

DA INTEGRALIDADE À INTEGRAÇÃO: O DESAFIO DA SUSTENTABILIDADE NA SAÚDE BRASILEIRA

From Comprehensiveness to Integration: the Challenge of Sustainability in Brazilian Health

AUTORES

Renato Freire Casarotti¹

Alexandre Bulhões de Britto²

1 Presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)

2 Administrador com atuação na saúde suplementar

CONTATO

Alexandre Bulhões de Britto

abbulhoes@gmail.com

A saúde no Brasil obteve marcos históricos nas últimas décadas, a começar pela Constituição Federal de 1988, com uma seção dedicada à saúde na qual se destaca o Art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Até então, a saúde pública atendia apenas aqueles que contribuía com a previdência social, aproximadamente 30 milhões de pessoas, e o restante da população dependia da caridade ou da filantropia.

A partir da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê ações e serviços públicos de saúde integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada, com base em três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Cabe destacar que essa mesma Constituição já previa no Art. 199 a participação da iniciativa privada de forma complementar ao SUS: “§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar...”.

Em 1990, o SUS foi regulamentado através da Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estabelece as competências, os objetivos e os princípios para a

organização e o funcionamento do sistema de saúde. O setor privado foi incluído, demonstrando a sua relevância complementar para o sistema e reforçando, assim como a Constituição de 1988, o dever do Estado:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

Em um caso típico de assimetria de informações, quando o consumidor não dispõe de conhecimento suficiente para tomar as decisões corretas sobre o produto ou serviço que está contratando, foi estabelecido por meio da Lei nº 9.656, de 1998, a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e a Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dessa forma, a regulação foi estabelecida para intervir, proteger e defender os interesses do beneficiário e evitar práticas abusivas pelas operadoras, com garantias e direitos que antes só eram previstos quando expressamente registrados nos contratos, que em sua maioria beneficiavam apenas uma das partes.

Dentre outras diretrizes, foram estabelecidos o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde, as regras de reajuste e de padronização dos prazos de carência, além da proibição de seleção dos beneficiários quanto ao risco, entre outros grandes avanços.

O modelo atual, que foi incentivado, construído e comercializado ao longo dos anos, tem como foco a maior cobertura possível, com a maior disponibilidade de rede e a maior quantidade de procedimentos e exames. Inúmeras propagandas mostravam os famosos cadernos da rede credenciada, até então, impressos. Usualmente, quanto mais “grosso” era o caderno, quanto maior a rede credenciada, maior era a percepção de qualidade que o beneficiário tinha do plano de saúde.

Por décadas, a população foi educada a procurar esses benefícios, o que se tornou parte da cultura e do desejo daqueles que almejavam ou já eram clientes da saúde suplementar. A demanda por liberdade, autonomia e ampliação de rede aumentou tanto que empresas do setor passaram a oferecer planos de livre escolha. Ou seja, como se não bastasse a extensa lista de rede credenciada, os beneficiários poderiam escolher médicos ou clínicas não credenciados e solicitar reembolso de exames, procedimentos ou consultas. Essa prática logo se tornou comum no mercado.

Esse modelo se mostrou insustentável, como comprovam os dados recentes divulgados pela ANS sobre o setor da saúde suplementar. São 684 operadoras médico-hospitalares ativas e uma sinistralidade média de 87%. Em 2022, foi registrado um

prejuízo operacional de R\$ 11,5 bilhões, com lucro líquido de apenas R\$ 2,5 milhões, o que representa 0,001%: para cada R\$ 1.000,00 de receita, R\$ 0,01 de lucro.

O resultado só não é pior devido às aplicações financeiras que os planos de saúde são obrigados a manter como reserva e aqui cabe uma grande reflexão: a operação da empresa, o motivo pelo qual ela existe, ou o negócio em si, dá prejuízo. E o que a “salva” são as suas aplicações financeiras.

Importante ressaltar que houve prejuízo operacional durante os últimos oito trimestres: R\$ 15,4 bilhões, sendo R\$ 1,7 bilhão no primeiro trimestre de 2023, o que reforça o cenário gravíssimo, constante e insustentável da saúde suplementar.

Diversos fatores têm pressionado o aumento de custos na saúde suplementar, entre eles a lei 14.454/22, que alterou a lei 9.656/98 para obrigar a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. O processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), que analisa a eficácia, a efetividade, a segurança e o custo-efetividade, foi enfraquecido, gerou um esvaziamento dos órgãos técnicos e a introdução descontrolada de terapias de altíssimo custo, com valores acima de R\$ 1 milhão por paciente.

Nenhum sistema de saúde no mundo possui a lógica de cobertura de todo tratamento disponível pela ciência, pois é insustentável no médio e no longo prazo.

Levantamento da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) com base em dados públicos da ANS aponta que a judicialização das operadoras movimentou R\$ 11,3 bilhões entre 2015 e 2020.

Não somente na saúde privada, a judicialização impacta diretamente o setor público. Em 2016, o gasto com demandas judiciais na saúde consumiu R\$ 1,3 bilhão (Governo Federal). A lista com os dez medicamentos mais caros é responsável por 90% desse valor, o que vale uma avaliação do papel do Judiciário e principalmente do cuidado necessário para lidar com temas técnicos e setores regulados.

Decisão Ministro Fux (28.05.2019) - Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 1.083.955 do Distrito Federal:

“1. A capacidade institucional na seara regulatória, a qual atrai controvérsias de natureza acentuadamente complexa, que demandam tratamento especializado e qualificado, revela a reduzida expertise do Judiciário para o controle jurisdicional das escolhas políticas e técnicas subjacentes à regulação econômica, bem como de seus efeitos sistêmicos.

2. O dever de deferência do Judiciário às decisões técnicas adotadas por entidades reguladoras repousa na (i) falta de expertise e capacidade institucional de tribunais para decidir sobre intervenções regulatórias, que envolvem questões policêntricas e prognósticos especializados e (ii) possibilidade de a revisão judicial ensejar efeitos sistêmicos nocivos à coerência e dinâmica regulatória administrativa.”

Outro fator de grande impacto está relacionado às fraudes e aos desperdícios. Segundo estimativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em 2017 as fraudes e os desperdícios geraram R\$ 27,8 bilhões de impacto, o que resulta em 19,1% do total das despesas assistenciais, que somaram R\$ 145,4 bilhões no ano.

Em casos recentes expostos na mídia, colaboradores foram demitidos de duas grandes empresas. Na primeira, foram mais de 100 pessoas e aproximadamente R\$ 12 milhões de impacto pelo uso indevido do plano de saúde, com práticas como a divisão do valor de reembolso em múltiplos recibos, reembolsos de procedimentos não realizados, superfaturados ou desnecessários, com clínicas de fachada. Na segunda, houve a demissão de 80 funcionários e prejuízo de R\$ 40 milhões.

Destaca-se também o aumento com a despesa de reembolso, que foi de R\$ 6 bilhões em 2019 para R\$ 11,4 bilhões em 2022, um acréscimo de mais de 90%.

No modelo atual, o gerenciamento e a navegação pelo sistema de saúde são realizados pelo próprio usuário, que não possui conhecimento técnico, desconhece o sistema e é altamente influenciado por diversos fatores e por todos os *stakeholders* da cadeia da saúde. Nesse sentido, a livre escolha conflita com a coordenação do cuidado e gera descoordenação e fragmentação. O beneficiário pode marcar uma consulta diretamente com um neurologista por uma simples dor de cabeça ou ir ao pronto socorro devido a uma dor de garganta. Em ambos os casos, provavelmente sem necessidade, o que gera custos elevados desnecessários e muitas vezes sem o tratamento adequado e/ou o desfecho desejado.

Cabe ressaltar que o beneficiário não deve ser responsabilizado, pois, como já sinalizado, o modelo o induziu ao comportamento e ao mau uso do sistema que temos hoje: o plano de saúde foi e continua sendo vendido de maneira incorreta. Quem paga pelo serviço, normalmente não tem conhecimento do conceito fundamental da saúde suplementar: o mutualismo, onde muitos pagam para que poucos, que precisam, possam usufruir dos serviços. Qualquer desperdício ou fraude afeta a todos, pois impacta diretamente em reajustes cada vez mais altos e ainda assim insuficientes para as operadoras.

A ANS desempenha um papel fundamental na defesa dos interesses do beneficiário e no relacionamento entre os *stakeholders* da saúde suplementar. Mas como qualquer regulação, gera uma barreira de entrada, encarece o serviço, limita a criatividade e a inovação.

Como a ANS, por meio da regulação, pode incentivar um sistema integrado e hierarquizado na saúde suplementar? Um modelo no qual a atenção primária seja amplamente implementada, com foco na prevenção e na promoção da saúde e onde a navegação do usuário seja guiada de acordo com a necessidade e a demanda, a partir de sua complexidade e indicação?

Por que um padrão adotado mundialmente e aplicado pelo SUS no Brasil enfrenta tantos obstáculos para ser implementado na saúde suplementar? Temos exemplos de tentativas e, em sua maioria, infelizmente, não há sucesso. Os beneficiários estão dispostos a pagar menos por um plano de saúde caso a operadora controle a sua jornada no sistema?

A ANS pode provocar essa mudança por meio de algum benefício para as operadoras (como, por exemplo, a redução das reservas financeiras), alterando o modelo cultural de consumo da saúde suplementar no Brasil, ao trocar a percepção de quantidade pela qualidade de fato: o cuidado certo e adequado que o beneficiário precisa.

É necessário pensar em um novo modelo de incorporação e de financiamento de tecnologia em saúde. O resgate da ATS com análise de custo-efetividade é fundamental. Apesar de a “Saúde não ter preço”, ela tem despesas crescentes e os recursos são limitados.

No caso de medicamentos de alto custo, um modelo adotado por diversos países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e França é a constituição de um fundo, com compra centralizada e mesmas condições de valor e compartilhamento de risco, tanto para o setor público como para o privado.

É preciso avançar na adoção de tecnologias para a saúde que já estão disponíveis, como a Internet das Coisas (IoT), inteligência artificial, big data, entre outras. São muitas as inovações que demoram a ser incorporadas e implementadas na saúde, mas que são amplamente utilizadas em outras indústrias e proporcionam ganhos significativos.

Combater desvios e fraudes é necessário e precisa ficar claro que os maiores impactados são os próprios beneficiários. Todos podem e devem denunciar qualquer prática ilegal no uso dos planos de saúde.

Os problemas são muitos, mas as soluções têm inevitavelmente uma coisa em comum, a necessidade de **integração** entre contratantes e beneficiários, operadoras, prestadores e o poder público. Somente assim, será possível gerar acesso de qualidade, de forma sustentável e integral.