

2018

PROPOSTAS DA INDÚSTRIA

PARA AS ELEIÇÕES

SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA AGENDA PARA MELHORES RESULTADOS

EFICIÊNCIA DO ESTADO,
GOVERNANÇA E
DESBUROCRATIZAÇÃO

05



Confederação Nacional da Indústria

CNI. A FORÇA DO BRASIL INDÚSTRIA

**SAÚDE SUPLEMENTAR:
UMA AGENDA PARA
MELHORES RESULTADOS**

EFICIÊNCIA DO ESTADO,
GOVERNANÇA E
DESBUROCRATIZAÇÃO

| 05

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA – CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

Paulo Antonio Skaf (Licenciado a partir de 6/6/2018)
1º Vice-presidente

Antônio Carlos da Silva
2º Vice-presidente

Paulo Afonso Ferreira
3º Vice-presidente

Paulo Gilberto Fernandes Tigre
Flavio José Cavalcanti de Azevedo
Glauco José Côrte
Eduardo Eugenio Gouvêa Vieira
Edson Luiz Campagnolo (Licenciado de 6/6 a 28/10/2018)
Jorge Parente Frota Júnior
Eduardo Prado de Oliveira
Jandir José Milan
José Conrado Azevedo Santos
Antonio José de Moraes Souza Filho
Marcos Guerra (Licenciado de 7/6 a 7/10/2018)
Olavo Machado Júnior
Vice-presidentes

Francisco de Assis Benevides Gadelha
1º Diretor financeiro

José Carlos Lyra de Andrade
2º Diretor financeiro

Alexandre Herculano Coelho de Souza Furlan
3º Diretor financeiro

Jorge Wicks Côrte Real (Licenciado de 4/4/2018 a 12/10/2018)
1º Diretor secretário
Sérgio Marcolino Longen
2º Diretor secretário

Antonio Rocha da Silva
3º Diretor secretário

Heitor José Müller
Carlos Mariani Bittencourt
Amaro Sales de Araújo
Pedro Alves de Oliveira
Edilson Baldez das Neves
Roberto Proença de Macêdo
Roberto Magno Martins Pires
Rivaldo Fernandes Neves
Denis Roberto Baú
Carlos Takashi Sasai
João Francisco Salomão
Julio Augusto Miranda Filho
Roberto Cavalcanti Ribeiro
Ricardo Essinger
Diretores

CONSELHO FISCAL

João Oliveira de Albuquerque (Licenciado de 7/6 a 7/10/2018)
José da Silva Nogueira Filho
Francisco de Sales Alencar
Titulares

Célio Batista Alves
José Francisco Veloso Ribeiro
Clerlânio Fernandes de Holanda
Suplentes

SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA AGENDA PARA MELHORES RESULTADOS

EFICIÊNCIA DO ESTADO,
GOVERNANÇA E
DESBUROCRATIZAÇÃO

05

2018

PROPOSTAS DA INDÚSTRIA

PARA AS ELEIÇÕES



Confederação Nacional da Indústria

CNI. A FORÇA DO BRASIL INDÚSTRIA

© 2018. CNI – Confederação Nacional da Indústria.

Qualquer parte desta obra poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte.

CNI

Diretoria de Educação e Tecnologia – DIRET

FICHA CATALOGRÁFICA

C748s

Confederação Nacional da Indústria.

Saúde suplementar : uma agenda para melhores resultados /
Confederação Nacional da Indústria. – Brasília : CNI, 2018.

52 p. : il. – (Propostas da indústria eleições 2018 ; v. 5)

ISBN 978-85-7957-199-2

1. Assistência à Saúde. 2. Planos de Saúde. 3. Gestão da Saúde Populacional. I. Título.

CDU: 614.39

CNI

Confederação Nacional da Indústria

Sede

Setor Bancário Norte

Quadra 1 – Bloco C

Edifício Roberto Simonsen

70040-903 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3317-9000

Fax: (61) 3317-9994

<http://www.portaldaindustria.com.br/cni/>

Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC

Tels.: (61) 3317-9989 / 3317-9992

sac@cni.com.br



2018
PROPOSTAS DA INDÚSTRIA
PARA AS ELEIÇÕES

SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO	11
INTRODUÇÃO	13
1 ANÁLISE E FUNDAMENTAÇÃO	23
1.1 Aspectos de caráter geral	23
1.2 Incorporação de novas tecnologias, por meio da avaliação de tecnologias em saúde	31
1.3 Disponibilização de dados aos usuários e contratantes para a gestão da saúde populacional.....	37
2 RECOMENDAÇÕES	41
ANEXO	45
REFERÊNCIAS.....	47
LISTA DAS PROPOSTAS DA INDÚSTRIA PARA AS ELEIÇÕES 2018.....	51



APRESENTAÇÃO

O Brasil levará mais de meio século para alcançar o produto *per capita* de países desenvolvidos, mantida a taxa média de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) nacional registrada nos últimos 10 anos, que foi de apenas 1,6%.

O desafio para o país será de, pelo menos, dobrar a taxa de crescimento do PIB nos próximos anos. Para tanto, não se poderá repetir erros de política que reduzam o potencial de expansão – o que inclui ter uma agenda coerente de reformas econômicas e institucionais.

Mudanças de governo são ocasiões especiais para uma reflexão sobre os objetivos e as estratégias nacionais. São, também, oportunidades para o país sair da zona de conforto e aumentar sua ambição de desenvolvimento.

As eleições de 2018 têm uma característica singular, que reforça o sentido dessa ambição. O fim do mandato do próximo presidente e dos parlamentares vai coincidir com o 200º aniversário da independência do Brasil.

É preciso aproveitar esse marco para estimular ações que eliminem os principais obstáculos ao crescimento no país e contribuam para construir uma indústria competitiva, inovadora, global e sustentável.

O *Mapa Estratégico da Indústria 2018-2022*, lançado pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) no início do ano, apresenta uma agenda para aumentar a competitividade da indústria e do Brasil, e para elevar o bem-estar da população ao nível dos países desenvolvidos.

Com base nas prioridades identificadas no Mapa, a CNI oferece 43 estudos, relacionados aos fatores-chave da competitividade. Os documentos analisam os entraves e apresentam soluções para os principais problemas nacionais.

O Estado precisa ser eficiente. É necessário melhorar a qualidade da governança, reduzir a burocracia e aumentar a capacidade de prover serviços públicos adequados. O aparato estatal deve ser eficaz e profissional, e garantir o retorno dos tributos recolhidos da sociedade.

O sistema brasileiro de saúde não cumpre com os seus objetivos. Suas deficiências fazem com que o setor privado assuma parte da responsabilidade na prevenção, na proteção e na recuperação da saúde do brasileiro.

Este documento mostra que a saúde suplementar tem aumentado os custos, sem melhorias para os usuários. As propostas apresentadas visam conter a alta das despesas e melhorar a proteção da saúde dos usuários. Como resultado, espera-se viabilizar a manutenção desse benefício aos trabalhadores.

Robson Braga de Andrade

Presidente da CNI

RESUMO EXECUTIVO

A saúde é elemento fundamental para o bem-estar da população, para a competitividade das empresas e para o desenvolvimento econômico e social do País.

No Brasil, a assistência à saúde envolve o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, e o Sistema de Saúde Suplementar, cujo foco são os planos e seguros privados de assistência à saúde. Em ambos os casos, o crescimento dos custos tem motivado esforços para aumentar sua eficiência e efetividade.

Os custos de assistência à saúde têm aumentado de forma persistente e a taxas superiores à inflação, na maior parte dos países do mundo. Há evidências de que esse crescimento tem sido ainda mais acelerado no Brasil e estima-se que, no triênio 2016-2018, os custos com saúde crescerão, em média, 10,9% ao ano, acima da inflação.

As despesas com consumo final de bens e serviços de saúde alcançaram 9,1% do PIB brasileiro em 2015, de acordo com dados do IBGE. As despesas do governo representavam 43% desse total, cabendo os 57% restantes às famílias e às instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (ISFLs). Esses valores são elevados, pois são direcionados principalmente à saúde suplementar, que alcança apenas cerca de 23% da população brasileira.

Cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde privados no Brasil têm planos coletivos empresariais ou por adesão. Os aumentos das mensalidades dos planos coletivos empresariais não são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que contribui para o aumento de preços acima da inflação.

O setor industrial é responsável, parcial ou integralmente, pelo financiamento de quase 22% dos planos de saúde privados no País (10,2 milhões de beneficiários). O aumento de preços nos planos de saúde tem elevado os custos de cuidados com os trabalhadores das empresas industriais, **sem melhorar a qualidade e os resultados em saúde. É necessário melhorar a gestão para garantir a capacidade de provisão desse benefício aos trabalhadores da indústria.**

Os custos da saúde suplementar no Brasil têm aumentado muito por quatro principais motivos. O primeiro é a deficiência na assistência preventiva, que aumenta os casos de complicações e atendimentos emergenciais, mais caros que a prevenção.

O segundo é que a lógica de remuneração dos prestadores de serviço é baseada no número de procedimentos executados e não no resultado obtido no tratamento

dos pacientes. Assim, há incentivos para executar procedimentos caros em excesso, com benefício marginal pequeno para a saúde dos beneficiários.

O terceiro é a adição de tecnologias ao rol de procedimentos mínimos a serem providos pelos planos de saúde, sem a devida análise da relação entre a efetividade da tecnologia e o custo da sua incorporação. Dessa forma, podem ser adicionados procedimentos caros com baixo benefício para a saúde e para o bem-estar da população coberta pelos planos.

O quarto problema identificado é a dificuldade de acesso aos dados agregados de saúde dos beneficiários dos planos coletivos empresariais. Caso as empresas tivessem acesso a esses dados, preservando a identidade dos beneficiários, poderiam fazer uma melhor gestão da saúde de seus trabalhadores, com foco em prevenção das doenças mais recorrentes e na contratação de planos mais eficientes e sustentáveis.

Recomendações

1. **Estruturar um sistema de remuneração dos prestadores de serviços de saúde baseado em resultados e não no número de procedimentos executados.**
2. **Identificar ações a serem adotadas para reduzir a judicialização na área de saúde** e fortalecer o entendimento técnico dos magistrados sobre o tema.
3. **Implementar programas de atenção primária,** com assistência integrada e foco na prevenção e no combate às doenças crônicas não transmissíveis.
4. **Aperfeiçoar o processo de incorporação de tecnologias no rol da ANS,** com a implementação de metodologias de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), adequadas ao Sistema de Saúde Suplementar.
5. **Desenvolver modelos de gestão clínica e econômica, amparados em coleta e sistematização de evidências empíricas,** avaliando a relação entre os resultados ou desfechos dos tratamentos avaliados e os custos associados à sua implementação.
6. **Aprimorar os processos de disponibilização de dados aos usuários e contratantes,** para a adequada gestão da saúde populacional. Resguardada a proteção à identidade dos usuários, a divulgação de dados deve possibilitar a identificação, pela empresa contratante, de tendências no acesso à saúde suplementar pelos seus trabalhadores.

INTRODUÇÃO

A saúde é elemento fundamental para o bem-estar da população e para a competitividade das empresas. De acordo com CNI (2018), os brasileiros apontam a saúde como um dos três principais problemas do Brasil em 2017. Na mesma pesquisa, a população aponta a melhoria dos serviços de saúde como a principal prioridade para atuação do governo há cinco anos consecutivos.

Do ponto de vista das empresas, garantir a saúde dos trabalhadores é um aspecto importante de sua função social. Além disso, melhores indicadores de saúde estão diretamente relacionados aos níveis de satisfação e de produtividade dos trabalhadores. Por todas essas razões, o tema mantém uma correlação direta com o desenvolvimento econômico e social do País.

No Brasil, a assistência à saúde envolve o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e de caráter público e universal, e o Sistema de Saúde Suplementar, que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Esses planos e seguros privados, frequentemente referidos como planos ou seguros de saúde, são regulamentados pela Lei 9.656/1998. Cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei 9.961/2000, a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Tanto no caso do SUS como no caso da saúde suplementar, o crescimento dos custos tem motivado esforços para aumentar a eficiência e a efetividade.

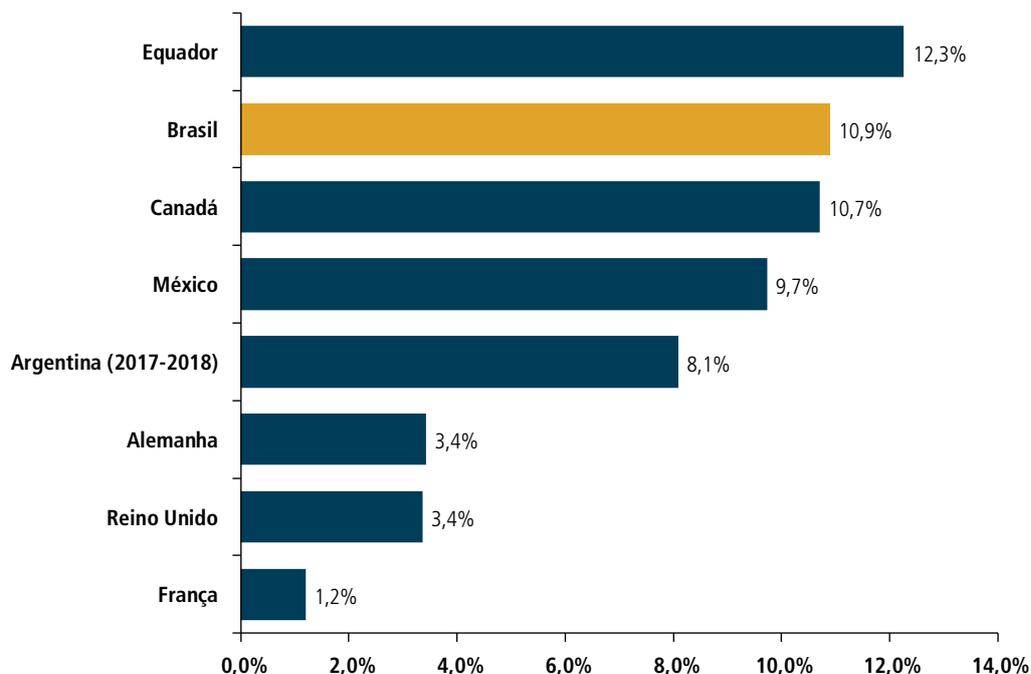
A expansão dos custos de assistência à saúde não é um problema exclusivo do Brasil. Dados de diversas organizações indicam que esses custos têm aumentado, de forma persistente, a taxas superiores à inflação na maior parte dos países do mundo. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017, p. 133), a taxa média anual de crescimento real dos gastos *per capita* com saúde alcançou, para o conjunto de seus países membros, 1,4%, no período entre 2009 e 2016. Isso significa que o custo com saúde tem crescido 1,4% a mais, em média, que os demais preços da economia.

Dados tabulados por uma empresa de consultoria que atua na área de seguros e de gestão de riscos indicam que, no período recente, as taxas de crescimento dos custos de assistência médica têm sido sistematicamente superiores à inflação, em uma amostra de 60 países (WILLIS TOWERS WATSON, 2017).

Com efeito, os dados relativos a 2016 e de 2017 e as projeções efetuadas para 2018 indicam que as taxas médias anuais de crescimento real dos custos de assistência médica são positivas para todos os países que compõem essa amostra. Enquanto o

Gráfico 1 a seguir registra as taxas médias anuais de crescimento real no triênio para alguns países selecionados, o anexo A registra essas mesmas taxas para os 60 países investigados na pesquisa.

Gráfico 1 – Taxas médias anuais de crescimento real dos custos de assistência médica, 2016, 2017 e 2018 (projeção), países selecionados



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da Willis Towers Watson, 2017.

O Brasil exibe a segunda maior taxa média anual de crescimento real, posicionando-se atrás apenas do Equador e superando países como Canadá, México, Argentina, Alemanha, Reino Unido e França.

Projeções do *Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network* (2017) indicam que as despesas com saúde no Brasil, estimadas em 8,3% do PIB, em 2014, deverão alcançar 11,3%, em 2040. Como mostra a Tabela 1, trata-se de um valor mais do que três pontos percentuais superior à média mundial prevista para 2040 e já bastante próximo do valor médio projetado para os países de alta renda nesse mesmo ano.

Tabela 1 – Despesas com saúde, países de alta, média-alta, média-baixa e baixa renda e Brasil, 2014 e projeções para 2030 e 2040, porcentagem do PIB

	2014	2030	2040
Média mundial	8,3%	8,2%	8,2%
Alta renda	11,7%	12,5%	13,1%
Média-alta renda	5,9%	6,4%	6,9%
Média-baixa renda	4,3%	4,7%	5,0%
Baixa renda	7,3%	6,6%	6,7%
Brasil	8,3%	10,0%	11,3%

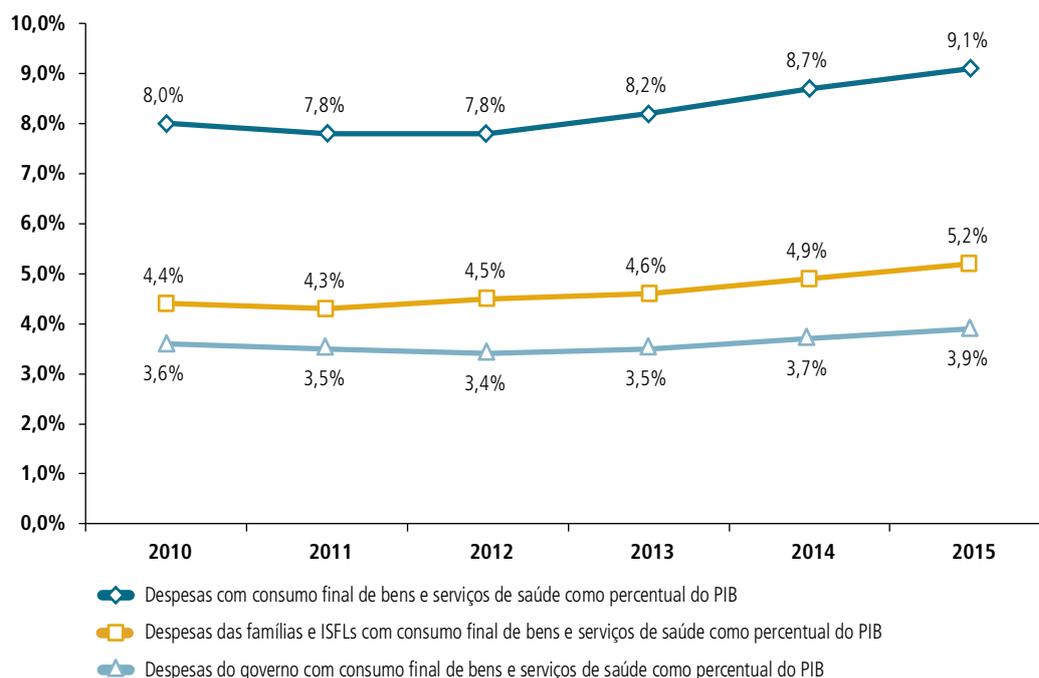
Fonte: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) mostram que as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde, que eram da ordem de 8,0% do PIB, em 2010, alcançaram 9,1%, em 2015.¹

O Gráfico 2 evidencia que a maior parte desse total correspondia às despesas das famílias e das instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (ISFLs), que as destinam, majoritariamente, à saúde suplementar. O Gráfico mostra ainda que as despesas das famílias e das ISFLs não somente se mantiveram acima das despesas do governo, entre 2010 e 2015, como também exibiram tendência ascendente ao longo desse período, passando de 4,4% do PIB, no início da série, para 5,2%, no final. As despesas do governo, por sua vez, passaram de 3,6% do PIB, em 2010 para 3,9%, em 2015, exibindo, portanto, uma tendência discreta de crescimento.

1. O valor registrado pelo IBGE para 2014 (8,7% do PIB) é 0,4 pontos maior do que o valor estimado pelo Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017) para esse mesmo ano, conforme se pode observar na Tabela 1.

Gráfico 2 – Despesas com saúde e PIB segundo setores institucionais, 2010 – 2015

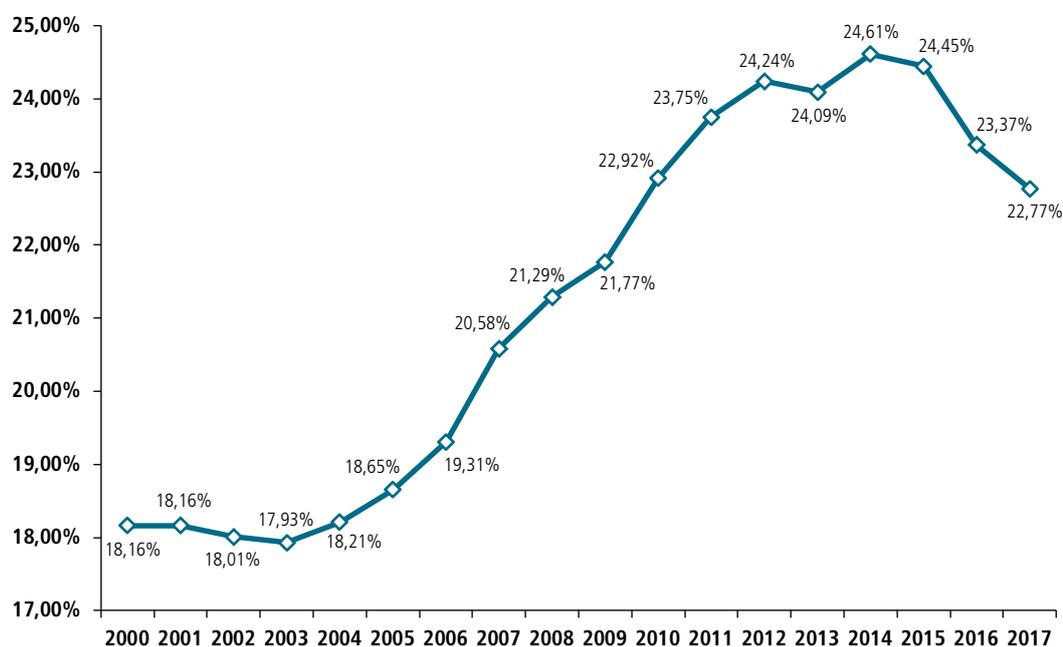


Fonte: IBGE, 2017.

Os dados disponibilizados pelo IBGE (2017) também permitem concluir que as despesas das famílias e das ISFLs representavam, em 2015, cerca de 57% das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil. Trata-se de um valor expressivo, sobretudo quando se considera que a saúde suplementar alcançava, no final de 2017, 47,3 milhões de beneficiários, que representam apenas cerca de 23% da população.

Conforme se pode observar no Gráfico 3, o número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, em relação à população total do País, cresceu de cerca de 18% até quase 25%, entre 2000 e 2014, caindo para pouco menos de 23%, em 2017.

Gráfico 3 – Beneficiários de planos privados de assistência à saúde em relação à população total, Brasil, 2000 – 2017

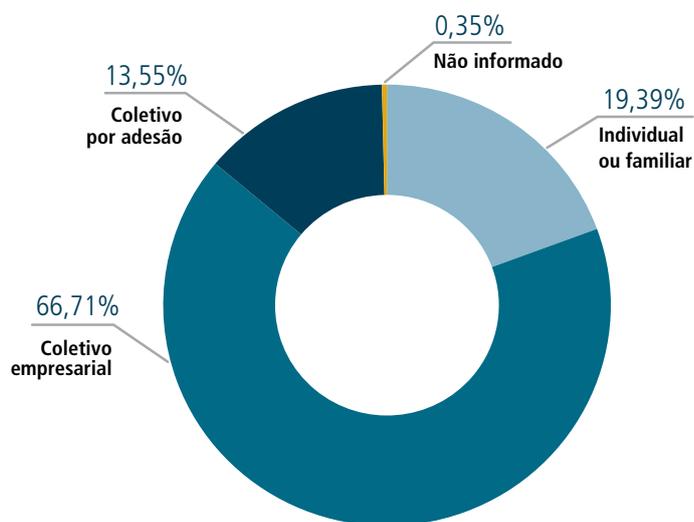


Nota: Número de beneficiários registrados pela ANS em junho de cada ano; em população residente estimada pelo IBGE em 1º de julho de cada ano.

Fonte: ANS, 2018; IBGE, 2018.

Dos 47,3 milhões de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, registrados em dezembro de 2017, estima-se que aproximadamente 80% correspondiam a planos coletivos (empresariais ou por adesão). O restante estava basicamente coberto por planos individuais ou familiares, conforme ilustra o Gráfico 4.

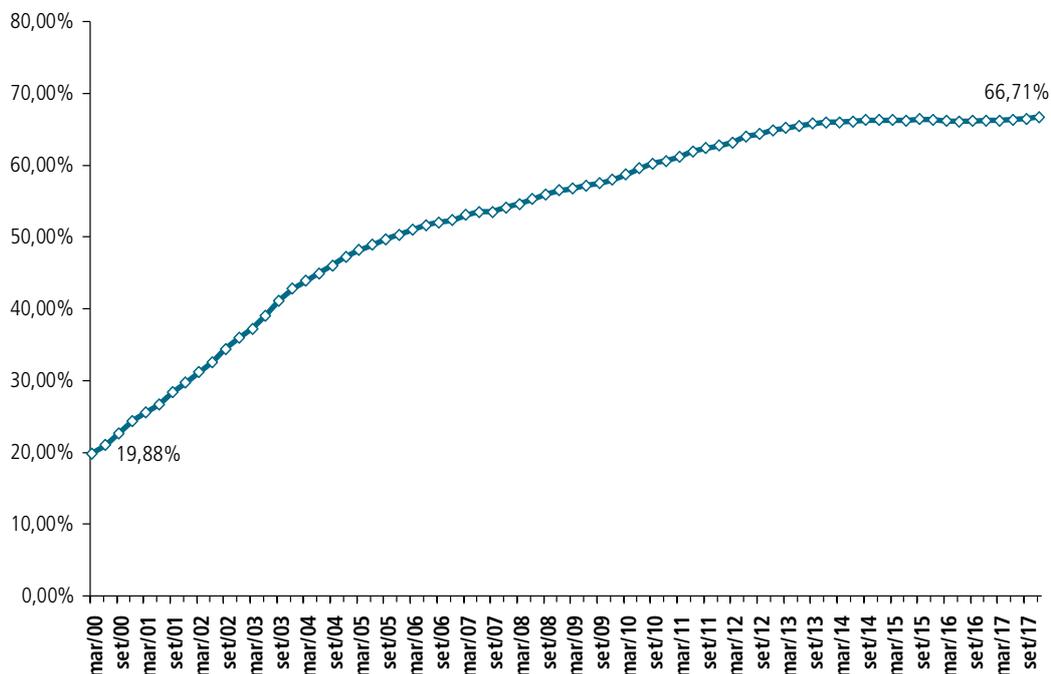
Gráfico 4 – Assistência médica segundo competência (tipo de contratação), Brasil, dez. 2017



Fonte: ANS, 2018.

O Gráfico 4 evidencia ainda que cerca de dois terços dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, registrados em dezembro de 2017, vinculavam-se a planos coletivos empresariais. A participação desse tipo de contratação no conjunto dos planos privados de assistência à saúde exibiu vigorosa expansão ao longo dos últimos anos, crescendo de menos de 20%, no início da década de 2000, para quase 67%, no final de 2017 (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Participação dos beneficiários de planos coletivos empresariais no total de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, Brasil, mar. 2000 – dez. 2017



Fonte: ANS, 2018.

De acordo com dados da ANS, referentes a dezembro de 2012, o setor industrial era responsável por 26,9% dos beneficiários dos planos coletivos de saúde no Brasil (ANS, 2013, p. 78). Isso permite estimar que: a) 10,2 milhões de beneficiários (quase 22% do total de 47,3 milhões) têm seus planos de saúde custeados, total ou parcialmente, por esse setor da economia²; e b) o setor industrial representa cerca de um terço dos beneficiários de planos coletivos empresariais no País³.

Estimativas de uma empresa de gerenciamento de riscos, corretagem de seguros e resseguros indicam que o valor investido por empresas em benefícios de assistência à saúde pode chegar a comprometer até 15% de sua folha de pagamento (AON, 2017). Trata-se, assim, de um custo relevante para as empresas em geral, que tende a ser particularmente significativo no caso da indústria, em virtude de sua elevada participação nos planos privados de assistência à saúde.

2. Dos 47,3 milhões de beneficiários, 80,26% estão vinculados a planos coletivos, ou seja, cerca de 38 milhões de beneficiários. Desses 38 milhões de beneficiários, 26,9% possuem planos total ou parcialmente custeados por empresas industriais, totalizando 10,2 milhões de beneficiários custeados pela indústria.

3. Dos 47,3 milhões de beneficiários, 66,71% estão vinculados a planos coletivos empresariais, ou seja, cerca de 31,6 milhões de beneficiários nessa modalidade. Os 10,2 milhões de beneficiários custeados total ou parcialmente pela indústria representam 32,3% dos beneficiários de planos coletivos empresariais.

Diferentemente do que ocorre no caso dos planos individuais ou familiares, os aumentos dos planos coletivos empresariais não são regulados pela ANS, e seus preços têm registrado variações anuais médias significativamente superiores às dos índices de inflação.⁴

O índice geral nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA) tem-se mantido em níveis inferiores ao índice do grupo serviços de saúde e, em particular, ao índice de variação do custo médico hospitalar (VCMH), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que expressa a variação do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses (IESS, s.d., p. 5).

A Tabela 2 registra, para o período entre 2008 e 2017 (ou 2016, no caso do VCMH, para o qual não há dados disponíveis em 2017), os índices anuais, a variação acumulada entre 2008 e 2016 e a taxa média anual de crescimento no mesmo período.

Tabela 2 – IPCA, IPCA saúde e cuidados pessoais e VCMH, 2008 – 2017

Ano	IPCA	IPCA serviços de saúde ⁵	VCMH (nota 1)
2008	5,90%	6,04%	11,00%
2009	4,31%	6,43%	12,50%
2010	5,91%	7,38%	7,60%
2011	6,50%	8,15%	12,90%
2012	5,84%	8,13%	15,40%
2013	5,91%	8,94%	16,00%
2014	6,41%	8,94%	15,80%
2015	10,67%	11,00%	19,30%
2016	6,29%	11,36%	20,40%
2017	2,95%	10,68%	n.d.
Variação acumulada 2008-2016	74,83%	107,90%	237,77%
Taxa média geométrica de crescimento 2008-2016	7,23%	9,58%	16,43%

Nota 1: Os índices de VCMH correspondem à variação acumulada em dezembro de cada ano.

Nota 2 : Os dados relativos ao VCMH são consistentes com os valores indicados no primeiro Gráfico da edição de setembro de 2017 (com dados relativos a dezembro de 2016) do documento Variação de Custos Médico-Hospitalares publicado pelo IESS, 2017.

Nota 3: As séries do IPCA/IBGE sofreram alteração de ponderadores entre 2011 e 2012.

Fontes: Sistema de Séries Temporais do Banco Central do Brasil, IESS, 2017.

4. Conforme registrado no site da ANS, “os planos coletivos são regulados pela ANS e pela Lei 9.656/1998 tanto quanto os planos individuais. Apenas o reajuste dos planos coletivos não é definido pela Agência, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. As demais regras e operações para os planos coletivos são as mesmas que as dos planos individuais, como, por exemplo, a Cobertura assistencial obrigatória – rol de procedimentos e eventos em saúde, 2018.

5. Esse componente do IPCA contempla serviços médicos e dentários, serviços laboratoriais e hospitalares e planos de saúde.

Conforme se pode observar, a variação acumulada do IPCA, entre 2008 e 2016, registrou quase 75%, enquanto a do índice relacionado ao grupo de serviços de saúde alcançou praticamente 108%. Esses percentuais são muito inferiores àquele relativo ao VCMH, que atingiu cerca de 238% no mesmo período.

Assim, a taxa média anual de crescimento do custo médico hospitalar per capita das operadoras de planos de saúde alcançou 16,43%, ao passo que o IPCA e o índice especificamente relacionado aos serviços de saúde registraram níveis de 7,23% e 9,58%, respectivamente. Esses dados revelam a importância, para a indústria, de uma melhor gestão da saúde populacional.

Para tanto, é fundamental avançar na reestruturação do Sistema de Saúde Suplementar, visando garantir a gestão custo-efetiva da saúde dos beneficiários, gerando maior sustentabilidade financeira, acesso a tratamentos adequados a cada caso e melhores resultados na saúde da população coberta por planos de saúde.

Isso demanda o desenvolvimento de iniciativas voltadas para a mensuração, com base em dados empíricos, de desfechos centrados nos pacientes e nos custos incorridos para a prestação dos serviços. Como regra geral, trata-se, portanto, de mudar a lógica que remunera os prestadores de serviços de saúde com base no número de procedimentos executados ("*fee for service*"), passando a remunerá-los pelos resultados alcançados ("*payment for performance*" ou "P4P") por meio de incentivos que estimulem a eficiência.

Mudanças dessa natureza requerem a disseminação de metodologias de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Com base nessas metodologias, podem-se desenvolver modelos de gestão clínica e econômica amparados na coleta e na sistematização de evidências empíricas, a partir de uma lógica que compara os resultados ou desfechos clínicos com os respectivos custos associados. Além disso, essas mudanças envolvem o aprimoramento da gestão da saúde populacional dos grupos atendidos pelos planos de saúde empresariais.

Aspectos dessa natureza são especialmente relevantes para o setor industrial, que tem assumido um papel central na oferta de cuidados em saúde para seus trabalhadores e dependentes, procurando participar efetivamente da gestão do benefício de maneira a prevenir, na medida do possível, afastamentos ou acidentes de trabalho decorrentes de problemas de saúde que poderiam ter sido evitados.

1 ANÁLISE E FUNDAMENTAÇÃO

Há um grande número de estratégias que podem ser implementadas para que se produzam melhorias na saúde suplementar no Brasil, incrementando resultados e reduzindo custos.

As estratégias de ação indicadas para reestruturar o Sistema de Saúde Suplementar procuram otimizar a relação custo/efetividade dos tratamentos e promover melhorias na qualidade do cuidado com os usuários. Considerando aspectos médicos, sociais, éticos e econômicos, as ações indicadas visam ampliar os resultados alcançados pelos pacientes *vis-à-vis* os custos incorridos para a prestação dos serviços. Esse conceito está relacionado ao triplo objetivo da saúde ("*triple aim*") proposto pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*:

- melhorar a experiência do indivíduo em relação à assistência (incluindo qualidade e satisfação);
- melhorar a saúde da população; e
- reduzir o custo *per capita* dos cuidados com a saúde.⁶

1.1 Aspectos de caráter geral

Os sistemas de saúde reúnem uma vasta e diversificada rede de agentes, que se relacionam por meio de um conjunto complexo de transações. Envolvendo uma variedade de regulações e contratos, esses sistemas se veem diante de ineficiências e outros focos de pressão de custos.

Modelo de remuneração dos prestadores de serviço

Atualmente, o modelo de remuneração dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde está baseado no volume e no valor dos procedimentos realizados ("*fee-for-service*"), o que tende a induzir um aumento do número de exames e procedimentos complementares associados.

Com isso, o prestador de serviço tem um ganho financeiro adicional, sem compromisso com o custo ou com o resultado do tratamento. Dessa forma, o formato atual da remuneração resulta em incentivos inadequados no âmbito da cadeia de saúde e concorre para a existência de fraudes e desperdícios no âmbito do sistema.

6. Fonte: *IHI, 2018*.

Dados consolidados sobre fraudes e desperdícios nos gastos assistenciais no Brasil parecem relativamente escassos e controversos. Ainda assim, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) estima que, em 2012, “as fraudes representavam 20% das despesas das operadoras” (LARA, 2017). Marques (2006) indica que, “no mercado de saúde, de 10% a 15% dos reembolsos pedidos são indevidos. De 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários”.

Com base nos limites superiores desses intervalos, Lara (2017) estima, em 2015, gastos de R\$ 12,4 bilhões com fraudes em contas hospitalares e custos de R\$ 10,1 bilhões em pedidos de exames desnecessários. De acordo com informações encaminhadas pelas operadoras à ANS, o número de exames de ressonância magnética por 1.000 beneficiários da saúde suplementar no Brasil alcançou, em 2015, 132 (ANS, 2016a), valor que supera a média de 52 ressonâncias, calculada para os países membros da OCDE em 2013.

De maneira análoga, o número de exames de tomografia computadorizada por 1.000 beneficiários da saúde suplementar no país (135 em 2015), embora inferior ao observado em alguns países, é superior à média de 120 tomografias referente aos países da OCDE (ANS, 2016a). Ainda que nesses dois últimos casos se comparem dados relativos a um estrato da população brasileira em 2015 (beneficiários da saúde suplementar) com a média dos países da OCDE em 2013, os dados sugerem a presença de exames eventualmente desnecessários no Brasil.

Diante dessas evidências, emerge a discussão sobre a importância de promover modificações no modelo de remuneração dos prestadores de serviço. De fato, a adoção de um padrão de remuneração desconectado de resultados e indutor de gastos – associado à proliferação de consultas, exames, terapias e internações – onera o sistema de saúde e seus usuários e contribui para sua ineficiência.

É preciso, portanto, avançar na estruturação de um formato de remuneração que incentive, do ponto de vista financeiro, a busca de resultados. Nesse sentido, ganham destaque a adoção de mecanismos de pagamento que estimulem a prestação de serviços de qualidade e de métricas associadas aos desfechos clínicos dos pacientes (“*payment for performance*” ou “*P4P*”), reduzindo custos e ampliando a produtividade do Sistema de Saúde Suplementar.

Judicialização da saúde

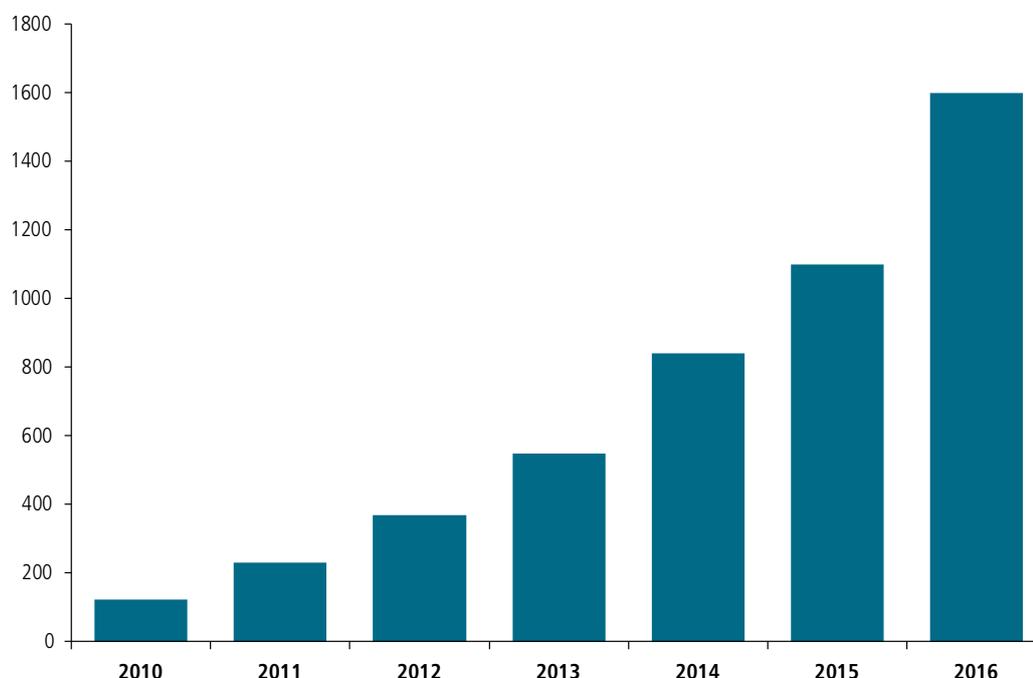
A judicialização e seus efeitos sobre o sistema de saúde são temas complexos e de grande relevância. De um lado, o princípio da universalidade da saúde, quando aliado a situações de restrição de recursos, leva os cidadãos à contestação judicial em busca

de seus alegados direitos.⁷ De outro, o modelo de remuneração por volume/valor de procedimentos e o estímulo indevido ao consumo favorecem o crescimento da judicialização para assegurar o acesso dos pacientes a uma gama de procedimentos, exames e tecnologias, ainda que não haja comprovação da relação positiva entre seus resultados e custos, sobretudo devido à carência de evidências científicas, dados estatísticos e informações.

De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), “apesar de não haver um dado unificado, estima-se que, somando toda a gestão SUS [...] e o sistema suplementar, o gasto com a judicialização da saúde no Brasil em 2015 tenha girado em torno de R\$ 10 bilhões”. Ainda de acordo com essa federação, as operadoras de saúde suplementar desembolsaram, em 2015, cerca de R\$ 1,2 bilhão em obrigações judiciais, sendo um quarto desse valor referente a procedimentos não cobertos.

Por fim, entre 2010 e 2015, o número de ações contra operadoras subiu 400%, em contraposição ao aumento de 5% de sua carteira de beneficiários.⁸ O quadro é também preocupante para o governo federal, que observou, ao longo dos últimos anos, um incremento significativo de seus gastos com a compra de medicamentos por determinação judicial, que saltaram de R\$ 122,6 milhões, em 2010, para R\$ 1,6 bilhão, em 2016, conforme ilustra o Gráfico 6.

Gráfico 6 – Gastos do governo federal com a compra de medicamentos por determinação judicial, 2010 – 2016



Fonte: Ministério da Saúde *apud* Pierro, 2017, p. 19.

7. Conforme previsto no art. 196 da Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

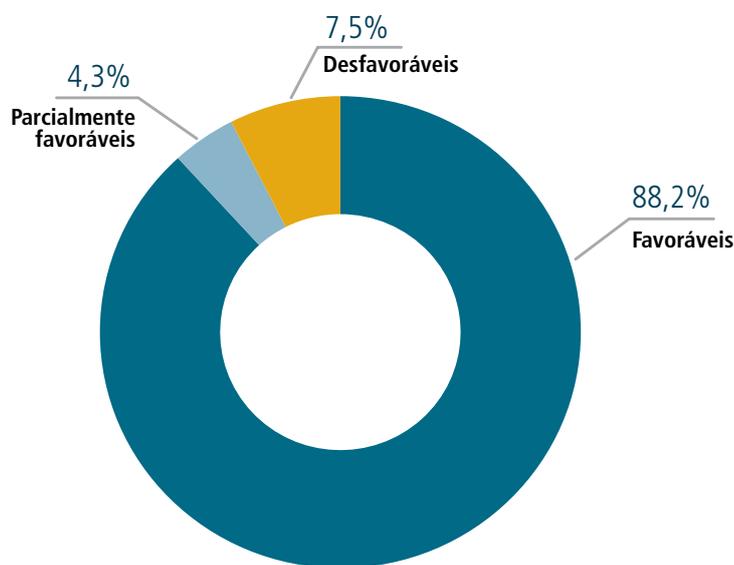
8. Essas informações foram registradas em documento publicado pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA, 2016, p. 18).

Segundo entrevistas realizadas com integrantes da cadeia de saúde por pesquisadores do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), a percepção da saúde como bem essencial interfere na forma de decisão dos juízes, que, dada a complexidade do tema e as alegadas consequências do indeferimento dos pleitos, tendem a conceder liminares sem considerar relações de custo/benefício ou as políticas públicas em vigor.

Assim, é comum dar ganho de causa ao beneficiário de tratamentos que não constam no contrato ou estão fora da rede contratada; não estão incluídos no rol da ANS; ou que não foram registrados pela Anvisa (AZEVEDO et al., 2016).

Os resultados dessa situação podem ser ilustrados pelos dados extraídos de uma dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2017 (ROBBA, 2017). Analisando 4.068 decisões de recursos de apelações e embargos infringentes envolvendo planos coletivos de assistência médico-hospitalar, julgados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) em 2013 e 2014, a pesquisa identificou que 88,2% foram favoráveis, 4,3% parcialmente favoráveis e apenas 7,5% contrárias aos usuários (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Resultados de decisões judiciais no TJSP, 2013 e 2014



Fonte: Robba, 2017, p. 49.

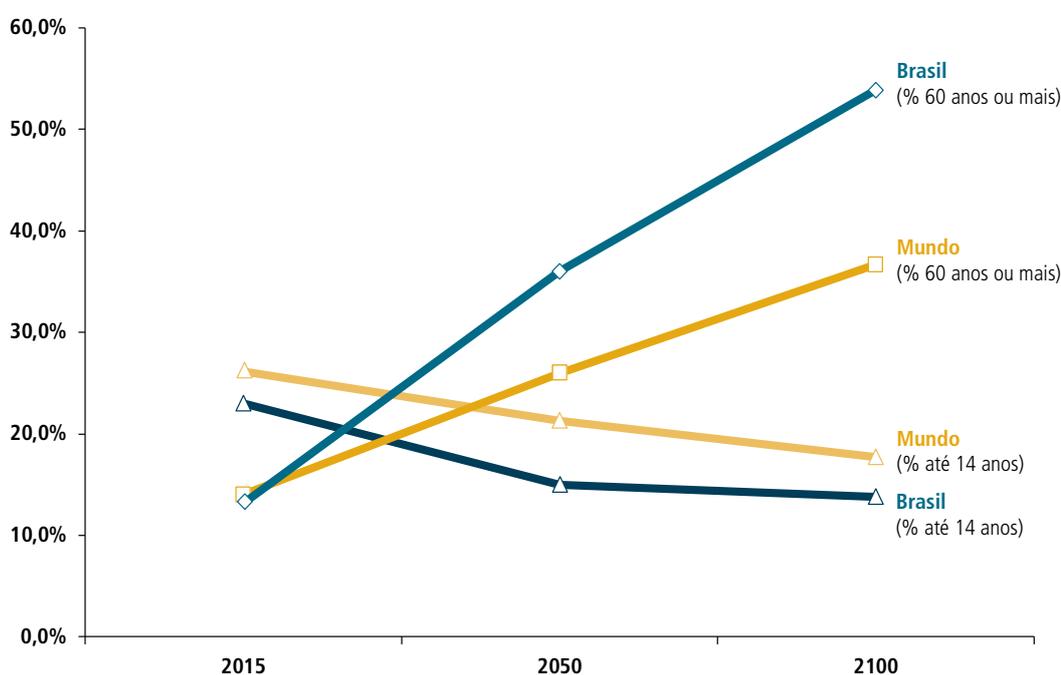
O panorama traçado indica que o sistema de saúde caminha para uma situação insustentável que, além de onerar os cofres públicos, prejudica as operadoras, as empresas contratantes e os beneficiários. Além disso, as decisões por meio de processos judiciais sustentam um modelo regressivo, que favorece aqueles que podem recorrer à justiça, em detrimento da imensa maioria da população brasileira, que não tem acesso a esse tipo de recurso. A crescente judicialização indiscriminada da saúde, portanto, torna o Sistema de Saúde Suplementar brasileiro mais injusto, mais caro e mais ineficiente.

Transição demográfica

No Brasil e no mundo, o fenômeno da transição demográfica – caracterizado pela tendência de envelhecimento populacional, decorrente da redução das taxas de natalidade, da redução das taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, associadas, entre outros fatores, ao desenvolvimento tecnológico e aos avanços da medicina – acarreta mudanças importantes nos padrões de gastos públicos e privados. A maior proporção de indivíduos idosos na população tende a elevar os dispêndios com saúde, criando a necessidade de revisão das estruturas e dos modelos de assistência em vigor.

Dados das Nações Unidas, sistematizados por Reis, Barbosa e Pimentel (2016), revelam que a parcela da população com idade acima de 60 anos tem crescido num ritmo acelerado no mundo, devendo ultrapassar, em 2050, o percentual de jovens até 14 anos. Considerando o Brasil, a estimativa é que essa transição ocorra já por volta de 2030, conforme ilustra o Gráfico 8, a seguir.

Gráfico 8 – Projeções da proporção da população com idade até 14 anos e acima de 60 anos, Mundo e Brasil, 2015, 2050 e 2100



Fonte: United Nations, 2015, p. 27.

No período compreendido entre 2015 e 2030, estima-se que o grupo dos idosos acima de 85 anos aumente proporcionalmente mais do que o grupo com idade até 60 anos e do que a população de idosos como um todo. Esse fenômeno apresenta-se ainda mais relevante no caso do Brasil, implicando aceleradas transformações em sua pirâmide etária.

Se em 1980 o País era classificado como jovem, atualmente é caracterizado como adulto, caminhando para se tornar um país idoso. Essa transição demográfica, que ocorreu de forma mais lenta nos países desenvolvidos, não se fez acompanhar por uma evolução compatível do PIB *per capita* brasileiro, que se mantém em um patamar muito inferior ao PIB *per capita* desses países. Assim, as pressões de demanda sobre o sistema de saúde no Brasil tendem a ser ainda maiores, considerando as restrições de renda *per capita* e as dificuldades do orçamento público.

Especificamente com relação ao Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, estima-se que, devido ao rápido envelhecimento da população, os gastos assistenciais de pessoas com 60 anos ou mais passe de R\$ 34,6 bilhões para R\$ 78,2 bilhões entre 2014 e 2030, perfazendo o crescimento de 126,0%. Enquanto isso, os gastos das pessoas de 20 a 59 anos devem aumentar em torno de 28,8% no mesmo período. Assim, a faixa etária de mais de 60 anos, que representará 20,5% dos beneficiários em 2030, deverá passar a responder por 47,2% dos gastos totais nesse ano (REIS, 2016).

Crescimento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)

Observa-se, no Brasil e no mundo, uma transição epidemiológica, na qual doenças transmissíveis deixam de ocupar a liderança em termos de prevalência e maior taxa de mortalidade, enquanto doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) passam a assumir essa posição. Atualmente, as DCNTs constituem o problema de saúde de maior relevância, sendo responsáveis por mais de 70% das causas de mortes no Brasil.

Segundo pesquisa do IBGE (2014), as principais DCNTs (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas) respondem por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade, gerando também perda de qualidade de vida, decorrente de incapacidades e do alto grau de limitação dos pacientes em suas atividades cotidianas. Ainda de acordo com o IBGE (2014), as proporções de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial e de colesterol alto no Brasil foram de 21,4% e de 12,5% naquele mesmo ano.

Com base em dados da mesma pesquisa do IBGE (2014), Malta et al. (2017, p. 5s) demonstram que pessoas com DCNTs usam mais os serviços de saúde, internam-se com mais frequência, são mais demandantes de consultas médicas e têm maiores chances de deixar de realizar atividades por motivo de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 – Uso de serviços de saúde e inatividade por motivo de saúde segundo o número de DCNTs, Brasil, 2013

Número de morbidades	População sem DCNTs		População com DCNTs		
	0	1 DCNT	2 DCNTs	3 DCNTs	4 DCNTs
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas	10,87%	20,06%	26,65%	37,28%	46,56%
Internação nos últimos 12 meses	4,91%	7,15%	10,44%	13,57%	19,30%
Consulta médica nos últimos 12 meses	65,36%	79,95%	89,15%	92,78%	96,45%
Deixar de realizar atividades nas duas últimas semanas, por motivo de saúde	4,06%	9,06%	13,31%	21,16%	28,23%

Fonte: Malta et al. 2017, p. 5s.

Como os doentes usualmente convivem muitos anos com as enfermidades, seus impactos sobre os gastos com saúde (medicamentos, exames, consultas médicas e internações, entre outros) tendem a ser muito significativos. Adicionalmente, os tratamentos, em muitas situações, requerem a utilização de serviços de maior complexidade e elevado nível tecnológico, cujos custos são proporcionalmente mais altos.

A transição epidemiológica associa-se ainda à multimorbidade, que se caracteriza pela presença de diferentes doenças crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo. Como consequência desse fenômeno, surgem maiores desafios para a gestão da saúde, associados, por exemplo, à fragmentação dos cuidados e à dificuldade de seguir orientações para doenças específicas.

Nesse contexto, ganham destaque ações de prevenção a DCNTs. Há uma forte associação dessas doenças com fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, sedentarismo e má alimentação. Assim, o monitoramento desses fatores de risco e das doenças a eles relacionadas é crucial para a definição de políticas preventivas de saúde.

O sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do IBGE (2014), estruturam a vigilância de DCNTs e dos fatores de risco a elas associados. As informações disponibilizadas revelam que os brasileiros, em geral, são pouco ativos, têm uma alimentação pouco adequada e sofrem cada vez mais com o sobrepeso e o uso abusivo do álcool. A consequência desse perfil é o aumento da incidência de doenças como diabetes, hipertensão arterial e câncer.

A mudança de estilo de vida envolve esforços integrados de toda a sociedade, considerando os potenciais benefícios em termos da saúde da população e da economia de recursos destinados pelo sistema a pacientes acometidos por essas enfermidades.

O Sistema Indústria, por meio do Serviço Social da Indústria (SESI), tem implementado diversos programas e atividades voltados para os trabalhadores e seus familiares, obtendo, como regra geral, grande êxito. Entretanto, identifica-se a necessidade de estruturação de uma ação coordenada de prevenção e combate a doenças crônicas por parte do conjunto da sociedade, de modo a assegurar que um número cada vez maior de pessoas envelheça em condições saudáveis e produtivas.

Falta de ênfase à atenção primária

O modelo de assistência predominante nas operadoras se caracteriza pela fragmentação dos cuidados, pela falta de vinculação entre médicos e pacientes e pelo excessivo foco na doença, o que traz resultados insatisfatórios para a saúde.

Além do ajuste de foco e da adequação de procedimentos por parte dos prestadores de serviços, a mudança desse paradigma certamente requer uma ação educativa voltada para a população, que tende a buscar especialistas e a induzir a fragmentação do atendimento recebido, o que muitas vezes repercute na realização de um número excessivo de exames e procedimentos complementares.

A atenção básica ou a atenção primária em saúde é considerada a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Trata-se do atendimento inicial ao paciente, com o objetivo de:

- orientá-lo sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde;
- realizar diagnósticos;
- encaminhar tratamentos; e
- direcionar os casos mais graves para níveis de cuidado superiores; funciona, portanto, como uma espécie de filtro capaz de planejar e organizar o fluxo dos serviços prestados nas redes de saúde.

No setor público, a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e pelas equipes de atenção básica, de caráter multidisciplinar, cujo objetivo é atender a cerca de 80% dos problemas dos pacientes sem que seja necessário encaminhá-los para serviços como emergências e hospitais. O Brasil conta, adicionalmente, com diversos programas governamentais relacionados à atenção básica em saúde. O principal deles é o “Estratégia de Saúde da Família”, responsável pelo acolhimento de todos os usuários e por assegurar a integralidade das ações.

Nessa mesma direção, é preciso repensar o modelo de assistência adotado no sistema suplementar, com vistas a adequá-lo às mudanças demográficas e epidemiológicas descritas anteriormente, não apenas por questões de ordem financeira, mas também para assegurar a prestação de serviços de qualidade. A atenção primária à saúde emerge, nesse contexto, como uma maneira eficaz de melhorar os indicadores de saúde, com menores custos e maiores índices de satisfação dos usuários.

Algumas operadoras de planos de saúde já vêm atuando nesse sentido. Fraga (2017) revela que algumas operadoras já vêm disponibilizando soluções baseadas na atenção primária à saúde (APS) como forma de melhorar seus resultados clínicos e seus níveis de sustentabilidade financeira (FRAGA, 2017). Em relação ao caso específico analisado, afirma que a operadora atende em 86,6% os atributos da APS. Esse resultado, contudo, não pode ser facilmente extrapolado para outras operadoras, o que indica a existência de um amplo espaço para que se busque disseminar esse tipo de prática.

1.2 Incorporação de novas tecnologias, por meio da avaliação de tecnologias em saúde

O inciso III do art. 4º da Lei 9.961/2000 estabelece que compete à ANS elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde. Esse rol constitui referência básica para a cobertura assistencial mínima obrigatória dos planos de saúde comercializados a partir de 1999, bem como para aqueles contratados anteriormente e adaptados à Lei 9.656/1998. Dessa forma, o rol corresponde a uma lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória por parte dos planos de saúde.

A obrigatoriedade dessa cobertura é revista pela ANS a cada dois anos, e o processo de revisão é antecedido por discussões no Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), que conta com a participação de representantes dos consumidores, dos prestadores de serviços de saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos conselhos de profissionais de saúde, das sociedades médicas e do corpo técnico da ANS. Esse grupo tem a função de estruturar uma proposta, posteriormente submetida à avaliação da sociedade por meio de consulta pública disponibilizada na página da ANS na internet (ANS, 2018).

As decisões acerca dos itens a serem mantidos, excluídos ou incluídos nesse rol de coberturas obrigatórias devem ser balizadas por critérios que levem em consideração o contexto de limitação de recursos financeiros, as mudanças no perfil etário e epidemiológico dos pacientes, a crescente demanda por cuidados médicos e as incertezas

quanto à viabilidade técnica e financeira da adoção de novas tecnologias.⁹ Essas características impõem a adoção de medidas capazes de tornar o rol de cobertura mais eficiente e sustentável.

Nesse sentido, é fundamental contar com ferramentas robustas que apoiem a análise das tecnologias de saúde e o processo de tomada de decisão quanto à composição do rol da ANS. A avaliação de tecnologias de saúde (ATS) é uma metodologia que permite a sistematização das informações disponíveis, de modo a identificar tecnologias com maior potencial de benefício para os pacientes, levando em conta seus interesses e os interesses dos prestadores de serviço, dos contratantes dos planos e seguros e da sociedade em geral (NITA et al. 2009; NITA et al., 2010).

Diferentemente da saúde baseada em evidências, que aplica princípios do método científico para subsidiar a tomada de decisões referentes ao tratamento de um paciente individual, a ATS não considera apenas os resultados de estudos clínicos, mas também seus impactos sociais e econômicos.

Enquanto a saúde baseada em evidências, a partir dos resultados dos estudos clínicos, é capaz de determinar a eficácia e a segurança das tecnologias de saúde em casos de tratamentos específicos e para fins de aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e comercialização no mercado, a ATS pode apoiar decisões sobre a oferta de dada tecnologia pelo SUS e pelos planos de saúde, ponderando critérios como eficácia, efetividade, segurança, custos e impacto orçamentário.

Em países como Reino Unido, Dinamarca, França, Alemanha e Suécia, organizações de avaliação de tecnologia em saúde aconselham os órgãos governamentais sobre os custos e os benefícios potenciais dos tratamentos (FRANCISCO, 2017, p. 40). Estudo sobre o impacto econômico da ATS no sistema de saúde da Áustria identificou o crescente uso dessa metodologia como apoio a decisões de investimento e reembolso, com consequente redução de gastos (SCHUMACHER; ZECHMEISTER, 2013 *apud* FRANCISCO, 2017, p. 17).

Outros países, como Austrália, Canadá e Estados Unidos, também dispõem de uma ampla base de dados, que permite que hospitais, médicos e a sociedade de um modo geral saibam quais serão os benefícios e os custos envolvidos na adoção de novas tecnologias de saúde (FRANCISCO, 2017, p. 47). Dessa maneira, assegura-se que tecnologias que apresentam elevada relação custo/benefício – e, portanto, não agregam valor para a sociedade – sejam descartadas pelos sistemas de saúde ou, na medida do possível, sejam revistas para ajustarem-se aos critérios da ATS.

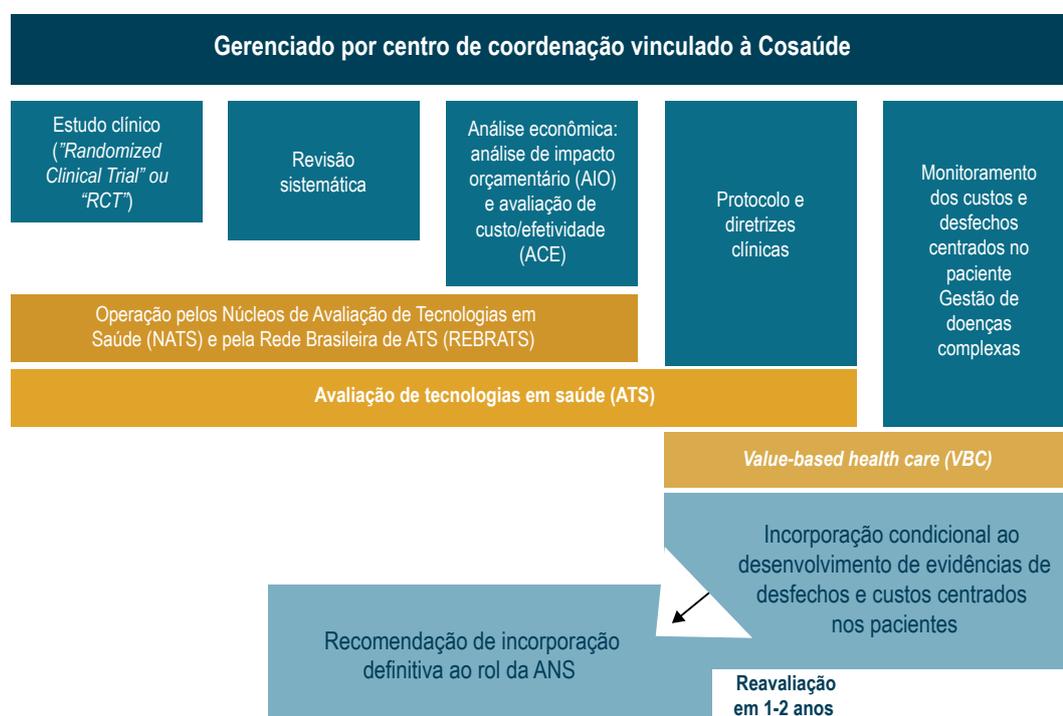
9. De acordo com a Rede Brasileira de Tecnologias em Saúde (REBRATS, 2018), definem-se como tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população.

No Brasil, as iniciativas governamentais para o processo de institucionalização da ATS tiveram início a partir da criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit),¹⁰ em 2000, e da aprovação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), em 2009, cujo objetivo é “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade”.¹¹ Embora a ATS hoje faça parte das diretrizes da ANS para incorporação de novas tecnologias no rol de procedimentos e eventos, ela não tem sido sistematicamente utilizada e – quando o é – não apresenta a formalidade e a rigidez metodológica requeridas.

Na saúde suplementar, as normas vigentes não descrevem detalhadamente a forma de realização da ATS, dando margem a múltiplas interpretações do texto. É fundamental, portanto, avançar na estruturação de um marco lógico para a implementação de metodologias de ATS que adequem a saúde suplementar à PNGTS, por meio da definição de diretrizes e protocolos clínicos e do monitoramento de dados empíricos, que sustentem um sistema de saúde baseado em valor (Figura 1).

Figura 1 – ATS e saúde baseada em valor

O processo de assistência à saúde de maneira holística: da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) aos cuidados com a saúde centrados no paciente (“value-based health care” ou “VBC”)



Fonte: CNI, 2018.

10. O Decit é o departamento do Ministério da Saúde responsável por coordenar a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e das Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS).

11. A Portaria do Ministério da Saúde 2.690/2009, institui, no âmbito do SUS, a PNGTS.

A PNGTS apresenta uma série de princípios e diretrizes que norteiam o processo de implementação da ATS no Brasil.¹² Seguindo essas orientações, o Ministério da Saúde, a Rede Brasileira de ATS (Rebrats) e outras importantes entidades de apoio à saúde têm estruturado e disponibilizado documentos com o propósito de disseminar as principais metodologias de ATS, além de promoverem a realização de cursos e seminários de capacitação em saúde, visando desenvolver habilidades e conhecimentos técnicos associados aos aspectos clínicos, econômicos e sociais da ATS.

É importante ter em vista que, no âmbito da saúde suplementar, os diferenciais de custo e as especificidades da demanda, do orçamento e dos modelos de financiamento requerem que os aprimoramentos e ajustes nas diretrizes metodológicas para a implantação da ATS levem em consideração as características e peculiaridades desse sistema.

Em outras palavras, não é adequado que se reproduza, no Sistema de Saúde Suplementar, o mesmo modelo de ATS utilizado no SUS, pois tecnologias que apresentem viabilidade orçamentária e relação efetividade/custo positiva, em um caso, podem não ser apropriadas no outro.

É fundamental que se estructurem núcleos de apoio técnico à gestão de tecnologias de saúde suplementar. Também é preciso fortalecer competências institucionais para viabilizar a solicitação e a priorização da demanda, a análise de produtos e a realização e divulgação de estudos em ATS específicas para esse sistema.

Uma maneira de fazer isso é estender ao CoSaúde as determinações de conformidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Adicionalmente, é necessário definir padrões formais para os métodos de ATS, análogos aos requeridos por agências internacionais, como o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, do Reino Unido, ou a *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*, do Canadá, que também são exigidos pelo SUS por meio da Conitec.

Outro ponto relevante para o fortalecimento das metodologias de ATS é a incorporação, nos relatórios e dossiês de análise, de definições claras e objetivas acerca:

- da população potencialmente beneficiada;
- da indicação terapêutica ou situação em que a tecnologia será empregada; e
- da própria tecnologia em avaliação. Essas exigências podem orientar a busca por evidências científicas, sistematizar critérios para a construção de modelos econômicos e facilitar a identificação de tecnologias já incorporadas e utilizadas

12. Conforme registrado na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, seu objetivo é “maximizar os benefícios de saúde, a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010, p. 15).

para o mesmo fim, permitindo a elaboração de análises mais consistentes e detalhadas, que confirmam maior segurança aos tomadores de decisão.

Para tornar o processo de análise das solicitações de inclusão de procedimentos no rol da ANS mais estruturado e seguro, é preciso definir um fluxograma, que discrimine os documentos a serem obrigatoriamente encaminhados. Além disso, é necessário definir uma metodologia de análise técnica padronizada, que inclua, por exemplo, componentes para a avaliação de custo/efetividade (ACE).

A definição da maneira como os dados de eficácia, efetividade e segurança das tecnologias de saúde devem ser apresentados para fins de avaliação é também crucial para garantir a utilização dos estudos científicos mais relevantes e para que não haja viés na seleção das evidências. Seguindo a experiência das agências de ATS, é fundamental apresentar os aspectos clínicos a partir de revisões sistemáticas ou pareceres técnico-científicos (PCT), considerados as formas adequadas para busca e seleção dos estudos e evidências.

A lista de documentos para fins de solicitação de inclusão no rol da ANS poderia ser fortalecida, ainda, pela inclusão de:

- Estudos farmacoeconômicos, elaborados de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para avaliar os gastos médios das operadoras de saúde no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). A disponibilização dos estudos de avaliação econômica em saúde, específicos para a situação brasileira, deve não apenas permitir uma avaliação de eficiência das tecnologias, do ponto de vista das operadoras e do Sistema de Saúde Suplementar, mas também sustentar o processo de negociação de preços de aquisição, criando referências associadas ao valor que o produto agrega ao paciente.
- Estudos de avaliação de equipamentos médico-assistenciais (EMAs). Pode ser que o custo de um novo equipamento não seja justificado pelos benefícios incrementais em relação a equipamentos já utilizados, tanto em eficácia quanto em segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde. Em 2013, atento a essa necessidade, o Ministério da Saúde lançou um documento sintetizando diretrizes metodológicas para avaliar tecnologias dessa natureza, que deve servir de referência para a elaboração desses estudos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).
- Estudos sobre o uso de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) elaborados de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). As OPMEs, cujas técnicas de avaliação são distintas daquelas que se aplicam aos medicamentos, impactam significativamente o Sistema de Saúde Suplementar.

Pesquisa publicada pela ANS (2016b, Anexo IV, p. 21) identificou que os custos de OPMEs chegam a variar em proporções muito superiores a 100%, dependendo de

aspectos como transporte, armazenamento, tributação e poder de negociação. No mesmo documento, admite-se que as variações extremamente elevadas podem também estar associadas a condutas antiéticas, anticoncorrenciais ou ilegais (ANS, 2016b, Anexo IV, p. 21).

Diversos autores, por outro lado, relatam a falta de transparência na condução de avaliações econômicas, sobretudo no que tange às análises de custo/efetividade e análises de impacto orçamentário. Nesse contexto, é importante compreender não apenas os objetivos e benefícios econômicos e clínicos do uso de OPMEs, mas também os fatores que dificultam ou impedem sua utilização.

Embora o procedimento em vigor já preveja a necessidade de uma análise de impacto orçamentário (AIO), é também desejável, para fins de maior rigor e segurança, que essa análise incorpore as metodologias e boas práticas recomendadas pela *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* e pelo Ministério da Saúde.

Além disso, é fundamental que a AIO seja implementada em conformidade com a realidade específica da saúde suplementar no Brasil. É recomendável também a constante avaliação das tecnologias, sejam elas emergentes, sejam atualizações decorrentes de melhorias incrementais.

Para isso, pode-se flexibilizar o horizonte temporal para a AIO de produtos, atualmente fixado em cinco anos. Esse ponto é particularmente relevante no caso de órteses, próteses e materiais especiais, que se tornam obsoletos, à medida que novas tecnologias vão sendo disponibilizadas no mercado.

A implementação de metodologias de ATS, adequadas ao Sistema de Saúde Suplementar, passa também pela definição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que estabeleçam, a exemplo do que já acontece no SUS:

- os critérios para o diagnóstico da doença ou agravo à saúde;
- o tratamento preconizado, com os medicamentos e produtos apropriados;
- as posologias recomendadas;
- os mecanismos de controle clínico; e
- o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. (CONITEC, 2016).

Baseados em evidências científicas e critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo/efetividade das tecnologias recomendadas, os PCDTs não apenas poderão nortear a atuação dos agentes de saúde no provimento do atendimento, mas também orientar as operadoras de planos de saúde, nos processos de autorização, o judiciário, nas avaliações dos litígios e os usuários e contratantes, em suas demandas por atendimentos com comprovada efetividade.

Por fim, é importante enfatizar a utilização de dados obtidos com base em eventos observados “no mundo real” (e não sob condições controladas) como método de gestão de tecnologias.¹³ Uma vez incorporadas ao rol da ANS, a performance da tecnologia no mercado deve ser acompanhada para fins de mensuração de sua eficiência e efetividade, criando elementos de apoio aos tomadores de decisão em novas rodadas de avaliação.

Esse procedimento é válido, sobretudo, em situações marcadas por elevado grau de complexidade e incerteza, quando é fundamental que se estabeleçam diretrizes clínicas e protocolos de monitoramento de desfechos centrados em pacientes e custos por um período de tempo pré-determinado. Assim, será possível esclarecer eventuais dúvidas e, se for o caso, revisar os dados inicialmente utilizados na ATS.

1.3 Disponibilização de dados aos usuários e contratantes para a gestão da saúde populacional

A busca da atenção à saúde, oferecida de maneira efetiva ao menor custo, exige transparência de todos os agentes integrantes do sistema, incluindo usuários, prestadores de serviços, operadoras de saúde, clínicas, hospitais e centros diagnósticos. Nesse sentido, é fundamental aprimorar e fortalecer os canais de comunicação e os fluxos de informações oficiais entre operadoras, empresas contratantes e usuários. Esses canais constituem-se em ferramenta fundamental para o início de uma transição saudável para um modelo de remuneração por qualidade/efetividade do tratamento.

Conforme evidenciado, cerca de dois terços dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde registrados vinculam-se atualmente a planos coletivos empresariais. Esse percentual, que era inferior a 20% no início da década de 2000, mais do que triplicou ao longo desse período. Estima-se, ainda, que apenas o setor industrial represente quase 22% dos planos privados de assistência à saúde (10,2 milhões de beneficiários) e cerca de um terço dos beneficiários de planos coletivos empresariais no País.

Esses dados indicam que os empregadores têm assumido um papel cada vez mais relevante na saúde suplementar. Apesar disso, as empresas, na prática, têm poucas possibilidades de atuar de forma proativa na gestão da saúde de seus trabalhadores, uma vez que as informações a que têm acesso são essencialmente limitadas ao número de sinistros (utilização do plano de saúde).

13. Trata-se de do uso de “*real-world evidences*” (informações de saúde obtidas de fontes atípicas, como registros eletrônicos de saúde, bases de dados de faturas e registros de produtos e doenças) para avaliar a segurança e a efetividade de medicamentos e equipamentos (NEJM, 2016).

A sistematização e a disponibilização de dados clínicos e de satisfação dos usuários, além de dados dos prestadores de serviços – organizados em extratos pormenorizados – seguramente contribuiria para uma gestão mais efetiva da saúde populacional por parte das empresas contratantes, uma vez que ajudariam a esclarecer o que é eficaz, por que é eficaz e como os provedores poderiam aproveitar as lições aprendidas para melhorar o atendimento e o cuidado com os usuários finais dos serviços.

Do ponto de vista das empresas contratantes, portanto, as informações seriam utilizadas para:

- monitorar proativamente as condições de atenção à saúde nas empresas;
- planejar e avaliar sua atuação em favor da saúde do trabalhador, de forma complementar e articulada aos planos de saúde, com vistas a prevenir doenças, acidentes e incapacidades, promover a saúde e a qualidade de vida, e apoiar o processo de retorno ao trabalho;
- analisar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos;
- entender a forma de utilização dos planos de saúde disponibilizados aos trabalhadores;
- identificar prestadores que adotam linhas de cuidado centrados nas pessoas e na atenção integrada, obtendo melhores desfechos;
- pactuar iniciativas articuladas com os planos de saúde, compartilhando ações e responsabilidades para melhorias na gestão da saúde e na utilização do sistema;
- incentivar o uso mais racional do sistema e orientar os usuários; e
- negociar reajustes a partir da maior transparência de dados, que permitam uma melhor compreensão do cenário e, conseqüentemente, melhores condições de atuação sobre os desafios identificados.

Extrato mensal

O extrato pormenorizado deve ser disponibilizado mensalmente aos contratantes, uma vez que sua função não é apenas fundamentar o percentual de reajuste anual, mas também permitir o monitoramento proativo da saúde dos usuários por meio da análise dos dados demográficos (como idade e gênero, por exemplo), dos códigos de diagnóstico e das datas e custos dos atendimentos.

Assim, a prática de entrega de extrato anual com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste¹⁴ não permite ao contratante cumprir integralmente seu papel na adequada gestão da saúde dos trabalhadores e dependentes. Além disso, entende-se que o prazo de antecedência atualmente

14. Resolução Normativa (RN) da ANS nº 389/2015.

previsto para envio das informações não é suficiente para que seja possível discutir o equilíbrio do contrato e pactuar renovações, que incluam medidas voltadas para seu eventual reequilíbrio.

Vinculação de contas médicas

Atualmente, as operadoras não seguem um processo padrão para o envio de dados relativos às contas médicas. Não é incomum que os contratantes recebam informações sobre o pagamento de honorários em um mês e sobre o pagamento de materiais cirúrgicos em outro, o que não permite o agrupamento das despesas em um único procedimento.

Visando conferir maior transparência e clareza à prestação de contas, é desejável que se criem regras para a vinculação de contas médicas por procedimento, o que facilitaria o acompanhamento das despesas. A medida, além de facultar o direito à informação para fins de controle de gastos, permitiria aos contratantes analisar com propriedade os termos propostos para a negociação de reajustes periódicos.

Aferição e divulgação de indicadores de efetividade

Há evidências da existência de uma assimetria de informações entre empresas contratantes e operadoras, uma vez que essas últimas detêm uma maior compreensão dos dados (frequentemente herméticos) que fundamentam o reequilíbrio do contrato. A existência de métricas consolidadas e validadas pela ANS, que indiquem a efetividade da gestão da saúde pelas operadoras, poderia ajudar as empresas nos processos de seleção de prestadores desse tipo de serviço e de renegociação de contratos.

Disponibilização de dados coletivos

A Resolução Normativa 389/2015 da ANS dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, visando ampliar a transparência na gestão dos dados de saúde.

Embora preveja proteção às informações dos beneficiários, quando acompanhadas de dados que possibilitem sua identificação, não impede que dados coletivos consolidados sobre o uso dos procedimentos de saúde e a demanda pelos serviços prestados sejam disponibilizados aos contratantes.

Esse procedimento seria fundamental para melhorar a gestão dos dados de saúde e criar condições equitativas para as discussões dos reajustes periódicos. Além disso, sua

disponibilização ampliaria o nível de conhecimento de todos os agentes envolvidos no sistema (usuários, contratantes, operadoras, prestadores de serviços e membros do judiciário responsáveis pelo julgamento de processos envolvendo planos de saúde), permitindo que se posicionem com maior segurança em todas as situações que requeiram tomada de decisões.

2 RECOMENDAÇÕES

Nesta seção, reúnem-se as recomendações e propostas relativas ao Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. Essas proposições são segmentadas em três blocos, de modo a organizar os temas e manter a coerência lógica do documento.

2.1 Recomendações e propostas de caráter geral

- Estudar alternativas para a **estruturação de um sistema de remuneração dos prestadores de serviços de saúde baseado em resultados** (“*payment for performance*” ou “*P4P*”) – e não no número de procedimentos executados (“*fee for service*”).
- Identificar ações a serem adotadas para **reduzir a judicialização na área de saúde e para fortalecer o entendimento técnico dos magistrados sobre o tema**.
- **Adequar o modelo de assistência à saúde à transição demográfica em curso no País**.
- Incentivar ações e **programas de prevenção e combate a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**.
- **Criar incentivos para que as operadoras de saúde fortaleçam** a atenção primária à saúde e atuem em favor da prevenção, por meio de um **sistema de assistência integrada**.

2.2 Incorporação de novas tecnologias por meio da avaliação de tecnologias em saúde

- Fomentar o desenvolvimento de metodologias para a **implantação de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) no Sistema de Saúde Suplementar**, que levem em consideração suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Garantir **dotação orçamentária à ANS para a estruturação de núcleos de apoio técnico à gestão de tecnologias na saúde suplementar**, de maneira análoga ao que se faz no âmbito do SUS.

- **Criar competências institucionais na ANS** para a solicitação e a priorização das demandas, para análise dos produtos e divulgação de estudos em ATS.
- **Estender ao Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde) a obrigatoriedade** já existente na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) **de realização de estudos em consonância com os preceitos da ATS.**
- **Definir padrões formais para os métodos de ATS utilizados na saúde suplementar**, a exemplo dos estabelecidos em agências internacionais e no SUS.
- **Estabelecer regra para que os dossiês de ATS** contenham informações sobre:
 - » a população potencialmente beneficiada pela tecnologia;
 - » a indicação terapêutica ou a situação em que a tecnologia será empregada; e
 - » a definição da tecnologia a ser avaliada.
- Rever as diretrizes que norteiam a revisão do rol de procedimentos e eventos da ANS, mediante a **definição de fluxograma contendo os documentos que devem ser obrigatoriamente encaminhados com as solicitações.**
- Definir uma **metodologia padronizada para a análise das solicitações de revisão do rol da ANS.**
- **Padronizar regras para a apresentação de evidências de eficácia, efetividade e segurança das tecnologias**, amparadas em revisões sistemáticas ou pareceres técnico-científicos.
- **Condicionar a submissão de propostas** de inclusão de procedimentos no rol da ANS **à apresentação de estudos econômicos**, elaborados de maneira análoga às diretrizes fixadas pelo Ministério da Saúde para o SUS.
- Condicionar a submissão de propostas de inclusão de equipamentos médico-assistenciais (EMAs) no rol da ANS, à apresentação de estudos econômicos, elaborados conforme diretrizes análogas às fixadas pelo Ministério da Saúde para o SUS.
- Condicionar a submissão de propostas de inclusão de órteses e próteses, no rol da ANS, à apresentação de estudos econômicos, elaborados conforme diretrizes análogas às fixadas pelo Ministério da Saúde para o SUS.
- Determinar que as análises de impacto orçamentário da ATS sejam realizadas segundo as normas da *International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research* e do Ministério da Saúde.
- Estabelecer que as análises de impacto orçamentário da ATS levem em consideração as especificidades do Sistema de Saúde Suplementar, em relação ao SUS.

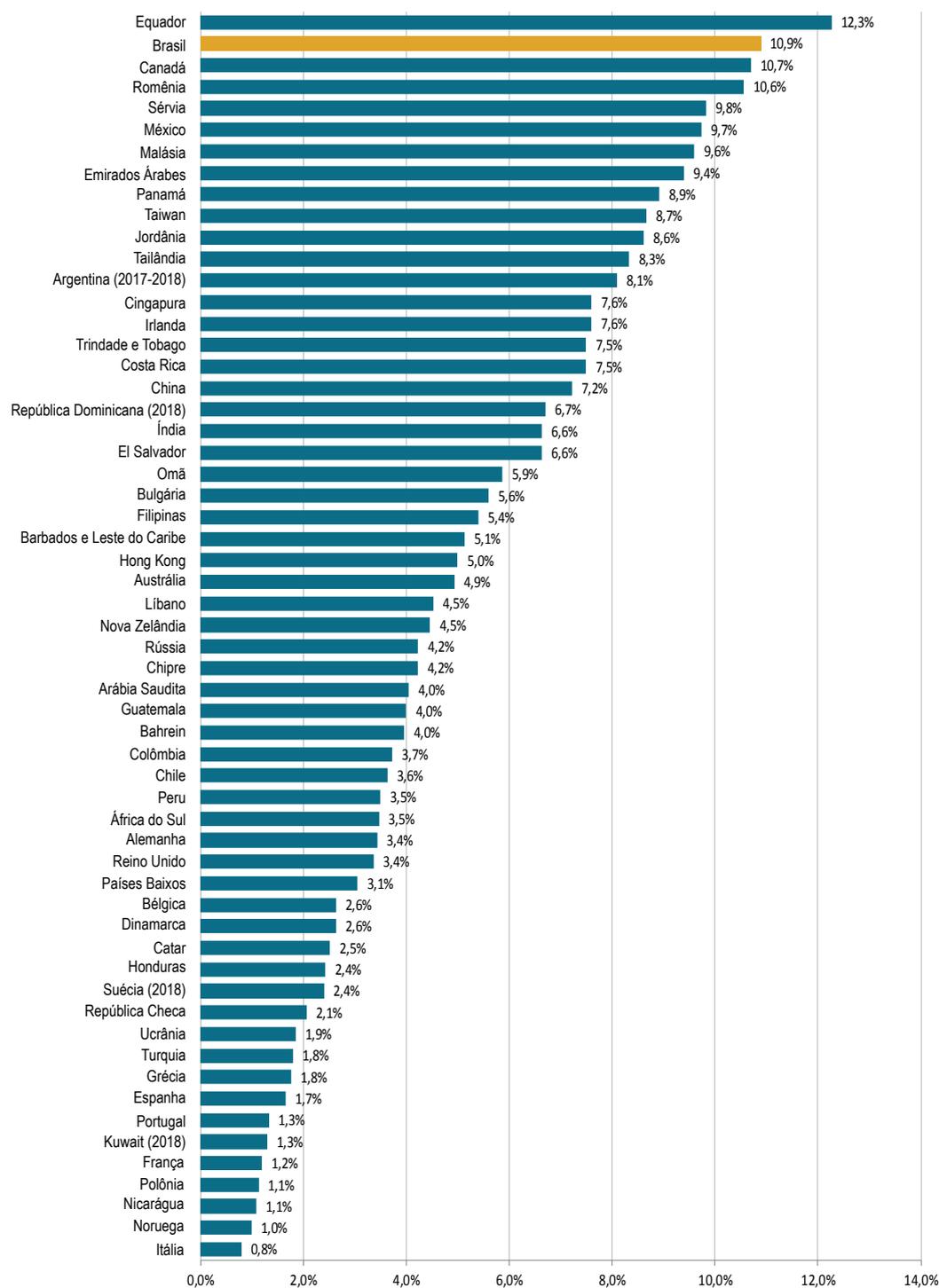
- **Assegurar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) estabelecem critérios para:**
 - » o diagnóstico da doença ou agravamento à saúde;
 - » o tratamento preconizado, com os medicamentos e produtos apropriados;
 - » as posologias recomendadas;
 - » os mecanismos de controle clínico; e
 - » o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos.
- Flexibilizar o horizonte temporal para a avaliação do impacto orçamentário de produtos pela ANS, atualmente fixado em cinco anos. Recomenda-se, em particular, **a avaliação permanente das tecnologias e de suas atualizações**.
- Incentivar o **monitoramento das tecnologias, com base em dados e eventos observados “no mundo real”**.

2.3 Disponibilização de dados aos usuários e contratantes para a gestão da saúde populacional

- **Otimizar a comunicação e o fluxo de informações oficiais entre operadoras, empresas contratantes e usuários**, por meio da disponibilização e da integração de dados, de modo a melhorar a gestão da saúde populacional sem comprometer a privacidade dos pacientes.
- **Determinar**, mediante regulação da ANS, **que as operadoras enviem às empresas contratantes um extrato mensal detalhado** que lhes permita:
 - » monitorar as condições de atenção à saúde;
 - » planejar e avaliar sua atuação em favor da saúde do trabalhador;
 - » analisar a gestão e a qualidade dos serviços oferecidos;
 - » entender a forma de utilização dos planos de saúde;
 - » selecionar prestadores de serviço;
 - » pactuar iniciativas com os planos de saúde;
 - » incentivar o uso mais racional do sistema; e
 - » negociar reajustes.
- **Assegurar a vinculação de contas médicas por procedimento**. Informações sobre honorários e materiais cirúrgicos, por exemplo, devem ser apresentadas de forma agrupada para cada um dos procedimentos executados.

- **Garantir que a ANS divulgue indicadores de efetividade da gestão de saúde das operadoras**, facilitando a seleção daquelas que apresentem melhores resultados.
- **Assegurar que as operadoras disponibilizem para as empresas contratantes dados coletivos consolidados sobre o uso de procedimentos de saúde e sobre seus prestadores de serviço.**

ANEXO

Figura A 1 – Taxas médias anuais de crescimento real dos custos de assistência médica (projeção para 2016, 2017 e 2018)

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da Willis Towers Watson, 2017.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Foco saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/oKnbPy>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Mapa assistencial da saúde suplementar 2015**. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <<https://goo.gl/p4WJZk>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Relatório final do grupo de trabalho externo de órteses, próteses e materiais especiais (GTE OPME)**. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <<https://goo.gl/1QmLBv>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Cobertura assistencial obrigatória – rol de procedimentos e eventos em saúde**. ANS, 2018. Disponível em <<https://goo.gl/NJCMpu>>. Acesso em 6 abr. 2018..

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Espaço do consumidor: como é elaborado o rol de procedimentos**. 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

AON. **Pesquisa de benefícios AON 2016-2017**. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/i7AKPM>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. **Judicialização da saúde na prática: fatos e dados da realidade brasileira**. set. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/y2386z>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

AZEVEDO, P. F. et al. **Cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas**. São Paulo: Insper Centro de Estudos em Negócio, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/qkqktJ>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/vf9rMV>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/oHuF5R>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/DYKjYJ>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA - CNI. **Retratos da sociedade brasileira 41: problemas e prioridades para 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.portaldaindustria.com.br/estatisticas/rsb-41-problemas-e-prioridades-para-2018/>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS – CONITEC. **Protocolos e diretrizes**. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/bVHauZ>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

FRAGA, E. M. **Atenção primária na saúde suplementar**: estudo de caso de uma operadora de saúde de Belo Horizonte. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Gestão de Saúde)-Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, [2017?]. Disponível em: <<https://goo.gl/Be2rtd>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

FRANCISCO, F. R. **Aplicação de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais**. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)-Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/1uXq4N>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. (Contas Nacionais, 59).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/9uh2aG>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. **Índice de Variação do Custo Médico Hospitalar VCMH/IESS**. [s.d.]. Disponível em <<https://goo.gl/pnK6u9>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

INSTITUTE FOR HEALTH CARE IMPROVEMENT - IHI. **The IHI triple aim**. 2018. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LARA, N. C. Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil. **Texto para discussão nº 62-2017**. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/hj8Afw>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Saúde pública**, n. 5, supl. 1:4s, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/ptNz6q>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

MARQUES, L. A. A fraude no seguro: alvos e formas de combate. **Estudos Funenseg**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, maio 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/R3bhCX>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

NITA, M. E. et al. **Avaliação de tecnologias em saúde**: evidência clínica, análise econômica, e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NITA, M. E. et al. Métodos de pesquisa em avaliação de tecnologia em saúde. **Arq. Gastroenterol**, v. 46, n. 4, p. 252-255, out./dez. 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/v28mTX>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – NEJM. **Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us?** 2016. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSb1609216>> Acesso em: 12 abr. 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OCDE. **Health at a Glance 2017**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/HPq41A>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

PIERRO, B. Demandas crescente. **Pesquisa Fapesp**, n. 252, fev. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/WPrVDV>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, n. 44, p. [87]-124, set. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/HBKCiY>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE – REBRATS. Estudos Financiados. Disponível em: <<https://goo.gl/UT9AHx>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

ROBBA, R. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SHERMAN, Rachel E. et al. **Real-world evidence**: what is it and what can it tell us? **New England journal of medicine**, v. 375, p. 2293-2297, dez. 2016. Disponível em <<https://goo.gl/5VUKMC>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population prospects**: the 2015 revision, key findings and advance tables. New York: United Nations, 2015. (ESA/P/WP.241). Disponível em: <<https://goo.gl/ZKKbCd>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

WILLIS TOWERS WATSON. **2018 global medical trends survey report**. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/EwTHBN>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

LISTA DAS PROPOSTAS DA INDÚSTRIA PARA AS ELEIÇÕES 2018

1. Segurança Jurídica e Governança: o problema e a agenda
2. Segurança Jurídica e Governança na Infraestrutura
3. Segurança Pública: a importância da governança
4. O Brasil na OCDE: um caminho natural
5. Saúde Suplementar: uma agenda para melhores resultados
6. Educação: a base para a competitividade
7. Ensino de Engenharia: fortalecimento e modernização
8. Financiamento Privado de Longo Prazo: uma agenda para fortalecer o mercado de debêntures
9. Licenciamento Ambiental: propostas para a modernização
10. Biodiversidade: as oportunidades do uso econômico e sustentável
11. Mudanças Climáticas: estratégias para a indústria
12. Economia Circular: o uso eficiente dos recursos
13. Segurança Hídrica: novo risco para a competitividade
14. Modernizar a Tributação Indireta para Garantir a Competitividade do Brasil
15. Tributação da Renda de Pessoas Jurídicas: o Brasil precisa se adaptar às novas regras globais
16. Tributação sobre a Importação e Exportação de Serviços: mudar para uma indústria competitiva
17. Tributação no Comércio Exterior: isonomia para a competitividade
18. Relações de trabalho: caminhos para continuar a avançar
19. Modernização Previdenciária e da Segurança e Saúde no Trabalho: ações para avançar
20. Privatização da Infraestrutura: o que falta fazer?
21. Sistema Portuário: avanços, problemas e agenda
22. Transporte Marítimo de Contêineres e a Competitividade das Exportações
23. Transporte Ferroviário: colocando a competitividade nos trilhos
24. Saneamento Básico: uma agenda regulatória e institucional
25. Grandes Obras Paradas: como enfrentar o problema?

26. Energia Elétrica: custos e competitividade
27. Insumos Energéticos: custos e competitividade
28. Gás Natural: mercado e competitividade
29. Térmicas na Base: a escolha inevitável
30. Telecomunicações: modernização do marco institucional
31. Inovação: agenda de políticas
32. Indústria 4.0 e Digitalização da Economia
33. Compras Governamentais e Desenvolvimento Tecnológico:
a experiência internacional e propostas para o Brasil
34. Propriedade Intelectual: uma agenda para o desenvolvimento industrial
35. Governança do Comércio Exterior: aperfeiçoamento de
instituições e competências
36. Acordos Comerciais: as prioridades
37. Barreiras Comerciais e aos Investimentos: ações para abrir mercados
38. Investimentos Brasileiros no Exterior: superando os obstáculos
39. Defesa Comercial: agenda para um comércio justo
40. Financiamento e Garantias às Exportações:
mais eficácia no apoio ao exportador
41. Facilitação e Desburocratização do Comércio Exterior Brasileiro
42. Documentos Aduaneiros: comércio exterior sem amarras
43. Política Industrial Setorial: conceitos, critérios e importância (esse documento
será divulgado em um seminário específico dedicado ao tema)

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA – CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

Diretoria de Políticas e Estratégia

José Augusto Coelho Fernandes
Diretor

Diretoria de Desenvolvimento Industrial

Carlos Eduardo Abijaodi
Diretor

Diretoria de Relações Institucionais

Mônica Messenberg Guimarães
Diretora

Diretoria de Educação e Tecnologia

Rafael Esmeraldo Lucchesi Ramacciotti
Diretor

Diretoria Jurídica

Hélio José Ferreira Rocha
Diretor

Diretoria de Comunicação

Carlos Alberto Barreiros
Diretor

Diretoria de Serviços Corporativos

Fernando Augusto Trivellato
Diretor

Diretoria CNI/SP

Carlos Alberto Pires
Diretor

CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

Diretoria de Educação e Tecnologia – DIRET

Rafael Esmeraldo Lucchesi Ramacciotti
Diretor

Diretoria de Operações SESI

Paulo Mol Junior
Diretor

Gerência Executiva de Saúde e Segurança na Indústria

Emmanuel de Souza Lacerda
Gerente-Executivo

Antonio Eduardo Muzzi Machado
Geórgia Antony Gomes de Matos
Pablo Silva Cesário
Equipe Técnica

Alberto José Niituma Ogata
Marcelo Nita
Luiz Ricardo Cavalcante
Consultores

Coordenação dos projetos do Mapa Estratégico da Indústria 2018-2022**Diretoria de Políticas e Estratégia – DIRPE**

José Augusto Coelho Fernandes
Diretor

Renato da Fonseca
Samantha Ferreira e Cunha
Maria Carolina Correia Marques
Mônica Giágio
Fátima Cunha

Gerência Executiva de Publicidade e Propaganda – GEXPP

Carla Gonçalves
Gerente-Executiva

André Augusto Dias
Produção Editorial

Área de Administração, Documentação e Informação – ADINF

Maurício Vasconcelos de Carvalho
Gerente-Executivo

Alberto Nemoto Yamaguti
Normalização

ZPC Comunicação
Revisão Gramatical

Editorar Multimídia
Projeto Gráfico

IComunicação
Diagramação

Athalaia Gráfica Editora
Impressão

 .cni.org.br

 /cnibrasil

 /cni_br

 /cnibr

 /cniweb

CNI

Confederação Nacional da Indústria

CNI. A FORÇA DO BRASIL INDÚSTRIA

