

“É preciso atenção às formas nocivas de concentração na saúde suplementar”

André Medici, consultor internacional em Economia e Gestão de Saúde, membro do Board da United States Healthcare Alliance (USA-HA)

Por **Solange Monteiro**, do Rio de Janeiro



Foto: Arquivo pessoal

Em 2021, segundo levantamento da Agência Nacional de Saúde (ANS), operadoras de planos de saúde registraram a entrada de 1,5 milhão de novos beneficiários. Estima-se que o movimento foi motivado pela pandemia e pelo reajuste negativo dos planos individuais e familiares. Como avaliar essa evolução?

De fato, entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021 foram incorporados 1,5 milhão de novos beneficiários, mas não podemos esquecer que entre dezembro de

2019 e dezembro de 2020 já haviam entrado outros 400 mil. Portanto, nestes dois anos de pandemia foram incorporados quase 2 milhões de beneficiários, sendo que 400 mil em um ano onde o teto de reajuste dos planos pela ANS aumentou em 8,1%, ou seja, acima da inflação. Portanto, a principal motivação que levou ao aumento de beneficiários dos planos de saúde foi o medo de ficar desassistido durante a pandemia. O teto de reajuste negativo da ANS, de -8,2%, para os planos em 2021 pode ter até contribuído para o crescimento de 1,5 milhão de beneficiários nesse ano, mas não foi o fator principal. O crescimento do teto de reajustes para 2022, estimado em 16%, poderá igualmente não estimular uma ampla saída de beneficiários, mas nesse caso temos que tomar cuidado, dado que a pandemia parece estar arrefecendo, com tendência a se transformar em uma endemia a partir da segunda metade de 2022. De todos os modos, ainda não recuperamos o patamar de 50,5 milhões de beneficiários existente em dezembro de 2014. O total de beneficiários de dezembro de 2021 (49 milhões) reflete ainda uma perda acumulada de 1,5 milhão de beneficiários em relação à forte crise econômica durante o segundo governo de Dilma Rousseff.

Por outro lado, temos sinais, não necessariamente novos, de instabilidade do sistema de saúde suplementar, com notícias que preocupam os contratantes. Entre elas, dúvidas quanto à falta de decisão no Supremo sobre a questão do alcance de cobertura dos planos. Quais avanços precisariam ser priorizados para garantir sustentabilidade do sistema e segurança ao beneficiário?

A questão do alcance da cobertura dos planos de saúde e sua relação com o STJ passa pela discussão de se a cobertura do rol de procedimentos da ANS (cobrindo mais de 3000 doenças) tem caráter taxativo ou caráter exemplificativo. No primeiro caso, se os planos de saúde são taxativos, as operadoras não abririam brecha para coberturas as doenças constantes na Classificação Internacional de Doenças (CID), atualizada periodicamente pela OMS, que não constam do rol da ANS, podendo negar com isso a cobertura de várias doenças ou procedimentos. Atualmente, entretanto, a maioria dos tribunais de justiça brasileiros entendem que o rol da ANS é exemplificativo, levando muitas negativas de cobertura doenças e procedimentos não incluídos neste rol para a esfera judicial, as quais acabam tendo que ser cobertas pelos planos através de um processo de judicialização.

A Lei nº 9.961/2000 que criou a ANS determina que é atribuição da agência “elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica”. Assim, os procedimentos e eventos em saúde existentes nessa lista não podem ser negados pelas operadoras, sob pena de estas terem a comercialização de seus planos suspensa ou serem multadas. Na interpretação das operadoras, incluindo suas entidades representativas como a Abramge, a legislação brasileira instituiu a taxatividade do rol, e não seu caráter exemplificativo e, neste caso, os tribunais de justiça estariam na contramão da própria lei.

A mudança de uma cobertura taxativa para uma cobertura exemplificativa, obrigaria os planos não apenas a cobrir o que está no rol da ANS, dificultando com isso as operadoras de planejarem suas finanças e estratégias atuariais, podendo levar muitas operadoras e planos de saúde à falência e à desproteção de sua rede de beneficiários. Esse processo acabaria por criar insegurança jurídica e levaria os planos a incorporar procedimentos e terapias de alto custo e eficácia duvidosa, o que além de ineficiente, penaliza o mercado de planos e, em última instância, seus beneficiários.

O que se deveria decidir, neste caso, é a determinação de que os procedimentos que constam do rol da ANS sejam passíveis de uma revisão sistemática mais rápida, utilizando os mecanismos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), revisões sistemáticas e ponderando acerca de seu impacto nos custos dos planos.

Quando o movimento de fusões no setor é ruim?

A história da saúde suplementar está associada à concentração do mercado praticamente desde sua origem. Mas essa concentração tem se intensificado nos últimos anos, como revelam inúmeros estudos que vêm sendo feitos. A concentração dos mercados de saúde suplementar não é necessariamente ruim e pode ser positiva, quando elimina empresas que não têm escala para reduzir seu risco atuarial ou sinistralidade. Em um mercado onde os custos associados a um paciente podem ser muito elevados, o tamanho da operadora é um dos principais fatores para diluir ou reduzir o risco de quebra e garantir a proteção de seus segurados.

Mas, além do aumento da concentração, vale a pena discutir a natureza da concentração, a qual hoje em dia engloba o próprio setor hospitalar, com movimentos claros de verticalização. Planos de saúde verticalizados são aqueles que, além de terem seus próprios hospitais e

serviços de saúde, obrigam seus beneficiários a utilizá-los quando precisam desses serviços, o que limita a liberdade de escolha de beneficiários. O que vemos hoje no Brasil é um movimento de operadoras comprando hospitais, ou até mesmo redes de hospitais comprando operadoras.

Lembro-me das conversas que tinha com Juan Pablo Uribe, que foi Ministro de Saúde da Colômbia, na época em que era presidente da Fundação Santa Fé de Bogotá (o melhor grupo hospitalar daquele país). Ele frequentemente dizia que os planos de saúde verticalizados poderiam reduzir custos de intermediação que sempre existem na contratação de provedores pelas operadoras que não têm rede própria. No entanto, no caso da Colômbia, ele mencionava que existiam muitas operadoras que embutiam ganhos na compra de insumos e serviços (medicamentos por exemplo) dentro dos custos operacionais, o que tornava suas contas pouco transparentes e aumentavam seus ganhos fora das margens conhecidas de rentabilidade.

Creio que a concentração do mercado de operadoras, nos últimos anos, pode ser preocupante. Instituições como o Cade têm atuado pouco no sentido de, pelo menos, estudar quais as formas nocivas de concentração para o consumidor. Esta é uma tarefa que, com certeza, tem que ser estudada, mapeada e transformada em leis que garantam uma maior normatividade para casos de concentração de mercado de operadoras.

A tendência a concentração não ocorre somente no Brasil. Também ocorre nos Estados Unidos, mas como o mercado norte-americano tem uma regulação de base estadual, e não federal, muitos estados atuam no sentido de limitar que esta concentração alcance níveis indesejáveis ou possam prejudicar o acesso e o custo dos planos para o consumidor, podendo levar a um crescimento desproporcional dos preços dos planos de saúde.

Alguns especialistas apontam que nossa cultura empresarial no setor visa o curto prazo e por isso é difícil avançar em soluções como modelos de remuneração baseados em valor. Concorda com essa análise?

Concordo totalmente. Acho que, apesar do grande esforço que a ANS vem fazendo, e de casos heroicos de poucas operadoras que tentam viabilizar a remuneração baseada em resultados, em geral essas empresas não desenvolvem esforços para implantar modelos de funcionamento e remuneração dos provedores baseados em valor. Não proporcionam incentivos para o aumento da promoção, prevenção, educação e identificação de riscos para os pacientes. Elas vendem muito mais uma cultura de assistência médica do que uma cultura de preservação da saúde para seus beneficiários. Elas não promovem, do lado administrativo, a integração do cuidado assistencial e a mensuração dos custos e dos desfechos clínicos como forma de medir resultados e premiar os produtores de serviços mais eficientes.

Algumas operadoras dos Estados Unidos já trabalham sob esse prisma, especialmente aquelas integradas aos planos públicos, como o Medicare e o Medicaid, que já contam com sistemas de informação integrada mais modernas e usam *analytics* e *bigdata* como forma de gerenciar melhor a informação, em prol da racionalização dos processos e alcance de melhores resultados.

Penso que, no caso do Brasil, seria necessário que a ANS e as próprias operadoras estabelecessem incentivos mais claros e efetivos para o abandono desta perspectiva de curto prazo e passassem a realizar investimentos em sistemas de informação, uso de *bigdata* e *analytics* e outros mecanismos, para terem maiores compensações em seus rendimentos e na melhoria da qualidade assistencial e na saúde dos beneficiários, a médio e longo prazo.

O que esperar da evolução das *health techs*? Como elas podem colaborar para uma melhora do setor?

Como empresas que utilizam tecnologia em larga escala nos processos de saúde, as *health techs* podem atuar em várias frentes, desde a produção direta de serviços até na melhoria da comunicação com a população, na segurança dos serviços de saúde, nas áreas de laboratório, gestão e acesso a medicamentos, nos exames de imagem e muitas outras. Elas utilizam e aplicam em larga escala conhecimentos e habilidades organizadas em forma de tecnologia da informação, inteligência artificial, big data e comunicação via web para resolver problemas de saúde, agendar serviços e melhorar o acesso e a qualidade de vida das pessoas. Elas facilitam o processo de integração do cuidado desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação, com o uso intensivo de dados e equipamentos de última geração.

Ainda que as *health techs* facilitem o acesso, elas podem trazer muitas vantagens no aumento da eficiência e qualidade dos serviços, contribuindo para a cadeia de valor. No Brasil, as *health techs* vem atuando em áreas que vão desde a gestão de serviços até o acesso a informação de saúde, sendo um caso pioneiro o Dr. Consulta em São Paulo, que permitiu dar acesso mais rápido aos serviços de saúde para a população de baixa renda frustrada com as filas do SUS. Outras *health techs* no Brasil tem atuado em áreas como gestão de dados de serviços de saúde, como a PIXEON, que gerencia imagens no setor de radiologia; a Vitta, que provê planos de saúde para *startups* e desenvolveu softwares de gestão e prontuário eletrônico online. Outro exemplo é a 2iM que desenvolveu softwares e aplicativos para, através do uso de DRGs, avaliar a qualidade dos desfechos médicos em hospitais e serviços de saúde.

Com a pandemia de Covid-19 o mercado de saúde aumentou as rotinas de digitalização e atendimentos remotos, como a telemedicina, para satisfazer a demanda de seus pacientes. Com isso, o crescimento das *health techs* disparou. Segundo dados divulgados pela revista Exame, somente nos seis primeiros meses após a pandemia (2020), cerca de US\$ 9,1 bilhões foram investidos em 377 *health techs* ao nível mundial, valor quase 20% maior do que o realizado no mesmo período de 2019. No Brasil, os investimentos em *health techs* em 2020 chegaram a US\$ 420 milhões, especialmente em área como a telemedicina, diagnóstico e especialidades médicas. Entre 2018 e 2020, o número de *health techs* no Brasil saltou de 248 para 542, segundo informações do Relatório District Healthtechs Report 2020.

O grande desafio é como integrá-las no desenvolvimento dos dois grandes sistemas de saúde brasileiros: o SUS e a Saúde Suplementar que, apesar de suas ilhas de modernidade, tem ainda a maioria de sua atuação em processos e tecnologias de baixa eficiência.

Com a multiplicidade de atores e arranjos que hoje estão no setor – *startups*, ecossistemas formados a partir de redes de laboratórios, redes de clínicas – estamos ficando curtos na regulação? O que é preciso para que esses avanços gerem um círculo virtuoso?

O grande problema no Brasil é que os serviços públicos não atuam fortemente na regulação, mas sim no âmbito da produção de serviços de saúde, incluindo redes de laboratórios, redes assistenciais etc. Na maioria dos países, mesmo na Inglaterra, ainda que os serviços de saúde sejam financiados pelo governo, sua operação é realizada por entes privados ou terceirizados – fora do Estado. Médicos de família na Inglaterra ou no Canadá são agentes privados que recebem recursos públicos pela avaliação de sua produção, e os hospitais, mesmo os de propriedade pública, são operados por entes privados cujos ganhos derivam do seu sucesso e de sua avaliação.

No Brasil existe uma abundância do Estado produtor e uma escassez do Estado avaliador, fiscalizador e corretor de rumos em benefício da população. Quando existem problemas ou a população reclama do serviço público de saúde, o estado se defende dizendo que não é por falha de gestão, mas sim por falta de financiamento.

Com a complexidade crescente dos serviços de saúde, a melhor saída para regular os ecossistemas de saúde – públicos e privados – existentes no Brasil é pedir licença para que a produção seja feita por entes terceirizados e aumentar o esforço do setor público na organização, avaliação, solução de problemas e financiamento. Fico contente, por exemplo, quando vejo o TCU, nos últimos anos, tentando suprir um papel de avaliação que deveria estar sendo feito pelo Ministério da Saúde ou pelas secretarias estaduais e municipais, dado que estas não têm tempo para isso, pois têm que se dedicar a contratar, comprar e administrar serviços de saúde que estão longe de serem avaliados adequadamente.

As opiniões expressas neste artigo são de responsabilidade exclusiva do autor, não refletindo necessariamente a opinião institucional da FGV.