hoje, além de atender a uma população de, aproximadamente, 160 milhões de pessoas em todo o território nacional (MS, 2015), possui rede própria e contratada, e honorários definidos em tabela auto-gerida (estabelecida pela Resolução 228/90).

Seu financiamento é público através de tributos, e privado através da contribuição patronal incidente sobre a folha de pagamento. O modelo de saúde é o de atenção integral à saúde, seguindo o modelo da convenção realizada em Alma-Ata (1978) e principais países do mundo.

Na Constituinte de 1988 foi criado um orçamento específico para o financiamento da Seguridade Social. Ele deveria receber recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198 da CF) para financiar a área social e, dentro dela, a saúde. A partir desta definição, o financiamento do SUS passou a ser tripartite, com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social e Fiscal no âmbito federal, e recursos dos orçamentos fiscais de estados e municípios.

⁴ Lei 8.080/90 e 8.142/90 que regulam, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

O orçamento da Seguridade Social tem como fontes as Contribuições Sociais, dentre as mais importantes são a Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas, o PIS, o PASEP, parte da arrecadação dos Concursos de Prognóstico, 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes Automotivos, a Contribuição para o Salário Educação e a Contribuição do Plano de Seguridade Social dos Servidores.

Em 2013, as despesas com gastos de saúde do SUS, nas esferas municipal, estadual e federal, atingiram a marca de R\$220,9 bilhões (CFM, 2014), ou pouco mais de mil Reais *per capita*. Em 2014, o SUS realizou mais de 4 bilhões de atendimentos ambulatoriais. 11,5 milhões de internações e 1,4 bilhão de consultas (MV, 2016).

A convenção de Alma-Ata⁵ (Rússia), em que se baseou o estabelecimento do SUS, foi uma convenção internacional sobre cuidados primários em saúde, reunida na cidade que dá nome à declaração, que expressou a necessidade de ações urgentes de todos os Governos e da comunidade mundial neste sentido. Teve como objetivo principal criar a Declaração de Alma-Ata, para proteger e promover saúde em todos os povos do mundo.

O SUS oferece em sua rede, própria ou contratada, procedimentos ambulatoriais como consultas médicas, exames de imagem, exames laboratoriais e procedimentos cirúrgicos e oncológicos, além dos atendimentos de pronto-socorro. Também é responsável pela vacinação da população, atribuição privativa do SUS para os programas de prevenção de doenças, que representa praticamente 98% do mercado de vacinas (MS, 2015). As campanhas de vacinação brasileiras são consideradas exemplos de inclusão e de sucesso, atingindo sempre uma parcela considerável da população alvo no Brasil.

⁵ A **Declaração de Alma-Ata** foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata se compõe de 10 itens que enfatizam a atenção primária à saúde (Cuidados de Saúde Primários), salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. Exortando os governos, a OMS, a UNICEF e as demais entidades e organizações, a declaração defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional.

Abaixo, um quadro sobre o tamanho do SUS em termos de atendimentos:

Quadro II – Dados do SUS referente ao ano de 2014.



Fonte: Portal Brasil – Grandes Números do SUS (2015).

Entende-se como cuidados primários àqueles baseados em métodos e tecnologias práticas, que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados em saúde são levados o mais próximo onde as pessoas residam e trabalhem, e constituem um primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

2.3. Os Conceitos Balizadores do SUS

A Constituição Federal de 1988 prevê os três pilares que compõem o SUS:

- Igualdade – que se traduz na possibilidade de utilização igualitária de todos os serviços prestados pelo sistema a cada um dos usuários, independentemente de sua condição ou característica individual;
- Universalidade – expressa a abrangência de cobertura a que se propõe a assistência, no caso, para toda a população;
- Integralidade – está diretamente ligada às dimensões do processo saúde-doença a serem assumidas pelo sistema. Ora valoriza o processo de saúde-doença no âmbito individual e/ou coletivo (grupos sociais) e ora valoriza o processo de saúde-doença através da atenção, promoção, prevenção, cura e reabilitação, que corresponde ao princípio de atenção integral.

Entre as suas características estão descentralização, regionalização, universalidade e hierarquização. A descentralização transfere a administração do sistema por município, que pode requerer regionalização dependendo do seu perfil. A hierarquização do sistema é composta e distribuída em SES (Serviços Especializados de Saúde) e SBS (Serviços Básicos de Saúde).

O serviço público é prestado por instituições pertencentes ao governo ou por serviços de terceiros e é utilizado basicamente pela parcela da população que não tem recursos para utilizar o sistema privado. Esses serviços são financiados por contribuições vindas, basicamente, das receitas orçamentárias. Algumas instituições ainda contam com auxílio de doações e recursos do setor privado captados por fundações associadas.

Na falta ou carência no serviço prestado pelo setor público, coexistem as alternativas privadas de assistência pelo Sistema Supletivo de Saúde. Em países ou regiões onde o sistema público é precário ou inoperante, essas alternativas são muito

importantes e devem ser alvo de cuidado por parte de seus negociadores e formuladores de políticas.

Várias entidades privadas de saúde vendem seus serviços ao SUS. Em caso de inexistência do serviço na esfera pública ou na escassez desses serviços, o SUS contrata os serviços em locais privados como hospitais, laboratórios ou clínicas.

Segundo VARELLA, Dráuzio (p. 1, 2016):

Dissemos na Constituição de 1988 que saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Faço minhas as palavras da jornalista Claudia Colucci em sua coluna: “Isso é lindo, uma conquista da qual não podemos abrir mão. Mas, na prática, nem países mais ricos e menos populosos ousaram prometer tudo para todos, em saúde”.

O paradoxo é que de um lado as políticas públicas que deram bons resultados são as universais; de outro, a falta de recursos orçamentários, de gerenciamento competente e a praga da corrupção impõem aos dependentes do SUS uma assistência médica de difícil acesso, imprevisível e, muitas vezes, de baixíssima qualidade.

Poucos países no mundo possuem sistemas de saúde universais como o Brasil. São exemplos o Reino Unido, o Canadá, a Austrália, a França e a Suécia. Porém, o Brasil tem o pior orçamento destinado ao serviço público de saúde de todos os citados. Em 2014, por exemplo, a União investiu cerca de 6,7% do orçamento em saúde. Os demais países, no mesmo ano, gastaram entre 14,9% e 27,9% do orçamento federal na área (Simers, 2016).

Eugênio Vilaça⁶, em seu artigo Os Desafios do SUS, descreve que a eficiência técnica guarda uma relação quantitativa entre os insumos utilizados com os produtos gerados. Na parte da atenção hospitalar, os hospitais brasileiros utilizam, em média, 50% mais funcionários por leito que os hospitais da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); a taxa de ocupação média dos hospitais do

⁶ Eugênio Vilaça Mendes é pesquisador de sistemas de saúde do mundo inteiro. Autor de livros que tratam da necessidade de promover mudanças tanto no modelo de atenção à saúde, quanto nos modelos de gestão e de financiamento do sistema.

SUS gira em torno de 37%; a maioria dos hospitais é muito ineficiente: escore médio de 0,34 em relação ao valor máximo de 1,0; o hospital médio brasileiro produz 1/3 do que poderia produzir com os recursos que já dispõem; e o valor médio das taxas de cirurgia é de 0,6 cirurgia por sala por dia.

Cita que pesquisas demonstraram que, quando se utilizam tecnologias leves de gestão de fluxos de pacientes em um hospital de 300 leitos, com taxa média de permanência de 5,2 dias e com taxa de ocupação de 85%, cada 1 dia de redução no tempo de permanência equivale a incorporar virtualmente 49 leitos, sem novos investimentos em capacidade instalada.

Os equipamentos de saúde, como Tomografias, Ressonâncias, Hemodinâmicas, são muito sensíveis às economias de escala. Em função disso, há no sistema público fatores negativos de escala significativas, tanto na atenção hospitalar quanto nos laboratórios de análises clínicas, por exemplo. Pesquisas em diferentes países demonstraram que hospitais de menos de 100 leitos são ineficientes. Não obstante, no Brasil, 58% dos hospitais têm menos de 50 leitos e 80% dos hospitais têm menos de 100 leitos. Os hospitais brasileiros de menos de 25 leitos apresentam uma relação de funcionários por leitos de 3,9, superior à média nacional e à média dos hospitais de tamanho intermediário (Saúde Amanhã, 2016).

É premente dizer que o alto custo hospitalar, em detrimento de gastos com saúde básica, também se verifica no SUS tanto quanto no privado, muito embora as coberturas presentes no sistema privado sejam claramente maiores do que no sistema público. As razões também não são exatamente as mesmas, pois o acesso a esse sistema é seguramente mais difícil, porém, o objeto do estudo é o sistema privado, razão pela qual não tratará dessas questões pertinentes ao universo do SUS.

2.4. Objetivos do SUS

São objetivos do SUS:

a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e
- c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

Muitos estudiosos afirmam, e há muitas razões para isso, que a concepção do Sistema Único de Saúde do Brasil foi um projeto grandioso e é considerado um dos mais completos e abrangentes do mundo. Seus pilares são perfeitamente embasados e a amplitude de atuação e o foco na universalidade do sistema representam um marco em termos de sistema público de saúde, ainda não visto em nenhum lugar do planeta (VARELLA, Dráuzio, 2016).

Segundo CESCHIN (p. 25, 2016):

Muitos criticam o sistema público de saúde, mas esquecem que somos o único país com mais de 100 milhões de habitantes que teve a coragem de, constitucionalmente, criar um sistema público universal de saúde.

É inegável que o arcabouço do SUS é de extrema importância para a sociedade brasileira, não só pelo seu caráter universal, mas pelo seu papel de maestria em alguns setores. O tratamento da AIDS no Brasil é exemplo para o mundo inteiro, temos um Programa de Medicamentos Excepcionais que fornece de forma gratuita remédios de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas e degenerativas à população. Temos campanhas de imunização da população altamente abrangentes e um serviço de emergência nas ruas com remoção, o Samu, realizando milhares de atendimentos.

No exemplo do tratamento da AIDS, entre 2009 e 2015 o número de indivíduos atendidos e tratados pelo SUS aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil (Ministério da Saúde, 2016).

Outro aspecto muito importante da atuação do SUS é a descentralização da atenção primária à saúde que ocorreu nos últimos anos. Vários programas de saúde

foram implementados como o Rede Cegonha, criado em 2011, para garantir uma rede de atenção à saúde das gestantes no pré-natal, no parto, no pós-parto e no desenvolvimento do bebê. O Programa Saúde na Escola leva profissionais para as salas de aula para uma conscientização para prevenir doenças e realiza atendimentos psicossociais.

É correto afirmar que faltam recursos humanos e financeiros, que existem muitos problemas de gestão, mas ainda assim é um modelo de sistema de saúde inteligente e disponível para toda a população brasileira.

2.5. O Programa Mais Médicos

O SUS enfrenta severos problemas de gestão e financeiros desde sua criação em 1988. Esses problemas tem causado imensos prejuízos à população usuária do sistema e também para profissionais que atuam nele.

Há muitas críticas com relação ao subfinanciamento do sistema único de saúde. Desde sua criação, o orçamento direcionado à saúde no Brasil é muito inferior ao de outros países com sistemas universais. No Brasil se investe cerca de 6,7% do orçamento em saúde e em outros países como Canadá e Suécia pode chegar a mais de 20%. Outro dado é que através de emenda constitucional de 2015 o Governo Federal conta com uma base de aplicação na saúde substituindo a forma de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida, que aponta para uma perda de 9,2 bilhões de recursos somente em 2016 (MENDES, 2016).

Segundo VILAÇA (2016):

A crise econômica gera crescimento negativo do Produto Interno Bruto (PIB), o que determina uma crise fiscal que atinge, ao mesmo tempo, a União, estados e municípios e leva ao aumento de desemprego e à queda da renda média do trabalhador. Por outro lado, a crise política expressa, de forma aguda, o esfacelamento dos processos de representação política, o que dificulta a formulação a aplicação de uma agenda mínima sobre o futuro da nossa nação, incluindo solução de consenso sobre o sistema público de saúde.

Existe falta de leitos disponíveis e os que existem estão superlotados. Ainda convivem com falta de materiais e medicamentos e diversos equipamentos fora de funcionamento. Também, com uma escassez de médicos que atendam em prontos-socorros e postos de saúde. Ainda que governos se sucedam, desde 1988, a situação nada mudou e a população continua convivendo com a situação precária do sistema.

Um outro problema grave que o Sistema Único de Saúde enfrenta é a corrupção, com frequentes desvios de verbas da saúde não obstante todos os mecanismos governamentais de coibir esta prática. Com isso, verbas à princípio destinadas à manutenção dos hospitais públicos, conserto de ambulâncias, compra de materiais médicos e medicamentos, acabam saindo do sistema para o bolso de administradores corruptos e irresponsáveis, aprofundando ainda mais a crise do sistema público de saúde.

Na tentativa de sanar a situação de falta de profissionais médicos e enfermeiros nos serviços públicos de saúde, o governo brasileiro instituiu o Programa Mais Médicos. O programa consiste num esforço do Governo Federal, conjuntamente com estados e municípios para a melhoria do atendimento ao público nas unidades públicas de saúde, com o objetivo de levar mais profissionais médicos onde há escassez ou falta destes profissionais. Além disso o programa prevê a construção, reforma e ampliação de unidades básicas de saúde e novas vagas de graduação e residência para qualificar a formação de novos profissionais. O objetivo era importar cerca de 15 mil médicos estrangeiros para prestar um reforço às regiões com maior escassez de profissionais no setor. Sabidamente, o interior do Brasil e as regiões Norte e Nordeste são as que mais sofrem com o desinteresse dos profissionais brasileiros em atuar nestas áreas.

É certo que toda tentativa de melhorar as condições de atendimento do SUS, para benefício da população, é válida. Os profissionais que deram o início do programa brasileiro foram os médicos cubanos, que vieram no Brasil uma forma de viver com mais dignidade e liberdade.

Até 2015, o programa tinha levado mais de 14 mil profissionais a quase 4 mil municípios, beneficiando cerca de 50 milhões de pessoas que não tinham acesso à serviços básicos de saúde (MV, 2016).

Houve uma forte resistência ao programa por parte do Conselhos Regionais de Medicina e do Conselho Federal de Medicina, que não viam com bons olhos a divisão do mercado com profissionais de outras nacionalidades, muito embora não houve nem procura pelo programa de profissionais brasileiros e nem incentivos para que atuassem nas áreas mais carentes do país.

No portal de notícias do Conselho Federal de Medicina (CFM) o órgão fez duras críticas à então Presidenta Dilma Rousseff, alegando medidas populistas sem uma prévia conversa com as instituições médicas no Brasil. Segundo o CFM “Fica evidente a interferência de compromissos partidários e ideológicos em detrimentos dos interesses nacionais”. Entre as razões alegadas estão a não necessidade de revalidação do diploma estrangeiro pelo CFM e a existência de médicos brasileiros recém-formados que poderiam ocupar estas posições, na opinião do órgão (CFM, 2016).

Muito embora todo o esforço governamental em enfrentar a situação, de lá pra cá nada mudou muito.

O Programa Mais Médicos visava garantir maior acesso aos serviços básicos de saúde, o que também se configura numa reclamação dos usuários de planos de saúde privados, que se ressentem de poucos médicos credenciados, dificuldades de marcação de consultas e baixa qualificação dos médicos de rede. Por esta razão, a tentativa do Governo de ampliar esse acesso é também apresentada neste trabalho.

3. A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

De uma forma bem resumida, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público (ANS, 2003).

Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656⁷, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Em síntese, a ANS tem o papel de fiscalizar as operadoras de saúde privadas, buscando sempre proteger o consumidor de exageros por parte das mesmas. Ela acompanha o equilíbrio financeiro das operadoras para garantir que tenham lastro para pagarem suas despesas médicas e administrativas e, também, seus contratos e coberturas para garantir que os planos ofereçam a cobertura determinada pelo rol de

⁷ A Lei 9.656 editada em 1998 estabelece em seu Art. 1º: Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

procedimentos e eventos médicos que ela própria edita a cada dois anos. Todas as modalidades de operadoras em atuação no Brasil estão sob a regulação da ANS, que também edita a qualquer tempo as normas e diretrizes que estão estabelecidas neste mercado, e as possíveis sanções a serem aplicadas. Entre as mais comuns estão o estabelecendo de multas pelo não atendimento da cobertura no prazo regulamentar, pelo número de reclamações de determinado produto de um plano de saúde, por negativas infundadas e que firmam a regulamentação. Também pode determinar direção fiscal a uma operadora que esteja em estado de insolvência ou que seja permanente descumpridora das normas estabelecidas.

A ANS regula, porém, apenas parte deste mercado. Ela não tem influência e nem normatiza o mercado de prestação de serviços em saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais médicos e não médicos. Também não regula o consumidor quando de uma utilização indevida ou clara locupletação e fraude. Esta é uma das principais razões da inserção da agência no estudo, pois esse viés vai definir algumas das dificuldades e defeitos do mercado de saúde suplementar, alvo do estudo.

3.1. Diretoria Colegiada

A Diretoria Colegiada é o órgão de decisão máximo da ANS, que conta ainda com uma Ouvidoria, uma Corregedoria e uma Procuradoria. Possui cinco diretorias, a primeira que cuida do relacionamento com as operadoras de saúde no Brasil (DIOPE), a segunda que trata dos produtos oferecidos no mercado (DIPRO), a terceira que é responsável pela fiscalização (DIFIS), uma quarta que é de gestão (DIGES) e a quinta e última que é responsável pelos sistemas de informação e do ressarcimento ao SUS (aquele feito pelas operadoras quando seus beneficiários são atendidos em hospitais e postos públicos), a DIDES.

A diretoria colegiada, composta por cinco diretores tem mandatos não coincidentes. Os diretores recebem um mandato de três anos, com possibilidade de prorrogação por mais três anos. O diretor-presidente, escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada pelo Presidente da República, acumula as funções de diretor-geral da Agência, presidente da Diretoria Colegiada, presidente da Câmara de Saúde

Suplementar e secretário-executivo do Conselho de Saúde Suplementar. A Diretoria Colegiada deve reger a ANS de acordo com um contrato de gestão, assinado a cada ano com o Ministério da Saúde.

3.2. Regulação no Sistema

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público.

O sistema de saúde do Brasil seguiu o caminho de outros países latino-americanos como o México, Chile, Argentina e o Uruguai, pautando seu desenvolvimento a partir da previdência social.

O sistema previdenciário na América Latina teve um braço ligado à saúde. Os contribuintes da previdência são mormente elegíveis a terem atendimentos em sistemas públicos de saúde, com iniciativa pública, ou privada, normalmente ligadas a empresas, como no caso das operadoras de autogestão brasileiras.

No Brasil antes de 1988, somente os contribuintes do INSS tinham direito a atendimentos em saúde nos hospitais ou institutos públicos. O restante da população, que não tinha plano de saúde privado, ficava à margem desse acesso. Era necessário custear o seu atendimento e de sua família ou recorrer a entidades filantrópicas, que cobravam normalmente uma taxa de manutenção ou preços mais baixos, chegando a gratuidade em algumas circunstâncias, o que era o caso das Santas Casas de Misericórdias espalhadas por todo o Brasil. Também existiam entidades ligadas à igreja como hospitais católicos ou evangélicos, e ainda entidades ligadas a nacionalidade como obras portuguesas de assistência ou associações de espanhóis por exemplo. A ideia de universalizar o acesso à saúde só foi garantida mais à frente a partir de 1988.

Planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950.

Atualmente o Brasil, com seus mais de 200 milhões de habitantes, tem um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.

Segue abaixo quadro demonstrativo do tamanho desse mercado.

Quadro III – Número de Beneficiários em Planos de Assistência Médica

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA						
Competência	Total	Beneficiários em planos individuais	Beneficiários em planos coletivos empresariais	Beneficiários em planos coletivos por adesão	Coletivo não identificado	Não informado
Julho	48.358.148	9.481.799	32.044.579	6.558.785	10.299	262.686
Junho	48.514.646	9.504.373	32.130.124	6.604.770	10.312	265.067

Fonte: Sala de Situação da ANS (2016).

Quadro IV– Número de Beneficiários em Planos Exclusivamente Odontológicos

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS						
Competência	Total	Beneficiários em planos individuais	Beneficiários em planos coletivos empresariais	Beneficiários em planos coletivos por adesão	Coletivo não identificado	Não informado
Julho	22.026.217	3.739.024	16.390.675	1.848.581	4.142	43.795
Junho	22.018.412	3.718.760	16.409.587	1.841.909	4.146	44.010

Fonte: Sala de Situação da ANS (2016).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da ANS em março de 2016 registrava cerca de 280 mil prestadores de serviços de saúde no Brasil, dos quais 44,6% atendiam ao setor suplementar (Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS, 2016). Mais da metade dos consultórios, clínicas, laboratórios e ambulatórios de especialidade atendem a planos privados, enquanto somente 14,3% dos prontos-socorros o fazem.

Ainda, do total de 437 mil leitos disponíveis para internação, somente 29% são destinados à saúde privada, sendo 52,4 mil oferecidos em capitais e 75,1 mil em cidades do interior.

3.3. Críticas ao Modelo Regulatório

Muitas críticas são atribuídas a ANS por diversos entes do mercado, como UNIDAS, FenaSaúde, ABRAMGE. Uma delas é o caráter extremamente punitivo da agência, que com muita frequência aplica pesadas multas às operadoras de mercado contribuindo para o resultado ruim de algumas delas e que explica um pouco a forte diminuição de operadoras em atividade. As multas impostas pela ANS podem chegar a milhões de Reais a depender do número de beneficiários de um plano de saúde.

Os numerosos casos de diretores da Agência que são oriundos da iniciativa privada e acabam voltando a empresa após seu mandato também compromete a autonomia da ANS segundo avaliadores do mercado. Essa crítica se fundamenta na quantidade de informações privilegiadas das diretrizes da agência e do modo de pensar sua regulação que seus ex-dirigentes podem levar consigo, Além de informações importantes da concorrência, adquirida quando da gestão na ANS, e com a saída sem uma quarentena.

Há também críticas ao modelo regulatório de saúde no Brasil dado que a Lei que regulamenta o mercado foi editada em 1998 e somente em 2000 a agência reguladora foi criada, com mais de 50 anos de existência de planos privados de saúde. Ou seja, quando da sua criação, o mercado já existia há bastante tempo e suas normas de diretrizes são lançadas ao mercado, normalmente, com um prazo para adaptação muito exíguo.

Mas sem dúvida, a maior crítica, não só à regulação da ANS, como também da legislação em si, é que somente operadoras são reguladas por ela, e isso é apenas uma parte do mercado suplementar. Os prestadores de serviços não são regulados e com isso, nos casos de exageros, incentivados pelo modelo de pagamentos dos serviços, as operadoras podem ficar expostas sem o devido contraponto. Há inúmeros casos de fraude de empresas e titulares de plano que correm na justiça e muitos outros que sequer chegam a serem solucionados.

4. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

A saúde suplementar é composta pelos profissionais e instituições privadas, que oferecem serviços e produtos aos beneficiários de planos de saúde brasileiros, e ainda apresenta forte interface com o sistema público. O mercado suplementar brasileiro é formado por médicos e outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, enfermeiros, por hospitais, clínicas, laboratórios, serviços de imagem, serviços de remoção, etc.

Além disso também atuam as operadoras privadas de saúde, que paralelamente ao SUS, prestam serviços de saúde a uma população beneficiária através de uma rede credenciada de serviços, através de reembolso ou de ambos. Dados da ANS referente ao primeiro trimestre de 2016 apontam que 48,8 milhões de pessoas no Brasil utilizam esses serviços de saúde com ou sem Odontologia e 21,7 milhões utilizam planos exclusivamente odontológicos.

Entre 2015 e 2017, no entanto, houve uma redução de 600 mil vínculos no segmento médico e quase 300 mil no segmento odontológico, espelho da situação de aumento do desemprego no Brasil, dado que o vínculo trabalhista é claramente o melhor acesso a planos de saúde privados.

O número de operadoras de saúde em atividade no Brasil em 2016 chegou a 1.320, número claramente em queda, dado que mais de 2.000 operadoras já chegaram a operar planos no Brasil há 15 anos atrás. Atuam no mercado oferecendo cerca de 33,4 mil planos ou produtos e tiveram uma receita de aproximadamente 41,8 bilhões de Reais no primeiro trimestre de 2016 (ANS, 2016).

As operadoras de saúde, segundo a ANS, são organizadas sob diversas personalidades jurídicas em dois grandes segmentos: o comercial, representados por empresas com finalidade lucrativa, e as operadoras que não visam lucro, as autogestões. Existem ainda instituições de saúde voltadas exclusivamente para os funcionários das forças armadas ou servidores estaduais e municipais.

Essas operadoras de saúde dividem-se em vários segmentos, identificados como:

1. Segmento privado contratado pelo setor público, que são as clínicas (ambulatoriais e de exames complementares para diagnósticos) e hospitais (lucrativos e filantrópicos) que vendem serviços para atendimento de uma clientela diferenciada. Hospital do Amparo Feminino no Rio de Janeiro, Hospital Luxemburgo em Belo Horizonte e Fundação de Cardiologia de Brasília são alguns exemplos;
2. Segmento médico-assistencial das empresas, que por meio das diversas especialidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho. São os serviços de ambulatórios médicos que são instalados dentro das empresas. O Banco do Brasil, a Petrobrás, a Vale e a Cia. Aérea Latam são exemplos, mas as grandes empresas costumam ter seus ambulatórios próprios para atendimento de seus funcionários;
3. Segmento médico-assistencial que atende a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente dos prestadores de serviços de saúde ou estabelecem contratos por meios de planos, seguros de saúde e cooperativas médicas. São todos os hospitais, clínicas e consultórios que atendam a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde;
4. Segmento beneficente filantrópico, voltado para clientelas abertas ou fechadas. Exemplos: Santas Casas de Misericórdias e fundações materno-infantil existentes em todo o Brasil.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, iniciou-se uma discussão acerca da saúde suplementar, que resultou na lei 9.656 de 1998. Foi publicada após diversas modificações através de medidas provisórias, para evitar que o setor ficasse sem regras por mais tempo do que já havia ficado. Dentre os principais fatores estabelecidos pela lei estavam a proibição de comercialização de tipos de planos como os anteriores à lei, estabelecimento de critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas do setor. Estabeleceu também padrões de cobertura

e qualidade da assistência, atributos específicos contratuais para os planos de saúde, modelo mínimo de plano para comercialização e registro dos planos e das empresas operadoras.

De uma forma resumida, a lei 9.656 de 1998 estabeleceu as regras de funcionamento dos planos de saúde, que antes não possuíam uma legislação específica que resguardasse os direitos dos indivíduos que contratam planos privados de assistência à saúde, e as obrigações das operadoras do mercado. Além das regras, estabeleceu critérios de funcionamento das coberturas, normatizou os contratos para a compra de serviços e outros pontos de interesse dos consumidores. A partir daí as condições do mercado ficaram mais claras para os usuários e estabeleceu maiores controles para as empresas do setor, como prazos de atendimento, definição das coberturas, padrão de contrato dentre outros.

Somente em 2000 foi criada através da lei 9.961, também alterada por diversas medidas provisórias, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, que será apresentada de forma mais específica no próximo capítulo.

Trata-se uma agência reguladora do setor de saúde suplementar vinculada ao Ministério da Saúde. Busca o equilíbrio entre os serviços prestados através do setor privado e a população por ele atendida. A Constituição Federal instituiu a saúde como dever do Estado e direito de todos, e este sistema ficou sem regulação por 10 anos, até a criação da lei 9.656/98 acima descrita. No capítulo 4 do estudo, a agência reguladora e seu papel serão melhor explicitados.

O mercado de planos de saúde brasileiro começou a se desenvolver na metade da década de 50, quando funcionários de empresas do setor público já se organizavam para reverter recursos no financiamento de ações de assistência à saúde. Posteriormente, com a melhora da atenção à saúde, a assistência médico-hospitalar passou a ser incluída entre os benefícios oferecidos aos funcionários das recém-criadas estatais.

No setor privado, as indústrias do ramo automobilístico, normalmente estrangeiras e que já possuíam modelo similar em seus países de origem, foram as primeiras a implementar sistemas de assistência à saúde dos trabalhadores.

4.1. Os Números do Mercado

Este mercado movimentou em 2015 cerca de 23 bilhões de reais por ano, e segundo dados da própria ANS, possuía aproximadamente, 2.000 pessoas no início dos anos 60, e em 2007 girava em torno de 45 milhões de vidas assistidas. Deste total, 82,7% trata-se de planos médicos e 17,3% de planos odontológicos (ANS, 2016).

Cerca de 12 mil planos ativos são ofertados no mercado brasileiro, sendo 60% localizados na região Sudeste, 17% na região Sul, 13,4% na região Nordeste, 6,5% no Centro-Oeste e apenas 3% no Norte do Brasil (ANS, 2016). Fica claro nos números apresentados que a saúde no Brasil é fortemente concentrada nas regiões mais ricas e prósperas e é incipiente em outras regiões do país.

Segundo Ceschin (2015, p.21): “O consumidor do plano de saúde entende que a saúde suplementar substitui o SUS, que ela é substitutiva, e não complementar”.

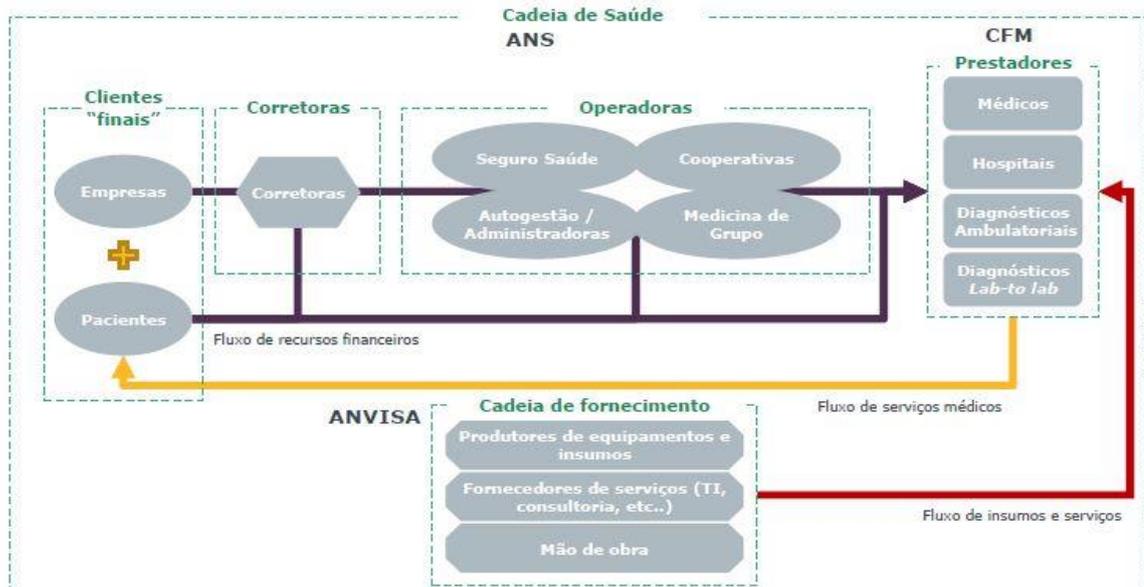
O que a citação ressalta é que o modelo de saúde adotado no Brasil tem um entendimento por parte da sociedade diferente do que se pretende. Na verdade, o sistema suplementar tem por objetivo precípua ser um suplemento da saúde pública, ou seja, servir como um “desafogador” do sistema público e oferecer coberturas ainda não disponíveis nos quadros do SUS. Ao contrário disso, é visto como um sistema que troca o atendimento no serviço público pelo do serviço particular, ou seja, substituto. Uma prova de que não é esse o escopo é que vacinas, um exemplo de atribuição principal do SUS, são muito buscadas em serviços particulares. Parte delas estão realmente disponíveis neste meio, mas a esmagadora maioria está disponível somente em postos de saúde e hospitais públicos, dado que é uma ferramenta de controle de saúde da população em geral. Transplantes também foram muitas décadas exclusivos de órgãos públicos, hoje, porém, estão disponíveis em serviços particulares mas com grande interface com bancos de órgãos públicos e a com a fila

que regula a posição de candidatos na prioridade de receber órgãos. Doadores também precisam estar inscritos em cadastros públicos de doadores.

Voltando ao mercado privado, objeto principal desse estudo, a cadeia do mercado suplementar brasileiro tem como cliente/consumidor de seus serviços as empresas que contratam planos de saúde para seus funcionários e os pacientes que utilizarão esses serviços. Normalmente, adquirem esses planos através de corretoras de seguros saúde, administradoras de benefícios, diretamente de uma operadora quando comercializam o modelo individual ou autogerem seu próprio plano de saúde, como o Banco do Brasil com a CASSI, a Caixa Econômica Federal com o Saúde Caixa ou o Correios através da Postal Saúde. Esses planos são regulados pela ANS, abordada mais amplamente em outro capítulo do estudo. Esses agentes contratam serviços de hospitais, clínicas e laboratórios, e profissionais médicos de consultório, nas mais diversas especialidades. A prática médica, em todos esses ambientes, é regulada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através dos Conselhos Estaduais de Medicina, atuantes nos estados da Federação. Esses, fornecem além de serviços médicos, materiais e medicamentos que tem sua própria agência reguladora, a ANVISA.

Segue abaixo um quadro explicativo sobre a cadeia de saúde privada do sistema brasileiro.

Quadro V – Cadeia de Saúde do Sistema de Saúde Suplementar Brasileira



Fonte: Relação com Investidores – Grupo Fleury – 2015

4.2. Tipos de Operadoras Privadas de Saúde

Com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras – empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar, oferecendo aos consumidores planos de assistência à saúde (ANS, 1990). São elas:

1. ADMINISTRADORAS

Assemelha-se consideravelmente ao autoprograma; o financiamento é “autoseguro”. Os dispêndios da organização patrocinadora ocorrem em função do nível de utilização dos serviços pelos usuários. Possibilita a participação da organização patrocinadora na elaboração do benefício, que pode ser estruturado segundo suas necessidades e conveniências.

São empresas que vendem produtos de outras operadoras, elas não possuem planos próprios, mas administram carteiras de usuários de outros planos de saúde.

Exemplos:

- Qualicorp;
- Aliança;
- W.S. Administradora de Planos de Saúde e Odontológico Ltda;
- Terramar Administradora de Plano de Saúde;

2. COOPERATIVAS MÉDICAS

São entidades regionais onde os médicos se reúnem numa pessoa jurídica na forma de uma cooperativa. O atendimento é feito pelos médicos cooperados e por uma rede credenciada e/ou própria para serviços de laboratórios e hospitais. Vendem planos no mercado privado e seus cooperados dividem o superávit entre si ou partilham os déficits quando necessário. É o caso das UNIMED.

Exemplos:

- Unimed Paulistana Cooperativa de Trabalho Médico;

- Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro;
- Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico;
- Unimed Uberlândia Cooperativa Regional de Trabalho Médico;
- Unimed Itabuna Cooperativa de Trabalho Médico;
- Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico;
- Unimed Sergipe Cooperativa de Trabalho Médico;

3. COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

Assim como no caso da cooperativa médica, também não possuem como finalidade o lucro. O atendimento é realizado por profissionais odontólogos.

Exemplos:

- UNIODONTO;
- AMERON – Assistência Médica Odontológica de Rondônia;

4. INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS

Classificam-se nesta modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, que tenham obtido certificado de entidades filantrópicas junto ao CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social, e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos Governos estaduais e municipais. Ex.: Santas Casas de Misericórdia.

Exemplos:

- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mauá;
- Associação Evangélica Beneficente de Londrina;
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos;

5. AUTOGESTÕES (PATROCINADAS E NÃO PATROCINADAS)

Modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde de seus empregados e dependentes, oferecendo, frente às demais modalidades, melhor qualidade e cobertura, com menores custos. Não possuem finalidade lucrativa, e o programa de saúde é concebido de acordo com as características e necessidades da organização. Possuem custos finais bem inferiores aos planos de saúde equivalentes em outras modalidades do mercado. Reúnem-se em entidade representativa sob o nome de UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).

Exemplos:

- CASSI ligada ao Banco do Brasil;
- GEAP (antiga Patronal);
- Saúde Caixa (Caixa Econômica Federal);
- Postal Saúde (CORREIOS);
- Assefaz (Ministério da Fazenda);
- Petrobrás,
- Arcelor Mittal Brasil;
- CASEMBRAPA (Embrapa);
- CEMIG Saúde;
- Fundação FIAT;
- FAPES (BNDES);

6. SEGURADORAS

São entidades privadas com finalidade lucrativa. Modalidade administrada por empresas seguradoras que garantem ao usuário livre escolha de médicos e hospitais, oferecendo seus serviços médicos – ambulatorial e hospitalar – pelo sistema de reembolso de despesas, ou mediante utilização de rede de serviços referenciada. Os consumidores de seguro-saúde têm definido em contrato (denominado apólices) os limites de reembolso, cobertura e abrangência geográfica. A entidade representativa desta modalidade é a FENASAÚDE (Federação Nacional de Seguradoras).

Exemplos:

- Bradesco Saúde;
- Cia. Sul América Seguros;
- Allianz Saúde;
- Caixa Seguradora Especializada em Saúde;
- Salutar Saúde Seguradora;
- Marítima Saúde Seguros;
- Tempo Saúde Seguradora;
- Porto Seguro Seguradora;

7. MEDICINA DE GRUPO

Entidades privadas com fins lucrativos. Possuem planos individuais e empresariais, serviços e hospitais próprios, além de rede de serviços credenciada. Reúnem-se como entidade representativa na ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicinas de Grupo).

Exemplos:

- AMIL;
- Golden Cross;
- Intermédica;
- Hapvida;
- Saúde SIM;
- Good Life Saúde;
- Promed Assistência Médica;
- Green Line Sistema de Saúde;

8. ODONTOLOGIA DE GRUPO

Com as mesmas características da medicina de grupo, são voltadas ao atendimento odontológico.

Exemplos:

- SAMOC;
- Odontoprev;
- Prontodente;
- Prodent – Assistência Odontológica;

Outros atores atuam no mercado de saúde suplementar brasileiro como Conselhos e entidades de representação da área médica e afins, entidades representativas de hospitais e clínicas, fabricante de materiais e medicamentos, fornecedores de materiais e medicamentos, assim como fabricantes e distribuidores de equipamentos para a área de saúde em geral.

Praticamente a metade das operadoras em atividade no Brasil, na verdade cerca de 47% delas, ainda não comprovaram junto à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar possuir saúde financeira para continuar operando de acordo com as normas estabelecidas.

Das 1.584 operadoras que deveriam enviar informações econômico-financeiras, 496, ou seja, 31% simplesmente não se manifestaram e 250, ou 16%, não conseguiram atender aos critérios de garantias financeiras estabelecidos. Os dois grupos juntos alcançam o montante de 47% das empresas do mercado brasileiro.

Essas operadoras que são, em sua maior parte, de pequeno porte e respondem por 17% dos beneficiários de planos de saúde, são obrigadas a apresentar à ANS um plano de recuperação, sob pena de cancelamento dos seus registros.

Seguindo por esta lógica, e devido aos custos crescentes e desordenados na área de saúde, faz-se necessário que as negociações neste mercado, sejam conduzidas de forma profissional, resultando numa melhoria dos recursos empregados e visando à saúde financeira das empresas e qualidade aos beneficiários.

Segundo VARELLA (2015, p.42):

O usuário paga e acha caro. O médico recebe da operadora e acha pouco. As operadoras acham que a margem é muito pequena e que, se bobear, vão quebrar. É um sistema em que há três partes envolvidas e nenhuma está satisfeita.

4.3. Inflação Geral X Inflação Médica

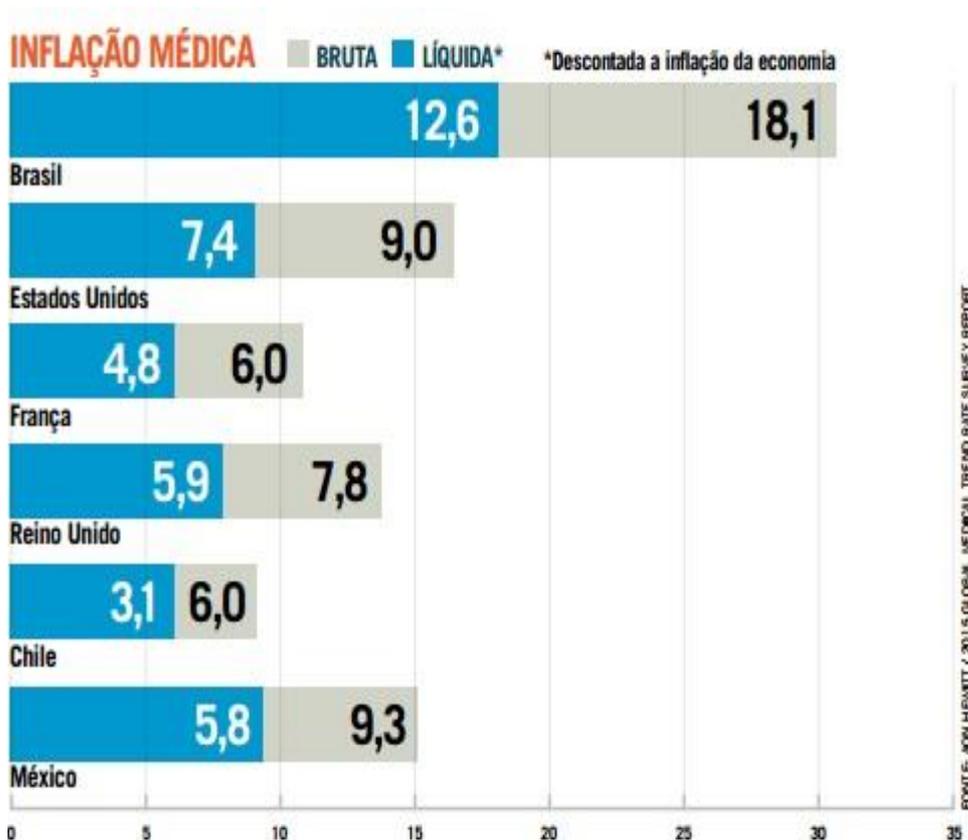
A sinistralidade das operadoras privadas de saúde foi de 81,6% no primeiro trimestre de 2016 (IESS⁸, junho de 2016) resultado de uma contraprestação de R\$37,2 bilhões de Reais associadas a uma despesa assistencial de R\$30,4 bilhões. Mesmo com a inflação elevada nos dias atuais, a variação dos custos médico-hospitalares no Brasil, dados de junho de 2016, estava na casa dos 18% enquanto a inflação em patamares inferiores a 10%.

Pode-se dizer que a inflação da saúde é significativamente mais elevada do que a inflação geral verificada no país. Quem calcula a inflação médica no Brasil é o IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). Ao mesmo tempo, os reajustes de planos de saúde são regulados pela ANS, que autorizou reajuste de 13,57% referente ao período de maio de 2016 a abril de 2017. Fica claro que apesar dos custos de planos privados estarem bem distantes do ideal para os brasileiros, esta é uma conta que não fecha com muita facilidade.

Este efeito de descolamento da inflação geral e da inflação médica não é verificado somente no Brasil, essa diferença entre esses índices existe também em outros países e continentes. Na China do ano de 2009 a inflação era negativa (-0,68%) ao passo que a inflação médica foi de mais de 10%. No mesmo ano, a Irlanda teve um descolamento entre os índices de 13,7 p.p. e o Reino Unido de 7 p.p. para os anos de 2009, 2010 e 2012 (Textos de Discussão nº 52 do IESS, 2014).

⁸ O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que sirvam de embasamento para implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar (www.iess.org.br).

Gráfico II – Inflação Médica no Mundo no ano de 2015.



Fonte: <http://www.healthco.com.br/blog/2016/9/23/por-que-os-custos-da-sade-sobem-tanto>. Acesso em 02/10/2016.

A inflação líquida já é apurada descontando a inflação geral verificada na economia. A inflação bruta é a soma das duas inflações.

A Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) é um índice produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que serve de indicador do comportamento dos custos no mercado de saúde. A alta de 19% registrada nos últimos 12 meses, encerrado em março de 2016, é uma das mais altas já verificadas no primeiro trimestre de um ano, ao passo que a inflação medida pelo IPCA ficou em torno de 9,4% para o mesmo período (IESS, 2016).

A decomposição de cada item de despesa assistencial do VCMH do IESS indica que 60% do índice decorre de internações hospitalares, 15% de exames, 11% de consultas, 10% de terapias e 4% de outros serviços ambulatoriais. Tal distribuição dos custos na

saúde remontam exatamente ao modelo que privilegia o hospital ao invés do restante na cadeia de saúde.

Muitas razões explicam esse alto índice de VCMH atualmente registrado. A crise econômica e o aumento do desemprego, maior acesso a planos de saúde privados, são as razões circunstanciais desse aumento. O envelhecimento da população, as falhas de mercado como a falta de clareza de informação e a forma de remuneração de serviços são as razões sociais e mercadológicas que ajudam no impacto crescente dos custos. Com a crise, e o decorrente aumento do desemprego, os indivíduos temerosos de perder o emprego e ficarem sem o plano de saúde, tendem a antecipar gastos com saúde de toda a família, impactando no VCMH que será registrado. O envelhecimento da população gera um aumento de gastos com doenças crônicas e degenerativas que também sensibilizam o índice. O mais importante e negativo alavancador de custos na saúde é o atual modelo de remuneração de serviços Fee for Service, que como descrito nos próximos capítulos do estudo, estimula gastos e desperdícios no mercado para obtenção de uma melhor remuneração (Harvard Business Review, 2015).

Como observado, a inflação da saúde é maior que a inflação geral no mundo todo, mas no Brasil ela é maior, e caso essa situação perdure por mais tempo, sem que uma mudança substancial seja implementada, dificilmente conseguiremos arcar com os custos assistenciais.

4.4. Judicialização da Saúde

Um outro tema bastante relevante para o sistema suplementar de saúde é a crescente judicialização que vem ocorrendo no setor. Muitos executivos da saúde apontam que os tribunais vem criando um sistema paralelo, deferindo liminares e tutelas para garantir atendimentos ora desnecessários, ora sem cobertura contratual, sempre sob o argumento da dignidade humana, e muitas vezes legislando sem conhecimento de causa. Há um caso clássico de UNIMED do Nordeste, onde uma liminar foi concedida para uma cirurgia bariátrica em uma menina de 18 anos que havia sido negada pela área médica da operadora, a paciente foi a óbito menos de 24 horas após a cirurgia. Todos os critérios de eleição para indicação da cirurgia pela medicina baseada em evidências foram descumpridos neste caso.

Em apenas dois meses de 2015, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, impetraram 6.930 ações relacionadas à saúde, de um total de 14.978 dos mais variados temas. São Paulo foi o estado com maior judicialização na saúde em 2015, e o Rio Grande do Sul o maior proporcionalmente ao número de habitantes (Interfarma, 2016).

A Corregedoria-Geral da Justiça de São Paulo após receber denúncia de supostas irregularidades em 120 ações judiciais contra operadoras de saúde para realização de cirurgias de hérnia de disco, emitiu um alerta para que os juízes do Tribunal de Justiça sejam mais cerimoniosos na análise de processos referentes a casos semelhantes. As ações geraram desconfiança por conter uma gama de semelhanças. Uma boa parte dos casos tinha representação dos mesmos escritórios de advocacia, envolviam prescrições dos mesmos médicos e os mesmos relatos em varas diferentes (ABRAMGE, 2016).

O SUS também vive esse movimento de judicialização, sendo obrigado por força de liminar a cobrir tratamentos e remédios com custos estratosféricos, gastando recursos que serviriam para a coletividade e não para um determinado caso individual. Além disso, liminares com internações em hospitais públicos tiram da fila aquele paciente que aguardava seu atendimento, sem ter tido uma análise mais profunda do grau de urgência de um paciente ou de outro. Também não se discute na esfera judicial os abusos na prescrição, grande parte das vezes motivada pela indústria farmacêutica ou de materiais cirúrgicos como órteses e próteses (OPME⁹) que seduzem profissionais com viagem a congressos, treinamentos patrocinados, comissões e outras formas de vantagem.

Somente no ano de 2015 o volume de despesas com ações judiciais chegou a R\$ 1,2 bilhões para a União, representando um crescimento de 727% nos últimos seis anos para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de

⁹ OPME é a sigla utilizada por empresas e profissionais de saúde do Brasil para referenciar as Órteses, Próteses e Materiais Especiais. As OPMEs são insumos utilizados em uma intervenção médica ou odontológica, diagnóstica ou terapêutica. Não há uma definição específica ou objetiva para as classificações das OPMEs, sendo este nome muitas vezes utilizado para indicar dispositivos ou materiais, de alto valor, utilizados em procedimentos médicos.

cirurgias e depósitos judiciais, e que estão causando prejuízos tanto para a saúde pública quanto a privada (segurosinteligentes/PortalRH).

Segundo o Procurador da República Diogo Castor de Mattos, do MPF do Paraná:

Do meu ponto de vista, deve haver uma racionalização das decisões. O STF (Supremo Tribunal Federal), quando decidiu sobre o tema, definiu balizas rígidas que vêm sendo seguidas pelos juízes federais. O problema é que, na Justiça estadual, ainda há um descontrole muito grande com relação à concessão de medicamentos pelo SUS ou de coberturas ampliadas dos planos de saúde, que geram um excessivo ônus para o coletivo.

Hoje já existe muita discussão por parte de juristas, profissionais de saúde e sociedade acerca da necessidade de uma especialização do judiciário com relação a questões de saúde. Na Bahia, estado com o maior número de ações sobre saúde, criou-se em algumas comarcas um cargo para um médico plantonista para orientar juízes em pedidos de liminares e tutelas requeridas em caráter de urgência nos plantões judiciais dos juizados especiais.

O Ministério da Saúde em 2016 iniciou uma investigação sobre uma suposta Máfia da Judicialização, para apurar dados de médicos, pacientes, advogados e juízes, no cruzamento de dados autores se repetem em ações para forçar o SUS a fornecer medicamentos não disponíveis no sistema público de saúde. O objetivo da ação do MS é desvendar grupos que tenham obtido vantagens ilícitas (O Estado de São Paulo, 2016).

A crescente judicialização da saúde, obviamente excluindo os casos com procedência, tanto na esfera privada como na pública, prejudica planejamentos com relação às ações de saúde, criam nichos indevidamente privilegiados e atravanca o andamento de tribunais e varas pelo Brasil afora.

4.5. Os Desafios do Sistema Suplementar

Os vetores que tornam o financiamento da saúde suplementar um desafio são conhecidos. O envelhecimento da população nas últimas décadas, que impacta em custos maiores com doenças crônicas e degenerativas como diabetes, hipertensão e todos os tipos de câncer, o uso indiscriminado de tecnologias cada vez mais caras e sofisticadas, com o olhar faminto das indústrias farmacêuticas e de insumos médicos,

a alta judicialização, muitas vezes banalizada, estão certamente entre eles. Mas certamente entre os principais predadores do sistema, e de qualquer sistema, são as fraudes e abusos cometidos na prestação de serviços, que gera um desperdício gritante para o setor. Calcula-se que esse desperdício nos Estados Unidos da América, um dos países que mais gasta com saúde, está entre 20 e 30% de todos os gastos do sistema (REIS e MANSINI, 2013).

Pelo menos é isso que aponta o estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que indica um desperdício entre US\$ 543 bilhões e US\$ 815 bilhões por ano no país. Os valores representam, como já falado no parágrafo anterior, de 20% a 30% do total aportado no setor ou de 3,6% a 4,5% dos Produto Interno Bruto (PIB) americano.

No Brasil, estima-se que o desperdício pode chegar a 40% com recursos sendo empregados em procedimentos e tecnologias que não são realmente necessárias ao atendimento realizado para dado paciente.

Um bom exemplo é o quadro abaixo que representa o número de ressonâncias magnéticas no Brasil SUS, Brasil Saúde Suplementar e outros Países. Lembra-se que uma vez adquirido o aparelho de ressonância, que custa alguns milhares de Reais, ele precisa ser utilizado.

Quadro VI - Taxa de Utilização de equipamentos de ressonância magnética no Brasil e países selecionados

PAÍS	Ressonância Magnética Taxa/1.000
Brasil SUS	3,4
Brasil Saúde Suplementar	68,3
Austrália	23
Canadá	47,6
Chile	7,4
Estados Unidos	97,7
Média OCDE	46,3

Fonte: Mapa Assistencial ANS abril 2013.

Por último, mas nem menos importante é a forma que o Brasil, seguindo modelos de outros países, decidiu por remunerar os serviços de saúde. O Fee for Service (Pagamento por Procedimento) que e será alvo da discussão principal do estudo em outro capítulo.

5. MODELOS DE PAGAMENTO E O FRACASSO DO FEE FOR SERVICE

Os custos com o financiamento do sistema de saúde no Brasil vêm crescendo exponencialmente e é provável que esse cenário não mude em um curto espaço de tempo. Operadoras de Saúde, prestadores de serviços médico-hospitalares e sociedade deveriam reformular suas estratégias para construir um modelo com menos desconfiança entre as partes, mais transparência, mais ética e com a real preocupação com o bem-estar das pessoas e dos profissionais.

Para tanto, é necessário buscar por uma negociação e por novos modelos de remuneração de serviços do sistema. Hoje o cenário é duvidoso. Há uma desconfiança severa entre aqueles que contratam serviços (Operadoras em geral e usuários de planos privados de assistência médica ou odontológica) e os que vendem serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e profissionais de saúde não médicos). É uma indicação de cirurgia questionável, é uma cobertura assistencial obscura, sessões de Fisioterapia e Fonoaudiologia que nunca tem alta, remédios caros em detrimento de outros mais baratos, resistência ao uso de genéricos que possuem menor margem etc., Cenário ideal para um mercado imperfeito e muitas vezes injusto.

Segundo CESCHIN (2015, p.154):

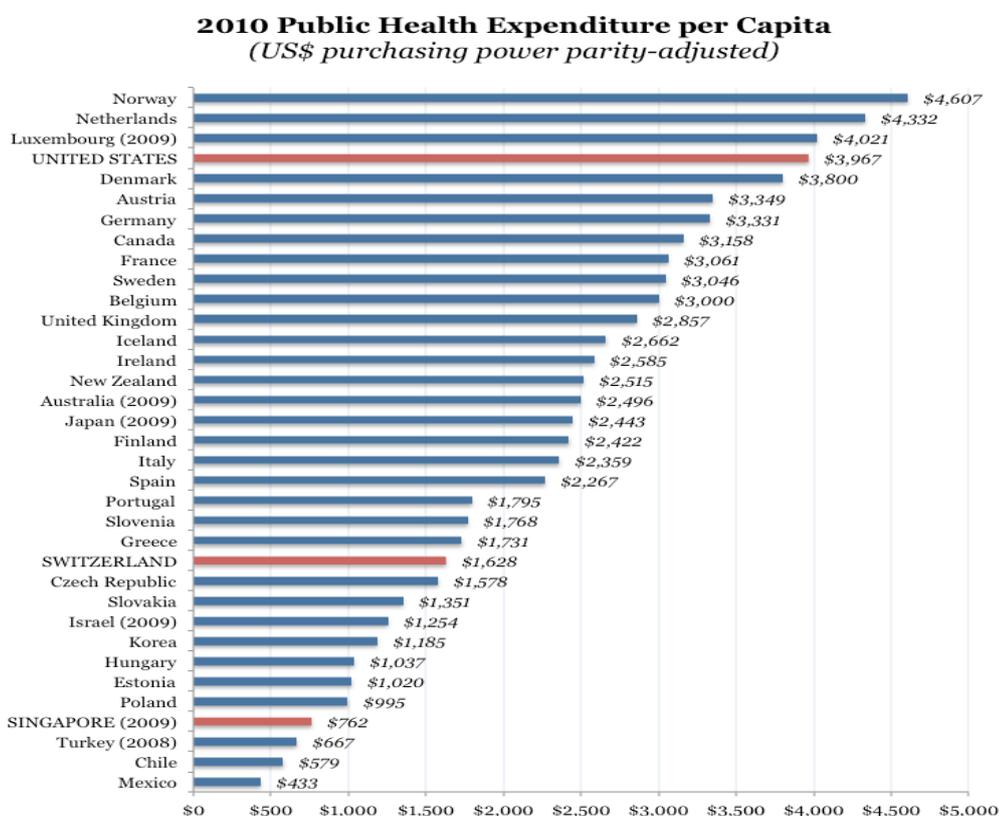
O que o setor precisa não é de subsídio, mas de um novo modelo produtivo mais eficiente, crescimento econômico e social e previsibilidade e transparência nas regras para poder crescer com qualidade e segurança.

A construção de um novo modelo de pagamento e de um novo mercado, não mais voltado para o tratamento de doenças, e sim focado no indivíduo de forma integral, não é simples e exige um pensamento positivista e ousado. Não é à toa que os sistemas de saúde em todos os países enfrentam problemas gravíssimos, tanto na qualidade de vida das pessoas e falta de cuidados com a própria saúde, nos imensos desperdícios verificados, a facilidade de fraudes e a ganância desenfreada da indústria farmacêutica ou de insumos de saúde. Para se ter uma ideia, o Estados Unidos tem um dos maiores gastos com saúde do mundo e um

dos piores indicadores de saúde dentre os países mais ricos (*Global Burden of Disease Study, 2013*). Sua população sofre com obesidade, problemas cardiológicos, diabetes e câncer. Tem hábitos alimentares terríveis e padece de uma saúde mental comprometida.

Segue abaixo um demonstrativo dos gastos públicos *per capita* com saúde nos países da OCDE em 2010.

Quadro VII – 2010 - Gastos Públicos *per capita* com Saúde nos Países da OCDE em 2010.



Fonte: <http://mercadopopular.org/2015/07>. Acesso em 12/09/2016.

5.1. O Modelo de Pagamentos no Brasil

O Brasil tornou-se um dos maiores mercados de saúde privada do mundo e o setor vem crescendo ao longo da última década. Somente entre os anos de 2015 e 2016, devido à queda no nível do emprego, muitos trabalhadores deixaram de ter acesso a planos de saúde privados e o mercado perdeu mais de milhão de

usuários, mas assim que o mercado de trabalho reaquecer, muitos retornarão ao mercado suplementar de saúde.

A forma de remuneração de serviços médico-hospitalares no Brasil é o Fee for Service, ou na tradução, pagamento por procedimento. O Fee for Service é um sistema de pós-pagamento, onde a unidade de serviço é apresentada em conta aberta, item a item, e não tem qualquer correlação com a qualidade ou o resultado do atendimento ou do procedimento realizado. Isso representa praticamente um cheque em branco, com valor final desconhecido, dado o incentivo a enxertar as contas com o maior número de itens possível, chegando ao maior valor final possível. Não há previsão e o desperdício é bem remunerado. A comparação feita na introdução do estudo, com bombeiros sendo remunerados por cada incêndio apagado, é bem sucedida nesse caso.

Segundo VARELLA (2015, p.40): “Esse abuso na solicitação de exames ocorre porque existe a impressão de que não custam nada nem para o doente e nem para o médico”.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), juntamente com representantes dos hospitais e os representantes de planos de saúde assinaram, em 6/12/2012, acordo para adoção de novos modelos de remuneração dos atendimentos feitos aos clientes dos planos de saúde, buscando a utilização de boas práticas de gestão, tanto nos hospitais quanto nos planos de saúde. A intenção é que hospitais passassem a oferecer produtos mais completos às operadoras de saúde privada, onde um procedimento cirúrgico, por exemplo, fosse apenas um item da conta, já com tudo que é necessário para realizá-lo incluído.

Como relata Carlos Figueiredo, Gerente de Relação com Prestadores da ANS (www.ans.gov.br, 2012):

Com isso, mudam os incentivos. Torna-se fundamental que os hospitais busquem comprar os melhores insumos pelos menores preços e que as equipes assistenciais participem da formatação dos serviços hospitalares. A mudança do modelo possibilita o reconhecimento e a premiação das melhores equipes e muda a relação com os planos de saúde, que passam a analisar a indicação clínica que o paciente possuía para o procedimento e a qualidade dos

serviços prestados, ao invés de analisar a composição das contas, agilizando o processo de autorização dos procedimentos para os pacientes e o pagamento para os hospitais.

Para a concepção desse novo modelo a ANS formou um grupo de trabalho compostos por vários representantes do setor como a Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB, Confederação Nacional de Saúde – CNS e Federação Brasileira de Hospitais – FBH e dos planos de saúde como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS e UNIMED do Brasil.

Para que esse modelo seja de fato implantado cada ator do sistema precisa rever conceitos e práticas. É necessário criar novos protocolos assistenciais, novas rotinas de atuação, rever seus modelos de gestão e muita educação continuada para técnicos e gestores. A tarefa é árdua e por isso, apesar de todo incentivo da ANS, que não regula prestadores de serviços, muito pouco foi feito. É preciso abandonar os modelos antigos e buscar abandonar o modelo Fee for Service. Apesar do modelo estar obviamente fracassado atende ao interesse de alguns e está em vigor há décadas num mercado muito regulado de um lado e pouco do outro.

5.2. Modelos de Pagamento

Antes de seguirmos na crítica ao modelo existente, e passarmos a falar da construção do novo, é válido destacar alguns outros modelos que existem de fato ou na teoria dos pesquisadores do tema. São eles:

✓ Fee for Service (FFS):

Modelo utilizado há décadas no Brasil. O prestador é remunerado por procedimento. As partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou conjunto deles. Os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O

desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Remunera-se a quantidade, não a qualidade; reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remuneradas.

Este modelo tem estimulado a aplicação de glosas pelos pagadores, baseadas em recursos técnicos ou administrativos, ou aplicadas simplesmente de forma linear; elas se transformaram num dos principais instrumentos de pressão por parte das fontes pagadoras. Há, entretanto, operadoras que tentam evoluir para um modelo de diária compacta, que reduziria o custo administrativo de pré-análise de contas hospitalares, auditorias médicas e glosas. (Glosa é o não pagamento de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelos prestadores por falta de documentação adequada ou incorreção dos valores cobrados, entre outros fatores). (BICHUETTI e MERE, Harvard Business Review, 2016¹⁰).

✓ **Capitation (per capita):**

Os prestadores de serviços em saúde recebem um valor fixo mensal por pessoa coberta, o qual remunera todos os serviços de saúde ao longo de um período. O valor pode ser ajustado conforme necessidades específicas.

Depende substancialmente das informações relacionadas aos riscos populacionais geograficamente distribuídos, requer sólida e complexa base estatística das enfermidades, região por região, faixa etária, raça, sexo e outros segmentos. Ao ser estabelecido um valor por associado e definido um hospital para o atendimento, poderá haver variações nos procedimentos, o que exige revisões dos valores acordados. Prestadores podem também receber um bônus, ou sofrer uma penalidade,

¹⁰ José Luiz Bichuetti foi CEO de empresas de diferentes setores, como complexos hospitalares e uma operadora de planos de saúde. Cursou o OPM-Owners/Presidents Management Program, da Harvard Business School. Autor do livro Gestão de pessoas não é com o RH.

Yussif Ali Mere Jr. é presidente da Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP) e vice-presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS). Diretor executivo do Grupo Lund de Nefrologia.

dependendo da evolução dos resultados. Mas tanto um quanto outro são calculados sobre a base populacional. Porém, já é difícil de se medir qualidade, sobretudo sobre uma base populacional com dados estatísticos limitados e sobre a qual o prestador não tem controle.

Os pacientes não estão preocupados com resultados populacionais, e sim com suas próprias necessidades, e a liberdade de escolher o prestador dos serviços de saúde. É fato que esse tipo de escolha começa a sofrer certas restrições: as fontes pagadoras passaram a limitar certos serviços a determinados prestadores, ou a facilitar aprovações de procedimentos para hospitais que lhes são mais convenientes. Mas, ainda assim, o paciente tem certo grau de liberdade.

Já tivemos no Brasil tentativas de aplicação do *Capitation*, porém sem resultados práticos, pois as estatísticas existentes não respaldam o modelo e não há a preparação adequada, seja de prestadores, seja de pagadores dos serviços. Esse modelo seria mais aplicável à rede pública, e um conceito semelhante tem sido utilizado para pagamento a hospitais privados que atendem pelo SUS, ainda assim com falhas, concentrando a avaliação de desempenho somente em índices quantitativos.

✓ **Pagamento por Performance (P4P):**

É o uso de incentivos para melhoria da qualidade da assistência nas suas principais dimensões: eficiência (processo e custo), efetividade (resultado), e centralidade no paciente (experiência do paciente com o cuidado recebido). O sistema de incentivos é entendido nesse contexto como uma variedade de regras concebidas para motivar médicos nas suas atitudes frente à utilização correta dos recursos, qualidade dos seus atos entre outros, incluindo uma nova gestão dos recursos humanos e das organizações de saúde.

✓ **Bundled Services:**

O prestador de serviços, neste modelo, recebe um valor acordado com a operadora pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo o tratamento de uma condição específica (por exemplo, insuficiência cardíaca, diabetes).

É uma das modalidades do P4P — *Pay for Performance*, que permite usar incentivos com base em desempenho, não apenas financeiro, que virá a seguir.

Os prestadores têm, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento de determinada condição. O modelo leva em conta a melhoria do desempenho dos tratamentos, tanto em economias como em qualidade, e isso requer uma base de dados sobre o histórico do paciente e da população. Aqui também o risco recai sobre o prestador, e não é compartilhado pela fonte pagadora.

O modelo defendido por Porter/Kaplan¹¹ poderia ser mais aplicável. É, porém, complexo para implementação e demandaria grande esforço, boa vontade e colaboração entre as partes envolvidas, num mercado onde os stakeholders se fecham cada um dentro de sua muralha. Certa vez em uma palestra ocorrida no Brasil, Porter disse que esse método exigiria um volume maciço de informações sobre a evolução populacional e suas doenças para viabilizar as análises evolutivas dos resultados, em qualidade e economia; essa base de dados dependeria de contínua troca de informações entre prestadores de serviços.

O prestador de serviços precisaria estar bem estruturado porque a sua rentabilidade e a fidelidade do pagador dependem de seu desempenho, no qual redução de custos operacionais e colaboração interna são fundamentais. Esse sistema requer especialização do hospital, como nos exemplos citados por Porter/Kaplan. No Brasil, a predominância é de hospitais gerais; há poucos especializados e alguns já se abrem para outras especialidades. Em hospitais de corpo clínico aberto esbarra-se em interesses particulares dos médicos, categoria profissional que, pelas próprias características da formação, é pouco propensa a “trabalhos em equipe”, mas da qual depende fundamentalmente a notoriedade de todo hospital.

✓ ***Diagnosis Related Groups (DRG):***

¹¹ Michael Eugene Porter é um professor da Harvard Business School, com interesse nas áreas de Administração e Economia. É autor de diversos livros sobre estratégias de competitividade. Robert S. Kaplan é professor da Fundação Baker na Harvard Business School, dos Estados Unidos, e co-criador, juntamente com David Norton, do método de gestão Balanced Scorecard.

Neste modelo se remunera mediante um único pagamento para um conjunto de serviços prestados, conforme o diagnóstico.

Tem como base a CID (Classificação Internacional de Doenças), que padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Ela fornece códigos relativos à classificação de enfermidades e de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas de ferimentos ou doenças.

Este modelo desconsidera o ciclo completo de atenção para o tratamento da doença, e os pagamentos são feitos separadamente, a cada especialista, o que pode descoordenar o serviço. Tem a vantagem de homogeneizar as categorias de doenças, e está sendo usado no Brasil para a definição de pacotes de serviços dentro do modelo Fee for service. Exige flexibilidade para ajuste de preços ao longo do processo.

Tanto no *Bundled Services* quanto no DRG há barreiras para precificação, pois há variações nas comorbidades, o que se reflete em variações nos diagnósticos. Procedimentos mais simples e previsíveis (apendicite, parto e outros) poderiam ser precificados sem risco de grandes variações nos procedimentos. Outros, mais complexos ou de natureza clínica, teriam maior dificuldade, pois sua variabilidade é maior. Num país de grande extensão geográfica e de desigualdades socioculturais regionais, a precificação teria de ser regionalizada, pois as incidências de doenças variam entre as regiões. No interior falta mão de obra médica; há localidades nas quais há um ou dois especialistas por tipo de enfermidade, ou nenhum. Como incentivar os médicos e medir desempenho quando eles e seus hospitais são únicos no local?

5.3. A Busca por um Novo Modelo

O que emperra a adoção de um modelo adequado a prestadores e pagadores?

A obtenção de consenso sobre um modelo de pagamento adequado ao Brasil esbarra em alguns obstáculos:

- Prestadores são pulverizados pelo país, e mesmo nos grandes centros são poucos os grandes complexos de serviços de saúde. Não há união entre os prestadores que

possibilite um trabalho conjunto destinado a obter um modelo benéfico a todos. Impera o individualismo.

- Fontes pagadoras parecem não estar dispostas a assumir riscos de mudança de modelo. Com maior poder de barganha do que as centenas de prestadores independentes, elas se acomodam com o status quo do FFS, pressionando por preços baixos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incentivou a formação, em 2013, de grupos de trabalho entre hospitais e fontes pagadoras para debater possíveis soluções; o empenho foi descontinuado pela ausência de participantes. Dito dessa forma, parece que a “culpa” recai somente sobre os pagadores; vale, porém, destacar que eles também sofrem pressões decorrentes de aumentos de sinistralidades, impactando seus resultados, transformando-se em um dos principais influenciadores de seu modo de operação e negociação.

- Muitos médicos trabalham em diferentes hospitais e não são fiéis a eles. Atendem a vários pacientes por hora para compensar a baixa remuneração e solicitam exames em excesso, seja por não dedicar tempo a uma análise clínica aprofundada do paciente, seja por falta de segurança. A forma como são contratados desestimula-os a desenvolver dedicação à instituição; eles são executores, e não gestores de saúde preocupados com todo o ciclo de tratamento dispensado aos pacientes.

- Esses modelos exigem regras claras para seu adequado funcionamento e padronização de processos e insumos para uma segura formulação de preços. Deixam, também, um risco para o prestador quando este assume as responsabilidades pelo financiamento e pela qualidade do serviço prestado, além de exigirem envolvimento médico para que o desfecho clínico seja o melhor possível.

- Ações como a implantação de uma plataforma disponibilizada pela fonte pagadora que possibilite ao médico acompanhar a trajetória do paciente na rede credenciada poderia reduzir o número de solicitações de exames e/ou de repetições de tratamentos sem bons resultados, sobretudo aos doentes crônicos. O sistema TISS — Troca de Informações na Saúde Suplementar —, implantado por iniciativa da ANS, está formando uma base de dados, porém seu uso ainda é restrito. Como diz Kaplan, “o que não é medido, não é gerenciado”.

Soluções podem existir, mas demandam um esforço conjunto entre os atores. Alterar simplesmente o modelo de remuneração sem a conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial é buscar solução de curto prazo que arrastaria para o futuro as mesmas mazelas do sistema atual.

5.4. A Operação Mister Hyde

À época da escrita deste estudo, a Polícia Civil e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) deflagraram um esquema criminoso que envolve médicos e empresários do Distrito Federal, que foi fortemente veiculado nas mídias, cuja operação levou o nome de Mister Hyde, nome dado em homenagem a um livro de terror.

Após a denúncia de uma paciente, que ao fazer uma cirurgia de coluna revelou terem deixado um arame de 50 cm em sua jugular, as apurações iniciaram em março do ano de 2016. Já em setembro, com a primeira parte da operação em andamento doze pessoas foram presas sendo 7 médicos e 5 empresários do setor e funcionários de um hospital da Asa Sul, além de 22 mandatos de busca e apreensão e 4 conduções coercitivas. O esquema consistia em sabotagens em procedimentos médicos para que um novo fosse necessário, na utilização de produtos vencidos em cirurgias, na troca de materiais por outros mais caros e sem necessidade imperiosa, procedimentos desnecessários dentre outras ações. Segundo estimativas da Polícia Civil cerca de 60 pacientes em 2016 foram até agora vítimas do esquema. O objetivo era fraudar procedimentos para aumentar a remuneração pelos serviços, causando enormes prejuízos às operadoras de saúde. Vício não muito raro de ser ver num mercado remunerado por Fee for Service.

Ainda em setembro, com o anúncio da apuração da Mister Hyde, quinze novos pacientes se apresentaram como vítimas do esquema criminoso e o número não para de crescer. Novos esquemas em outros estados brasileiros já estão em curso e seus resultados não tardam a aparecer. A propina geralmente era paga por depósito nas contas dos próprios médicos ou entregues em espécie. Segundo

os investigadores o grupo sabia quais operadoras de saúde aceitariam cirurgias com mais facilidade por terem auditorias mais frágeis. Além das cirurgias desnecessárias, o golpe se dava em cima das OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais). Uma cirurgia de coluna pode chegar, somente com o OPME, a custar mais de R\$150.000,00, fora custos hospitalares e honorários da equipe médica.

Segundo o Delegado-chefe do caso, Luiz Henrique Dourado Sampaio (João José Forni, Comunicação e Crise, 2016):

O interesse dos médicos era obter lucros ilícitos. A conduta menos grave é o superfaturamento. As conversas que foram gravadas demonstram que a menor preocupação dos envolvidos é a saúde do paciente. Cada paciente era uma vítima, um projeto financeiro para obtenção de lucro.

De acordo com o Ministério Público, o Conselho Federal de Medicina será chamado para que os médicos denunciados na operação Mister Hyde sejam punidos e impedidos de exercer a profissão. Há indícios ainda de que o setor público também seja alvo das mesmas atrocidades. Abaixo os números da operação até o momento:

- 21 mandados de busca e apreensão;
- 13 mandados de prisão (oito temporárias e cinco preventivas);
- Quatro conduções coercitivas;
- Sete médicos e um servidor da Secretaria de Saúde estão entre os alvos;
- Prisão de dois sócios da empresa TM Medical;
- Condução coercitiva de um diretor do Hospital Home;
- 240 policiais civis, entre delegados e agentes;
- 21 promotores do MPDFT;
- 21 agentes de segurança do MP;

Na segunda fase da Operação Mister Hyde, deflagrada em outubro de 2016, agentes de segurança cumpriram novos mandados de condução coercitiva e de busca e apreensão. Desta vez o alvo do escândalo foi um hospital do Lago Sul, acusado de privilegiar empresas de materiais com respectivo pagamento de propinas a médicos e funcionários, com o intuito de lesar operadoras privadas de saúde. Médicos e

empresários do setor de materiais cirúrgicos, além de proprietários de hospitais, chegavam a provocar uma piora no estado de saúde dos pacientes para simular a necessidade de utilização de maior quantidade de materiais.

Segundo reportagem do jornal Correio Braziliense (em 31.11.2016), só nessa segunda fase, há indícios de que os envolvidos tenham movimentado mais de 30 milhões de Reais, em quatro grupos que atuavam no Distrito Federal. O primeiro tratava de encaminhar pacientes para cirurgias desnecessárias. O segundo grupo agia alterando as descrições cirúrgicas relatando materiais de alto padrão, e na verdade utilizavam materiais de origem bem mais simples e barata. No terceiro, indicavam um número de materiais e equipamentos a serem utilizados bem maior do que o efetivamente necessário e o último grupo de incumbia de realizar o pagamento das propinas aos respectivos integrantes do esquema criminoso.

Após a divulgação na mídia da segunda fase da operação mais quatro denúncias foram apresentadas à polícia, desta vez envolvendo mais de 50 especialistas entre ortopedistas, neurocirurgiões e dentistas cirurgiões buco-maxilo. Muito dinheiro, documentações de pacientes e armas foram encontrados nas residências dos investigados.

5.5. O Fracasso do Fee for Service

Como se pode notar, é consenso entre os agentes do mercado de saúde suplementar brasileiro que o grande desperdício que existe e os altíssimos custos hospitalares, em internações e procedimentos cirúrgicos, vem do modelo de pagamento Fee for Service adotado no Brasil (IESS, 2016).

Nesse modelo, os itens são cobrados na conta um a um, ou seja, é cobrado por produção e claramente estimula o consumo, e não guarda relação com a qualidade e eficiência do serviço prestado. Os recursos recebidos pelos hospitais são investidos em novas instalações de luxo, incorporação de novas tecnologias, aparelhos de última geração, visto que no mercado de saúde os valores de venda dos serviços são baseados nestes critérios e não nos melhores resultados alcançados. Por sua vez, as operadoras privadas de saúde, necessitando reduzir custos e desperdícios, contratam

hospitais que tem tabelas mais econômicas, também não guardando nenhuma relação com os resultados esperados em saúde. Isso combinado traz para a sociedade uma distorção na finalidade do negócio saúde e o resultado final é pior para todos os componentes do sistema.

O modelo de conta hospitalar “aberta” compreende item a item utilizado no ato cirúrgico, e balizará a conta final com os itens:

- Diárias – Quantidades de diárias de Apartamento, Enfermaria, UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal dentre outras;

- Taxas de Sala – É o Centro Cirúrgico propriamente dito, se a taxa é de cirurgia de Porte 1, 2, 3 em diante, de acordo com a complexidade;

- Taxas de Equipamento – Um a um todos os equipamentos utilizados. Ex.: Taxa de Monitor Cardíaco, taxa de Microscópio Cirúrgico, taxa de instalação de soro, taxa de intensificador de imagens etc.;

- Materiais – Luvas estéreis, equipo de bomba, fios cirúrgicos, algodão, gaze, catéteres, agulhas, campos cirúrgicos etc.;

- Medicamentos – Todos os medicamentos envolvidos nominalmente e miligramagem;

- Gasoterapia – Quais os gases utilizados e suas quantidades. Ex. Oxigênio, óxidos, gás carbônico, ar comprimido;

- Exames Diagnósticos – Todos os exames realizados. Tomografias, ressonâncias, ultrassom, exames laboratoriais (sangue, uréia, lipidograma);

- OPME (Órteses Próteses e Materiais Especiais) – Os materiais específicos do procedimento cirúrgico. Marcapasso, *stent* coronariano, prótese de quadril, balão intragástrico – Existem mais de 70.000 itens descritos em literatura;

O modelo Fee for Service de conta aberta estabelece vantagens e desvantagens para o setor saúde como um todo (Bichuetti e Mere, Harvard Business Review Brasil, 2016). Podemos exemplificá-las.

Vantagens:

- ✓ Modelo mais confortável para o hospital, pois cabe a cobrança de todos os insumos e equipamentos que possam ser utilizados;
- ✓ Permite maior liberdade ao profissional médico para utilizar, prescrever e solicitar para o paciente tudo aquilo que ele entender como cabível;
- ✓ Gera uma rápida incorporação e utilização de novas tecnologias no que tange a materiais descartáveis, medicamentos e OPME, que são lançadas no mercado;

Desvantagens:

- ✓ Não oferece previsibilidade para a fonte pagadora dos custos finais com a internação;
- ✓ Estimula-se o pagamento da doença e não da saúde, dado que quanto mais complexo for o procedimento e os itens envolvidos na cobrança, maior será a lucratividade do hospital;
- ✓ Aumenta o desperdício pela ocorrência de fraudes e pagamentos de incentivos por parte das indústrias e fornecedores de insumos de saúde, como materiais e medicamentos;
- ✓ Burocratiza o processo de cobrança gerando gastos financeiros com auditorias e pessoal administrativo para confecção das contas hospitalares;
- ✓ Aumenta a desconfiança entre os agentes do mercado. Hospital e Operadora de saúde divergem sobre os itens cobrados e sobre a real necessidade da utilização;
- ✓ Não é sustentável ao longo do tempo;

O sistema vive atualmente o que já se observa há muitos anos, como afirma ANDREAZZI (p. 17, 2003):

O problema mais relevante, no entanto, foi a chamada demanda induzida pela oferta, ou seja, a utilização de serviços de saúde em razão da recomendação do profissional, dada pela assimetria de informação entre ele e o paciente. Essa demanda tem um peso significativo na explicação da variação dos serviços.

O modelo de Fee for Service, como já muito demonstrado ao longo do estudo, tem seus custos aumentados sempre que os prestadores de serviços médico-hospitalares aumentam seus preços, quando fornecem maior quantidade de serviços e quando substituem serviços baratos por outros mais caros. O modelo neste sentido oferece grande incentivo a utilizarem os três. Fica claro que o atual modelo de remuneração de serviços na saúde suplementar fracassou.

6. UMA ANÁLISE DOS GASTOS HOSPITALARES SOB O PONTO DE VISTA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Tanto do ponto de vista da saúde pública quanto da saúde privada o modelo de sistema de saúde no Brasil é centrado na figura dos hospitais. Há problemas de acesso aos sistemas de saúde no que diz respeito à saúde primária, aquela buscada em consultórios médicos, em exames simples e em orientações de prevenção e promoção de saúde. O arcabouço hospitalar oferece atendimento imediato em pronto-socorro e o brasileiro ainda não tem a cultura de cuidados com a própria saúde.

No modelo privado, suplementar de saúde, o que vemos é que médicos à medida que evoluem em suas carreiras profissionais se desinteressam por atender a planos de saúde e o inverso ocorre com os hospitais e policlínicas, que hoje não sobrevivem mais sem os convênios, dado que o volume de pacientes particulares é cada vez menor. A remuneração de serviços complexos é enormemente mais atraente do que aquela oferecida aos serviços básicos, mais simples. Logo, se configura uma fórmula de melhorar a remuneração com o maior nível de intervenção em pacientes possível e um incentivo a utilização desenfreada de tecnologias, mormente em ambientes hospitalares e clínicas com equipamentos de última geração.

A variação dos custos médico-hospitalares, medida pelo IESS, deve ficar em 19% em 2016, um recorde desde o início da divulgação do indicador. Paralelamente a isso, o mercado perdeu quase dois milhões de beneficiários no sistema, o que, agregado à crise econômica, tumultua ainda mais o cenário no curto prazo.

Outro ponto que interfere fortemente na pressão dos custos hospitalares é o advento da incorporação de novas tecnologias, que imprimem altos custos para o sistema. Novos equipamentos e novos tratamentos e medicamentos que entraram no mercado encarece muito os tratamentos, que pelo sistema atual de remuneração geram estímulos a sua utilização em larga escala. Sem falar no envelhecimento da população dos últimos anos, que geraram um maior número de internações e mais gastos com doenças crônicas e degenerativas.

6.1. O Modelo de Saúde Esperado pela Sociedade

Um estudo recente comandado pela consultoria CATHO aponta que o que mais os funcionários de empresas privadas valorizam no seu emprego é o fornecimento de plano de saúde privado para si e para seus dependentes (CATHO, 2016). Pela pesquisa, segue abaixo os benefícios preferidos do trabalhador:

- 1) Assistência médica - 74,6%
- 2) Participação nos lucros - 57,2%
- 3) Vale-alimentação - 52,4%
- 4) Vale-refeição - 50,7%
- 5) Bonificação por desempenho - 45,6%
- 6) Vale-transporte - 42%
- 7) Assistência odontológica - 40,4%
- 8) Auxílio educação - 32,3%
- 9) Seguro de vida - 32,1%
- 10) Previdência privada - 27,8%
- 11) Cesta básica - 22,8%
- 12) Convênios/ descontos comerciais - 21,8%
- 13) Estacionamento - 12,9%
- 14) Veículo da empresa - 12,5%
- 15) Auxílio creche - 9,7%
- 16) Auxílio moradia - 8,6%
- 17) Celular fornecido pela empresa - 7,9%
- 18) Outros - 3,5%
- 19) Empréstimos consignados - 3,3%

Esse é um claro diferencial na aceitação de determinado cargo em uma dada empresa, e é também um fator preponderante de bem-estar profissional. Também é possível perceber que o maior desejo de quem não tem plano de saúde é tê-lo e aposentados tem tentado permanecer em seus planos de saúde laborais para não saírem da saúde suplementar no momento que mais precisam dela (CATHO, 2016).

O que se espera, enfim, de um modelo de saúde é que ele seja primeiramente confiável e incluyente. Que as coberturas estejam asseguradas, que a qualidade do atendimento de profissionais e estabelecimentos de saúde seja prioridade e que isso tenha um custo acessível e condizente com a sua estrutura financeira. O emprego formal, aquele com a carteira assinada está intimamente ligado ao nível de beneficiários com planos de saúde. "Por mais que exista sinais de melhora de expectativa da economia brasileira, não vemos, por enquanto, indícios concretos de melhoria do emprego formal, o grande fator sustentador de vínculos de planos de saúde", avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, em posicionamento sobre a crise financeira dos últimos meses (terra.com.br). Os planos coletivos empresariais, um benefício concedido pelas empresas a seus funcionários, representam 66,4% do total de contratações.

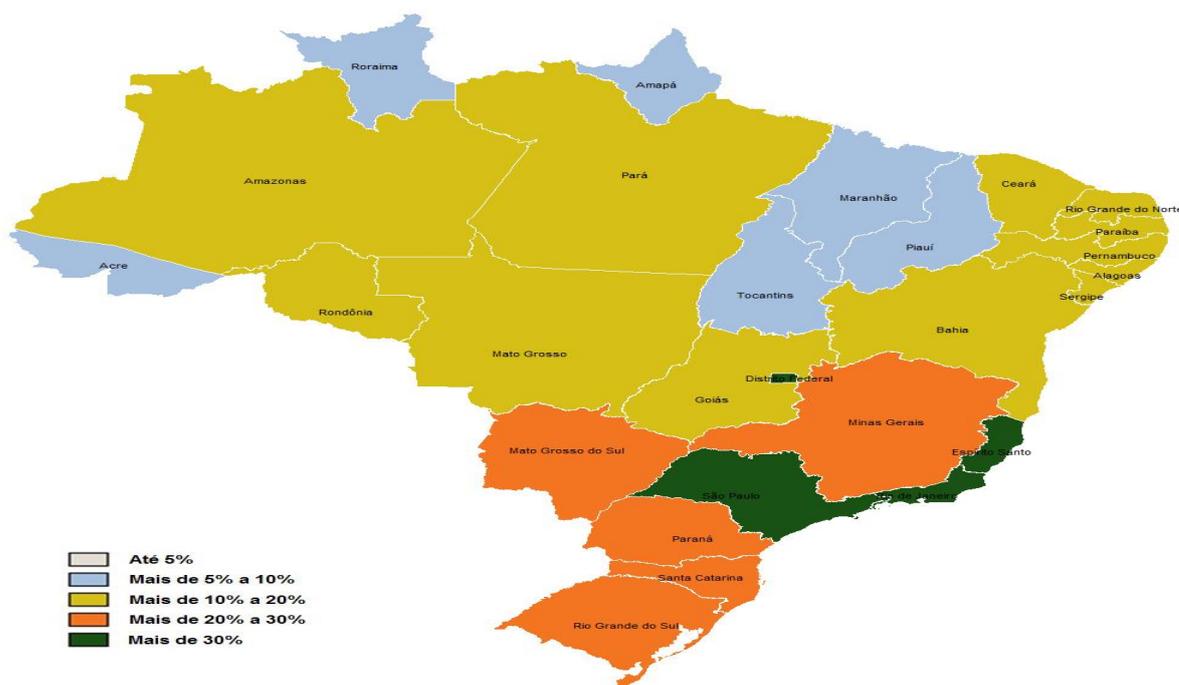
Isso explica em parte porque o mercado da saúde suplementar perdeu quase dois milhões de usuários no último ano devido a diminuição do nível de emprego formal. O custo de um plano de saúde é alto e o regime de um seguro saúde é de mutualismo, onde aqueles que não utilizam o plano subsidiam àqueles que o utilizam, e o maior gasto dos planos de saúde, e que os tornam tão caros, são os gastos hospitalares, sempre em ascensão.

Cerca de 40% dos gastos em saúde no Brasil são destinados ao pagamento de internações, enquanto exames respondem por 20% e consultas, que é o primeiro atendimento do indivíduo, apenas 18% (Revista Visão Saúde, 2016). Esse montante, segundo dados da ANS, totaliza mais de R\$119 bilhões em 2015. Dentre as despesas hospitalares, 22% se referem a compra de materiais médicos e 13% a compra de medicamentos. Além disso, as internações continuam respondendo, segundo o IESS, pela maior parte do crescimento da inflação médica, que na maioria das vezes é bem mais alta que a inflação geral verificada no país.

Conforme analisado em capítulo anterior, estima-se que 30%, em média, seja desperdiçado no setor de saúde suplementar. Dado pelo volume do custo com internações hospitalares, somado a procedimentos desnecessários ou realizados em equipamentos de maior complexidade que o ideal, verifica-se a ineficiência do mercado e a incapacidade, pelo menos até o momento, de se lidar com um problema que aflige não só a sociedade brasileira, que sofre com um sistema de saúde inexato, como também outros países, que também enfrentam a desvantagem do sistema Fee for Service e uma lógica de incentivos perversos praticados pelas indústrias farmacêuticas e de insumos hospitalares.

Também se pode afirmar que a distribuição de planos de saúde no Brasil está bem longe de ser igualitária regionalmente. Nas regiões mais ricas e desenvolvidas do Brasil o acesso a planos de saúde privados, e a existência de hospitais particulares, é mais evidente. Veja no quadro abaixo, que demonstra a cobertura de planos de saúde nos estados brasileiros, que as regiões Sul e Sudeste são as que mais oferecem acesso a planos, enquanto a região Nordeste e a região Norte, sobretudo, tem taxas fortemente mais modestas.

Quadro VIII - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Junho/2016).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 06/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012.

As despesas assistenciais do setor de saúde suplementar brasileiro atingirão em 2016 a cifra de R\$ 50 bilhões de Reais, segundo o “Custômetro” dos Planos de Saúde da ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde, que mensura a quantidade de recursos gastos pelas operadoras de planos de saúde médico-hospitalares na prevenção e cuidado à saúde de seus beneficiários. É a maior cifra já gasta nos primeiros cinco meses de um ano pelas operadoras, época em que o dado foi apurado.

Ainda segundo informações da ABRAMGE, com base em dados da ANS, 44,8% foram gastos com internações hospitalares, 32,6% com consultas, 17,1% com exames complementares e 5,5% com terapias como fonoaudiologia, psicologia dentre outras.

6.2. A Visão da Medicina Baseada em Evidências

A medicina baseada em evidências¹² (MBE) é entendida por uma combinação da boa pesquisa científica e a prática clínica. Em outras palavras, a MBE parte de provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica.

Apesar do modelo de sistema de saúde brasileiro ser pautado no critério da Medicina Baseada em Evidências, muitos procedimentos cirúrgicos ou medicamentos *off label* são prescritos no âmbito dos hospitais em caráter experimental com recursos privados e totalmente fora da cobertura legal de planos de saúde. Entende-se como medicamentos *off label* àqueles cuja prescrição em bula não condiz com a finalidade que está sendo atribuída. Um exemplo é um medicamento indicado em bula para tumores de reto, ter um prognóstico favorável para degeneração macular, uma vez injetado no olho do paciente. Estudos ainda iniciais apontavam que ele era eficaz, mas ainda em caráter experimental, dado que não havia sua indicação em bula, pois o laboratório fabricante não indicava o uso, e nem estava em último grau de testagem quando passa normalmente a ser utilizado para este fim e incluído em literatura

¹² Um dos criadores deste movimento foi o professor Archie Cochrane, pesquisador britânico autor do livro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (1972). Sua luta levou à crescente aceitação popular do conceito da medicina baseada em evidências. Seu trabalho foi reconhecido e homenageado com a criação dos centros de pesquisa de medicina baseada em evidências – os **Cochrane Centres** – e de uma organização internacional chamada de Cochrane Collaboration (Wikipédia,2016).

médica. O mesmo ocorre com a combinação de drogas quimioterápicas que manipuladas juntas saem da indicação usual.

Conforme CORREIA¹³ (medicinabaseadaemevidencias.com, 2016): “Medicina Baseada em evidências é a prática de tomar decisões individualizadas, norteando-se por conceitos científicos”.

A utilização *off label* ou experimental não deveria ter seus custos repassados à iniciativa privada e sim ser financiada ou por institutos de pesquisa científica ou pelos próprios fabricantes. Porém, não é isso que se vê no mercado suplementar de saúde, sobretudo no contexto judicializado que vivemos hoje no Brasil.

6.3. As Consequências da Alta nos Custos com a Assistência

No ano passado, a inflação médica registrada no Brasil foi de cerca de 19,5% (IESS, 2017), descolando da inflação geral que ficou em 10,71%, dados do IPCA, ou seja, quase a metade. Essa variação entre as inflações é a maior registrada no Brasil desde 2007. A previsão para o ano de 2016 é bem parecida, cerca de 20%, sendo que resultará no triplo do que será verificado no IPCA.

Como os sistemas são interligados o custo da saúde privada pressiona ainda mais o custo da saúde pública no país. O resultado é um efeito cascata sobre empresas e usuários. As operadoras privadas de planos de saúde se esforçam para reduzir seus gastos, as empresas que as contratam buscam renegociar as condições e os beneficiários acabam tendo que arcar com uma maior fatia desse custo.

O custo médio mensal per capita de planos de saúde empresarial saltou 42%, de R\$ 158,42 para R\$ 225,23 nos últimos quatro anos. Hoje em dia, as empresas que oferecem assistência saúde gastam o equivalente a 11,5% da folha de pagamento para fornecê-la. Este percentual só faz crescer, e por esta razão as empresas têm buscado formas de reduzir esse gasto. As principais soluções adotadas têm sido a negociação de contratos, que inclui a busca de planos mais baratos e o aumento do

¹³ Luís Cláudio Correia é professor livre-docente em cardiologia e doutor em medicina e saúde pela Universidade Federal da Bahia, pós-doutor pela Escola Bahiana de Medicina. Iniciou sua carreira científica na década de 90, durante o *Research Fellowship* na Universidade de John Hopkins.

compartilhamento das despesas com os funcionários, que pagarão mais em coparticipação, um mecanismo que não só é moderador para a utilização, dado que o indivíduo arca com uma parte do custeio, como ajuda no próprio financiamento do benefício. O lado bom desse aumento nos custos assistenciais é que as empresas começaram a investir em iniciativas de prevenção à saúde, objetivando reduzir gastos no futuro.

“As empresas chegaram no limite da economia, então a bola da vez são os programas de gestão de saúde”, segundo Francisco Bruno, consultor da área de saúde corporativa da consultoria Mercer Marsh Benefícios. Segundo ele, atualmente, apenas 20% das empresas adotam programas com foco na prevenção e manutenção da saúde dos funcionários.

Também, com a alta dos custos da assistência à saúde, os planos individuais e familiares, com preços regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, estão sumindo do mercado. Nesses planos, o reajuste tem ficado abaixo da inflação médica, tirando o interesse de quem os oferece. “Muitas operadoras nem têm oferecido planos individuais. Elas constataam que estão tendo prejuízos nesta carteira e em uma atitude racional deixam de oferecer o produto”, relata Antônio Carlos Abbatepaolo, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Gazeta do Povo, 2016).

Somente em 2016, o setor de saúde suplementar brasileiro assistiu uma diminuição de 2,7%, com a saída de 1,3 milhão de usuários, em grande parte pessoas que perderam junto com o emprego com o benefício. A maior parte dificilmente entrará em planos individuais, caros e com pouca oferta – hoje, quase 80% do mercado, que tem 48,8 milhões de clientes, se concentra em planos empresariais, que não têm preços regulados. Um fenômeno que aumentará a demanda por serviços no Sistema Único de Saúde, o que diga-se de passagem é o pesadelo do Governo.

A cadeia de saúde hoje está orientada para o consumo em excesso. O sistema de conta aberta hospitalar, faz com que os hospitais produzam o máximo possível de consumo para elevar a conta paga pela operadora de plano de saúde. O sistema de remuneração da prestação de serviços médicos incentiva o desperdício e o pouco cuidado com relação à eficácia e os custos de produtos e procedimentos.

Entre os principais fatores responsáveis pelo aumento dos custos na área de saúde:

- Envelhecimento da população: a cada ano o custo cresce em média 3,4%;
- Inclusão de novos equipamentos e procedimentos a serem atendidos;
- Modelo de remuneração da prestação de serviços que incentiva o desperdício – Fee for Service;
- Questões econômicas: câmbio e inflação geral.

Quadro IX – Tipos de Contratação de Planos de Saúde (em milhões) e Evolução da Inflação Médica e dos ajustes permitidos pela ANS.

SAÚDE SUPLEMENTAR

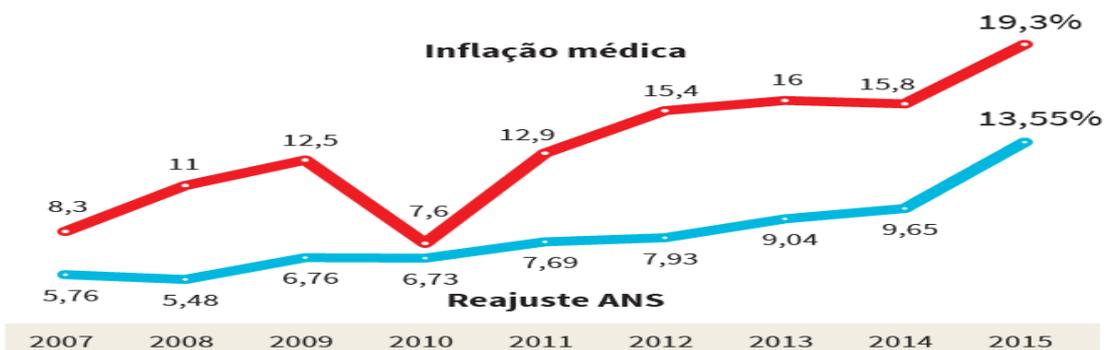
Os planos coletivos empresariais, cujo reajuste não está submetido ao teto estipulado pela ANS, cresceram mais de cinco vezes desde o ano 2000, enquanto os planos individuais, que dependem de autorização da ANS para serem reajustados, cresceram apenas duas vezes no mesmo período.

Tipos de contratação de planos de saúde

Em milhões de planos



Evolução da inflação médica e dos ajustes permitidos pela ANS



Fonte: ANS e IESS. Infografia: Gazeta do Povo.

6.4. Novos Rumos para Velhos Problemas

O que vemos no mercado de saúde suplementar brasileiro é um desvio de finalidade gritante. Além da troca do modelo de pagamentos Fee for Service, a sociedade, e os agentes do setor em si precisam ter mais criatividade, e discutir amplamente a saúde que queremos no futuro. Paralelamente a isso, o sistema público precisa ser mais efetivo e contribuir para que se torne um moderador do sistema privado. A ANS, por sua vez, precisa tomar para si o papel de regular sem se tornar uma predadora do sistema, já combalido por si só.

É verdade que muitos países do mundo buscam soluções para seus sistemas de saúde, e que o Brasil, ainda que não tenha acertado em cheio, está longe de ser um mau exemplo. Há boas iniciativas de saúde por parte do mercado, é referência no cuidado de várias patologias e tem um sistema público universal garantido constitucionalmente.

Não há como apontar de imediato um padrão a ser seguido ou o melhor modelo de pagamentos de serviços médico-hospitalares a ser adotado. As indústrias farmacêuticas e de insumos sempre serão aliciadoras e oferecerão vantagens no mercado, e os hospitais sempre serão imprescindíveis para a completude do sistema. O que se busca é que esse modelo seja prioritariamente preocupado com a saúde das pessoas e não com a doença e seu tratamento, e que a ótica perversa do capitalismo desenfreado no setor não seja o determinante de como ele vai funcionar. E que profissionais da saúde sejam protagonistas do mercado e façam aquilo que se prepararam para fazer: cuidar da saúde das pessoas com o que há de melhor e realmente necessário para chegar ao objetivo.

Dois hospitais de São Paulo se lançaram recentemente nessa missão (NIPO Brasileiro e Sírio Libanês) e outros já iniciam discussões de como entrar num modelo mais compacto e que estimule a qualidade e a concorrência. O modelo proposto pelos planos é o DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados, numa tradução livre), um sistema que vigora em 20 países, entre eles Estados Unidos, Austrália e África do Sul.

CONCLUSÃO

O Brasil tem um modelo de saúde pautado em três diferentes tipos de sistema, com uma forte interface entre eles. O sistema público, configurado pelo Sistema Único de Saúde, o sistema suplementar de saúde com as diferentes modalidades de operadoras privadas e o modelo particular, cada vez mais raro hoje em dia, representado por aqueles que adquirem seus serviços de saúde pagando diretamente por eles.

O SUS, desde 1988, enfrenta diversos problemas de gestão e financeiro. Falta de profissionais médicos e enfermeiros em postos de saúde e hospitais, desvios de verbas, equipamentos quebrados e obsoletos. Além disso, não cobre todo o território nacional com seus mais de 5.000 municípios, sobretudo no interior do Brasil. O Governo lançou o Programa Mais Médicos trazendo profissionais de Cuba para atuar no Brasil, mesmo sob protestos das representações médicas brasileiras, mas ainda assim, até hoje o panorama pouco mudou o que acarreta numa corrida ainda maior pela busca ao setor suplementar de saúde.

O custo da saúde é tão alto que cada vez menos pessoas se aventuram a custear de forma particular seus atendimentos. As seguradoras costumam oferecer reembolso para seus segurados quando atendidos fora da rede credenciada, mas isso se verifica mais no âmbito de consultas médicas simples ou exames de baixa complexidade. Ninguém se atreve a custear particularmente atendimentos hospitalares, seja em procedimentos cirúrgicos, seja em investigações diagnósticas de alta complexidade. Sobretudo que as tabelas de reembolso seguem remunerações de acordo com o plano contratado pelo indivíduo. Hospitais e policlínicas dependem sobremaneira dos convênios médicos, dado o custo dos atendimentos nestas instituições.

Ficando no objeto do estudo, no primeiro trimestre de 2016 a ANS registrou cerca de 48,8 milhões de pessoas no sistema suplementar de saúde, usuários de planos privados de assistência médica ou em conjunto com assistência odontológica. Cerca de 21,7 milhões de usuários de planos exclusivamente odontológicos. Neste mesmo trimestre, movimentou o equivalente a R\$48,1 bilhões de Reais no Brasil.

O Brasil já chegou a ter mais de 2.000 operadoras privadas em atuação, ao passo em que hoje registra menos da metade ainda comercializando planos no mercado privado. Também se verificou entre 2015 e 2016 até junho, diferentemente dos anos anteriores, uma redução de mais de 600 mil vínculos em planos de saúde e quase 300 mil no setor odontológico. Esse fato é explicado pela diminuição do nível de emprego no Brasil, dada a crise econômica atual, que é a maior fonte de contratação de planos de saúde privados, e sabidamente um dos maiores benefícios do vínculo formal de trabalho.

O estudo se pautou na saúde suplementar, pela ótica dos altíssimos custos hospitalares e seus efeitos tanto no financiamento do sistema como nos prejuízos causados a sociedade. A visão do sistema de saúde brasileiro é absolutamente centrada na figura dos hospitais. Pelos problemas de acesso que se tem notícia, com a dificuldade de marcação de consultas e orientações ou da própria falta de cultura de cuidar da sua própria saúde, os prontos-socorros dos hospitais se configuram numa porta de entrada do sistema, o que torna o modelo ainda mais dependente dos hospitais e estimula o atendimento em um ambiente que deveria ser usado para situações de real emergência ou urgência.

Uma vez o cidadão atendido neste modelo certamente fará uso de tecnologia de ponta, como exames de imagem rebuscados, exames laboratoriais sem relação com a investigação médica, terá medicamentos de alto custo e utilizará materiais descartáveis desnecessários. É o padrão de comportamento do atendimento em pronto socorro.

Evidencia-se também um mercado extremamente insatisfeito. Os agentes do sistema se ressentem de algo que não recebem, ainda que julguem não ser prudente viver sem ele. É o caso dos consumidores que reclamam que tem limitações de coberturas, falta de informação, prestadores de serviços com baixa qualidade e preços altos. Os prestadores de serviços, por sua vez, se veem mal remunerados e as operadoras de saúde bradam margens apertadas, diminuição do mercado devido ao excesso de regulação e fraudes e desperdícios cada vez mais recorrentes por parte de hospitais e profissionais da área. Um caso citado no estudo e que ilustra bem essa

narrativa é a Operação Mister Hyde da Polícia Civil e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

Na operação foi deflagrado um alto esquema de produção de cirurgias, muitas vezes desnecessárias, com uma super indicação de materiais (órteses, próteses e materiais especiais), por uma equipe de cirurgiões e um fornecedor de material médico. A operação resultou em prisões, mandados de condução coercitiva e muita polêmica.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, representada pela sua diretoria colegiada, desde 2000 regulamenta o mercado de saúde privada no lado das operadoras somente, e recebe muitas críticas ao seu modelo de atuação, configurando-se como uma agência altamente punitiva, burocrática e que seus dirigentes acabam por, ao término de seus mandatos, migrarem para iniciativa privada levando consigo informações privilegiadas da regulação da Agência.

Há ainda um problema importante e grave verificado no mercado suplementar de saúde, que é o descolamento da inflação médica da inflação geral, que frequentemente aponta índices bem mais elevados para os gastos na saúde do que os verificados na inflação de uma maneira geral.

O principal motivo de todo esse descompasso do sistema de saúde privado brasileiro é o modelo de pagamentos de serviços adotado no país: o Fee for Service. Nele os gastos com os tratamentos e procedimentos cirúrgicos são descritos um a um, diárias, taxas, equipamentos, gases, materiais descartáveis, medicamentos e OPME. Isso acaba por gerar um incentivo ao superfaturamento, dado que quanto maior a conta, quanto maior o número de itens utilizados, melhor será a remuneração final.

O Fee for Service adotado no Brasil vem sendo muito criticado e a própria ANS vem estimulando a sua substituição por meio de um grupo de trabalho instituído em que participam diversos atores do mercado, representantes de prestadores, como hospitais e clínicas, assim como representantes das operadoras privadas.

O desperdício no setor, segundo fontes citadas no estudo, é da ordem de 30%, e se referem a procedimentos desnecessários ou realizados em um equipamento de maior complexidade do que o ideal, fraudes, enxerto de insumos nas contas, incentivado, sobretudo, pelas investidas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, típicas do Fee for Service.

É claro que qualquer modelo apresenta fragilidades e pontos fortes, e que a ética nos dias de hoje precisa ser amplamente discutida e valorizada, e que a troca de um modelo de remuneração por si só, não é capaz de mudar sozinha os vícios da sociedade.

Muitas discussões estão sendo produzidas com relação a modelos de pagamentos adotados em outros negócios ou mesmo em outros países como o regime de Capitation, Bundled Services, DRG ou Pagamentos por Performance. Muito embora haja incentivos da ANS para isso e uma percepção geral da necessidade de mudança pouco foi feito até o momento.

Com o envelhecimento da população que a cada ano o custo cresce em média 3,4%, somado à inclusão de novos equipamentos e procedimentos a serem utilizados, o modelo de remuneração da prestação de serviços que incentiva o desperdício – Fee for Service e as situações econômicas como câmbio e inflação geral temos um horizonte que no curto prazo nada vai mudar substancialmente, ainda que o desconforto com o cenário atual esteja crescendo vertiginosamente. Os equipamentos e toda a tecnologia utilizada no setor saúde são na sua grande maioria importados, e guardam forte relação com o dólar, e, por consequência, sujeito à flutuações cambiais e crises de qualquer natureza.

O futuro do mercado de saúde suplementar no Brasil passará, em breve, por uma reformulação profunda, onde uma nova forma de remunerar serviços vai surgir, e extinguir o modelo falido do Fee for Service, e estabelecerá uma nova ordem de agir, prescrever e participar de um modelo de saúde voltado para as pessoas.

A participação da indústria deverá se remodelar, tornando-se um agente importante de transformação e pesquisa de novas tecnologias, mas mais voltada ao

atendimento das necessidades de saúde da população. O sistema suplementar de saúde deve sair do modelo “hospitalocêntrico” e servir como um desafogamento do Sistema Único de Saúde, e se constituir num modelo de saúde, que sendo eminentemente privado, sirva de suplemento ao sistema público.

O sistema de saúde suplementar brasileiro se transformou em um dos maiores do mundo e busca seu lugar no mundo, como suplementar a um dos sistemas públicos mais abrangentes, e servirá num futuro próximo, sair da ótica do tratamento que gera riquezas para a promoção e prevenção que gera valores.

O sistema suplementar de saúde migrar para um sistema de pagamento por performance com serviços empacotados sob a forma de remuneração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde**. Disponível em

http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/gestao_trabalho_10_consequencias_dos_modelos_julio.pdf. Acesso em 01/10/2016.

ANS. **Caderno da Saúde Suplementar de 2016**. Disponível em

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3169-ans-disponibiliza-nova-edicao-do-caderno-da-saude-suplementar>. Acesso em 20/08/2016.

ANS. **Mapa Assistencial 2014**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2715-mapa-assistencial-da-saude-suplementar>. Acesso em

11/07/2016.

ANS. **Organograma**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/organograma>. Acesso em 09/09/2016.

ANS. **Sala de Situação**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3460-sala-de-situacao>. Acesso em 10/09/2016.

ARRUDA, Maria Cecília Coutinho. **Fundamentos de Ética Empresarial e Econômica**. 1ªed. São Paulo: Atlas, 2001.

AZEVEDO, Paulo Furquim de, ALMEIDA, Sílvia Fága de et al. **A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas**. In: *Insper, White Paper nº 001*. São Paulo, 2016.

BICHUETTI, José Luiz. MERE, Yussif Ali Jr. **Modelos de Remuneração na Saúde**.

Harvard Business Review, 2016. Disponível em <http://hbrbr.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>. Acesso em 10/09/2017.

BLANCHARD, Olivier. **Macroeconomia: teoria e política econômica**. 3ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CATHO. **Os 19 Benefícios Mais Desejados Pelos Funcionários Brasileiros**.

Disponível em <https://catracalivre.com.br/geral/nutrindo-sonhos/indicacao/os-19-beneficios-mais-desejados-pelos-funcionarios-brasileiros/>. Acesso em 11/12/2016.

CIGANA, Caio. TREZZI, Humberto. **O Colapso do Sistema de Saúde no Brasil**.

Disponível em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2013/07/o-colapso-do-sistema-de-saude-no-brasil-4199504.html>. Acesso em 11/09/2016.

CORREIA, Luiz Cláudio. **Medicina Baseada em Evidências**. Disponível em

<http://medicinabaseadaemevidencias.com/>. Acesso em 11/10/2016.

Docplayer.com. **Sistema de Saúde no Brasil**. Disponível em

<http://docplayer.com.br/709139-Sistema-de-saude-no-brasil-sistemas-de-saude-sao->

construcoes-sociais-que-tem-por-objetivo-garantir-meios-adequados-para.html.

Acesso em 09/09/2016.

FENASAÚDE. **O que é Saúde Suplementar**. Disponível em <http://www.fenaseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>. Acesso em 13/10/2016.

GAZETA DO POVO. **Custo da Saúde Privada Deve Subir 20% em 2016**. Disponível em <http://www.gazetadopovo.com.br/economia/custo-da-saude-privada-deve-subir-20-em-2016-a1jzk522ou145ctkcskuc5s7d>. Acesso em 13/10/2016.

FIORENTINO, Giovanni; SEBASTIÃO, Bernardo et al. **Tendências do Setor de Saúde no Brasil**. Bain & Company, Inc. São Paulo, 2016.

GHEMAWAT, P. **A Estratégia e o Cenário dos Negócios**. São Paulo: Bookman, 1999.

GRUPO FLEURY. **Relação com Investidores**. Disponível em http://ri.fleury.com.br/fleury/web/default_pt.asp?idioma=0&conta=28. Acesso em 01/09/2016.

GUANDALINI, Giuliano; BORSATO, Cíntia. A Inflação da Saúde. **Veja**, São Paulo, p. 92-100, maio. 2008.

IBM – Institute for Business Value. New York: **Saúde em 2015: Ganha-ganha ou todos perdem?**, Trad: Marcio Martorano Ferreira. Ed. 1ª, 2007.

IESS. **Conjuntura Saúde Suplementar**. Disponível em http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=2. Acesso em 11/09/2016.

IESS. **Textos para Discussão nº 52**. Disponível em http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=700&id_tipo=3. Acesso em 10/09/2016.

IESS. **VCMH/IESS**. Disponível em http://iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=13. Acesso em 11/09/2016.

INTERFARMA. **Judicialização da Saúde na Prática: Fatos e Dados da Realidade Brasileira**. Disponível em <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf>. Acesso em 11/12/2016.

JULIO, Carlos Alberto. **A Magia dos Grandes Negociadores**: venda produtos, serviços, ideias e você mesmo com muito mais eficácia. 2ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KAPLAN, Robert S. PORTER, Michael E. **How to Solve the Cost Crisis in Health Care**. Disponível em <http://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=41028>. Acesso em 17/09/2016.

KAPLAN, Steve. **A Estratégia do Elefante**: como conseguir e manter grandes clientes. 1ªed. São Paulo: Campus, 2006.

KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 5ªed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

MATTA, Gustavo Correa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

MEINBERG, José L *et al.* **Marketing de Relacionamento e Negociação**. 4ªed. Rio de Janeiro: FGV – MBA Gerência de Saúde, 2003.

MELLO, José Carlos Martins. **Negociação Baseada em Estratégia**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MENDES, Áquila. **O Subfinanciamento da Saúde Pública Brasileira no Capitalismo Contemporâneo**. Uberlândia: Seminário Marx, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Futuro da Saúde no Brasil. Desafios do SUS**. Disponível em <http://saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus/>. Acesso em 04/12/2016.

MERCADO POPULAR. **Entenda o Sistema de Saúde Pública dos EUA**. Disponível em <http://mercadopopular.org/2015/07/entenda-o-sistema-de-saude-publica-dos-eua-sim-ele-existe/>. Acesso em 12/09/2016.

MV. **4 Grandes Avanços da Saúde Pública no Brasil**. Disponível em <http://www.mv.com.br/pt/blog/4-grandes-avancos-da-saude-publica-no-brasil>. Acesso em 04/12/2016.

NUNES, André. **A Concentração no Mercado de Saúde Suplementar do Brasil**. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/viewFile/19534/15734>. Acesso em 13/10/2016.

O ESTADO DE SÃO PAULO. **Saúde Cruza Dados Contra Suposta Máfia da Judicialização**. Disponível em <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,saude-cruza-dados-contra-suposta-mafia-da-judicializacao,10000082413>. Acesso em 11/12/2016.

OLIVEIRA, José Antônio Diniz *et al.* **25 Anos de Autogestão em Saúde no Brasil: 1980-2005**. São Paulo: CBL, 2005.

PORTAL BRASIL. **Grandes Números do SUS**. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/Sus201401.jpg/view>. Acesso em 08/09/2016.

PORTAL CFM. **CFM Critica Medida Provisória que Prorroga Permanência dos Intercambistas no Mais Médicos**. Disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26129:2016-04-29-19-17-03&catid=3. Acesso em 04/12/2016.

PORTAL CLÉBER TOLEDO. **SUS e MPF Apontam Desvio de 4 Bilhões no Governo Siqueira**. Disponível em <http://www.clebertoledo.com.br/n77166>. Acesso em 04/12/2016.

PORTAL EDUCAÇÃO. **SUS Gestão. Dificuldades Encontradas.** Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/52516/sus-gestao-dificuldades-encontradas>. Acesso em 12/10/2016.

PORTAL RH. **Judicialização da Saúde. Como Curar?** Disponível em <http://segurosinteligentes.com.br/portalarh/index.php/category/mercado/>. Acesso em 11/09/2016.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a Saúde.** 1ªed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

REVISTA VEJA. **A Polícia Federal Investiga Desvios de Verbas no SUS.** Disponível em <http://veja.abril.com.br/blog/radar-on-line/policia-federal/a-policia-federal-investiga-desvio-de-verba-no-sus/>. Acesso em 04/12/2016.

REVISTA VISÃO SAÚDE. **Remédio Anticrise.** Disponível em <http://visaosaude.com.br/revista/visao-saude-v1.pdf>. Acesso em 06/10/2016.

SAÚDE DIGITAL. **Novos Rumos para Inovação em Saúde.** Disponível em <http://forumsaudedigital.com.br/novos-rumos-para-inovacao-em-saude/>. Acesso em 13/10/2016.

SIMERS. **Conheça o SUS de Outros Cinco Países.** Disponível em <http://www.simers.org.br/2016/06/conheca-o-sus-de-outras-cinco-paises/>. Acesso em 04/12/2016.

SLONGO, Luiz Antônio. **Ética Prática.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SOUZA, César. **Talentos & Competitividade, Clientividade.** 2ªed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

SOUZA, Rodrigo Mendes Leal. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Regulação e Resultados Econômicos dos Planos Privados de Saúde.** Rio de Janeiro, 2014.

VARELLA, Dráuzio; CESCHIN, Maurício. **A Saúde dos Planos de Saúde.** 1ª ed. – São Paulo: Paralela, 2014.

VARELLA, Dráuzio. **O Limite do SUS.** Disponível em <http://drauziovarella.com.br/drauzio/artigos/os-limites-do-sus/>. Acesso em 09/09/2016.

VICENTINI, Concilia *et al.* **A História da Autogestão em Saúde no Brasil.** 1ªed. São Paulo: CBL, 2000.

VIEIRA, Amaury. **Negociar com Boa Vontade.** 1ª ed. São Paulo: LCTE, 2004.

VILAR, Josier Marques. **Governança Corporativa em Saúde.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

ZIROLDO, Rodrigo Romera, GIMENES, Rafaela Okano et al. A Importância da Saúde Suplementar na Demanda da Prestação dos Serviços Assistenciais do Brasil. Artigo de Revisão. São Paulo, 2013.