

## A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E OS MODELOS DE REMUNERAÇÃO MOLDANDO A FORMA DE CUIDAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

MARTHA OLIVEIRA<sup>1</sup>

### INTRODUÇÃO

Na década de 1970, o desenvolvimento do setor de saúde suplementar brasileiro se deu paralelamente ao desenvolvimento do mercado de trabalho formal, sobretudo através das grandes empresas. Apenas a partir da segunda metade dos anos 1980, verificou-se expansão dos planos de saúde em direção aos vínculos individuais<sup>2</sup>.

Após décadas sem regulação desse setor se deu a aprovação da Lei nº 9.656, em junho de 1998, que dispôs sobre as regras para o funcionamento dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Em 2000 foi criada, pela Lei nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade de regulamentar o setor, que havia se expandido desordenadamente.

Para os planos de saúde regulamentados pela Lei no 9656/98 ou a ela adaptados (conhecidos como planos novos), foram asseguradas importantes garantias legais, tais como: cobertura dos procedimentos em saúde, de forma a abarcar todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); garantias para os beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria; regras para os atendimentos de urgência e emergência; garantia de acesso ao sistema suplementar a portadores de doenças ou lesões preexistentes e estabelecimento de parâmetros voltados para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, através de reservas técnicas e provisões financeiras.

Os planos de saúde representam uma parcela expressiva do sistema de saúde brasileiro, envolvendo cerca de 66 milhões de vínculos, dos quais 46 milhões referem-se a planos de assistência médica com ou sem odontologia (a diferença de 20 milhões de vínculos refere-se aos planos exclusivamente odontológicos) dá através de uma das mais de 700 operadoras de planos de saúde com beneficiários. Quase vinte e cinco por cento da população brasileira com acesso a planos de saúde se distribui de forma desigual pelo território nacional, pois a cobertura assistencial

<sup>1</sup> Médica (UFRJ), Doutorado em envelhecimento (UERJ), Diretora executiva da Designing Saúde e Ex- Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

<sup>2</sup> Da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, et al. Idoso Na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.

tende a ser maior entre os residentes das áreas urbanas e dos estados com maiores renda e oferta de emprego formal e de serviços de saúde<sup>3</sup>.

Figura 1



Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.

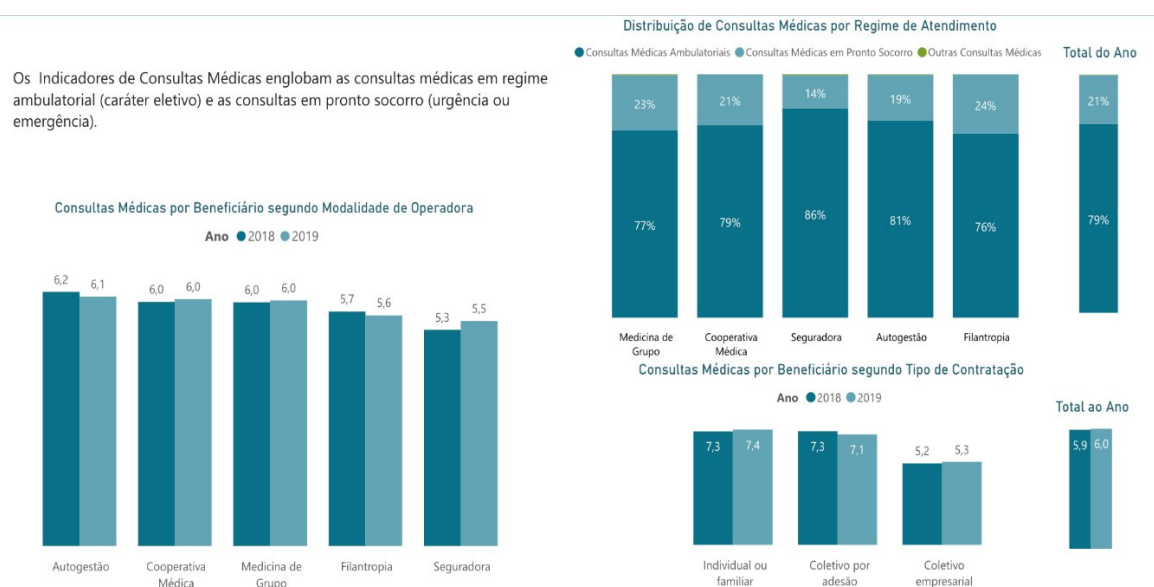
Acessado em 01.09.2020

Os dados que registram a utilização de procedimentos na Saúde Suplementar podem ser acessados no site da ANS e demonstram a grandiosidade de produção nesse setor<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acessado em 01.09.2020

<sup>4</sup> Disponível em <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWl4IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acessado em 01.09.2020

Figura 2.



Fonte: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZW14IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>.

Acessado em 01.09.2020

## 2. A REGULAMENTAÇÃO DA COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina a cobertura mínima obrigatória a ser coberta pelos planos de saúde, definindo a lista de procedimentos e eventos em saúde. Essa lista, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e plano referência) contratados pelos consumidores a partir de 02 de janeiro de 1999.

O Rol garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças e eventos em saúde e, atualmente, está estabelecido pela RN nº 428/2017.

O primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS foi o definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 10/1998, sendo posteriormente atualizado da seguinte forma:

Normativo	Vigência
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 41/2001	14/01/2000 a 06/05/2001
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004
Resolução Normativa - RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007
Resolução Normativa - RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008
Resolução Normativa - RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa - RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014
Resolução Normativa - RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016
Resolução Normativa - RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018
Resolução Normativa - RN nº 428/2017	Desde 02/01/2018

Fonte: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos-01.09.2020>

Com a publicação da RN nº 439/2018, de 3 de dezembro de 2018, a participação social no processo de atualização do Rol foi ampliada.



A partir do ciclo de atualização 2019-2020, todos os interessados, pessoas físicas e jurídicas, poderão encaminhar propostas de atualização do Rol. As propostas de atualização deverão ser encaminhadas à ANS por meio do Formulário Eletrônico de Apresentação de Propostas de Atualização Periódica do Rol disponibilizado e utilizado como ferramenta para o envio do conjunto de informações e documentos técnicos que constituem os requisitos mínimos para análise e elegibilidade das propostas, conforme o art. 9º da RN nº 439/2018. Para o Ciclo de Atualização 2019-2020, o formulário esteve disponível para preenchimento no período de 04/02/2019 a 04/05/2019.

Por fim, conforme a RN nº 439/2018, as propostas de atualização do Rol elegíveis serão submetidas à apreciação pela sociedade. Tradicionalmente têm sido realizadas Consultas Públicas abertas à sociedade, onde a ANS busca subsídios para o processo de tomada de decisão. Espera-se assim, tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes. A Consulta Pública deve contar com a participação, tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias, regulamentada pela RN nº 439/2018, bem como a definição das regras para sua utilização, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que ocorrem a cada dois anos.

O ciclo de atualização do Rol se inicia com ato de deliberação da Diretoria Colegiada da ANS (DICOL) que define um cronograma fixando prazo para a apresentação das propostas de atualização.

O art. 9 da RN nº 439/2018 estabelece os requisitos obrigatórios para a apresentação de uma proposta de atualização do Rol, entre eles: a apresentação de um Parecer Técnico Científico (PTC) ou Revisão Sistemática com a descrição das evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde em proposição; estudo de Avaliação Econômica em Saúde (AES); e Análise de Impacto Orçamentário (AIO) da proposta. Para a elaboração do PTC/Revisão Sistemática, da AES e da AIO deverão ser utilizadas como referência as edições atualizadas das diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Por fim, cabe à ANS realizar a análise técnica das propostas elegíveis, isto é, as que cumprirem todos os requisitos de informação dispostos no art. 9 da RN 439/2018. Nessa etapa, um importante fórum de participação é o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), comitê de caráter consultivo com atuação relevante no processo de atualização do Rol, instituído pela Instrução Normativa – IN nº 44/2014.

Existe muito debate sobre a atualização do Rol de procedimentos e eventos em saúde. Se por um lado as instituições que representam os consumidores, órgãos de defesa do consumidor e representantes de profissionais de saúde e prestadores de serviços de saúde defendem a incorporação de diversos procedimentos, as

instituições que defendem operadoras de planos de saúde são em sua maioria contra as incorporações.

Na verdade, todos tem razão: a incorporação é importante para a manutenção da atualização dos melhores procedimentos que possam ser realizados para o tratamento e cuidado das pessoas. Por outro lado, o custo-efetividade desses procedimentos precisa ser estudado e levado em consideração, uma vez que os custos desses procedimentos podem não ser justificados pelos benefícios que trazem a população.

Isso é assim em todo o mundo. Diversos países possuem suas agências de avaliação e incorporação de tecnologias. Um dos exemplos mais conhecidos e reconhecidos no mundo é o NICE, no Reino Unido. Aqui no Brasil, o sistema único de saúde (SUS) também tem sua comissão de avaliação e incorporação de tecnologias - CONITEC.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec foi criada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Comissão, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT<sup>5</sup>.

A Conitec conta com treze (13) representantes. A participação social está presente pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reúne representantes de entidades e movimentos de usuários, de trabalhadores da área da saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. A participação dos Estados e Municípios também está garantida pela representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Ainda, temos a participação do Conselho Federal de Medicina (CFM), como órgão de classe envolvido diretamente com a legitimação das ações e procedimentos médicos, portanto de elevado interesse para as discussões da Conitec.

É responsabilidade da Conitec, assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novas tecnologias em saúde, como medicamentos, produtos e procedimentos, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso “in vitro”, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Cabe aqui também falar sobre a atuação da Conitec na constituição e alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, podendo requisitar a sua elaboração ou revisão, conforme o interesse para o SUS, lembrando que um protocolo clínico e diretriz terapêutica estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, os medicamentos e demais produtos apropriados, quando

---

<sup>5</sup> Disponível em <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acessado em 01.09.2020

couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Como já relatado, é de extrema importância a revisão das tecnologias para o acompanhamento das inovações tecnológicas. Por outro lado, a forma como se utiliza essa tecnologia é um assunto que ainda se precisa de muito debate no mundo e principalmente no nosso país. A correta indicação e uso de uma tecnologia são fundamentais não somente para a contenção dos custos na saúde, mas também para evitarmos efeitos colaterais e danos à saúde as pessoas.

Um exemplo bastante debatido é a taxa de exames de ressonância magnética realizados por brasileiros com planos de saúde que superou países como a Turquia, Estados Unidos e França, que têm a maior taxa entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os dados são referentes aos anos de 2014 e 2015. A cada 1.000 beneficiários, 132 fizeram o exame, contra 119 na Turquia e 107 nos EUA.

Para garantir que a incorporação e a utilização dos procedimentos se dessem de uma forma mais organizada, a ANS introduziu nas revisões as DUT- Diretrizes de Utilização, que estabelecem protocolos para utilização dos procedimentos incorporados.

No mundo todo a preocupação com a correta indicação e utilização dos procedimentos é uma realidade. Um desses exemplos é o Movimento *Choosing Wisely* (<https://www.choosingwisely.org/>).

Alguns fatores influenciam essa sobre utilização de procedimentos. Um dos principais motivos é o modelo de remuneração atualmente em prática denominado *Fee For Service*.

### 3. O MODELO DE REMUNERAÇÃO E SEUS EFEITOS NO SISTEMA DE SAÚDE

Há mais de uma década, em um relatório que se tornou referência mundial intitulado *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos declarou a necessidade de alinhamento da remuneração dos serviços de atenção à saúde a mecanismos de indução e medidas de mensuração da qualidade. O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde em muitos países, tanto em sistemas públicos de saúde quanto naqueles orientados ao mercado de planos privados de saúde, ainda é o de *fee-for-service* (FFS). Este se caracteriza essencialmente pelo estímulo à competição por usuários e remuneração por quantidade (volume) de serviços produzidos <sup>6 7</sup>.

Não basta mudar o modelo de remuneração sem modificar também o modelo assistencial e vice-versa. Os dois são interdependentes, caminham juntos e um

<sup>6</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto Idoso Bem Cuidado: "Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor". Rio de Janeiro: ANS, 2016.

<sup>7</sup> Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

reforça e é reforçado pelo outro ao longo dos anos. Além disso, qualquer modelo de remuneração que se adote precisa ter a modelagem baseada num modelo ganha-ganha, segundo o qual todos precisam ser beneficiados: pacientes, profissionais de saúde, prestadores de saúde e operadoras de planos de saúde<sup>8</sup>.

Como a essência do FFS é o pagamento por produção de procedimentos individuais, uma das principais desvantagens desse modelo é o estímulo à sobreutilização de serviços intermediários, principalmente os que proporcionam margens de lucro mais elevadas e, portanto, afetam de forma negativa a qualidade da atenção à saúde. Hoje o FFS é o modelo mais associado na literatura ao aumento desnecessário no custo da assistência médica.

Vale destacar que o FFS não desaparecerá. Mesmo nos modelos nos quais se optou por um tipo diferente de remuneração, o FFS permaneceu isoladamente em alguns casos específicos ou em associação a outros métodos. O que se discute aqui é a necessidade de um modelo misto, que reforce e incentive características do modelo assistencial almejado, com qualidade, desfecho e satisfação do paciente<sup>9</sup>.

No Brasil, outras formas de remuneração representam apenas 5% do que é praticado pelo mercado de saúde suplementar e algumas experiências de pagamento por orçamento global e por capitação, foram desenvolvidas nos últimos anos. Hoje, a tendência mundial avança em direção à adoção de modelos de pagamento, denominados na literatura internacional, como *value-based* e *patient-centered*, fundamentados, principalmente, no que Michael Porter e Elizabeth Teisberg cunharam em 2006 de “value agenda” - na qual é requerida uma reestruturação não apenas da organização da prestação dos serviços, mas também dos arranjos assistenciais que envolvem a produção da saúde e a remuneração da mesma.

#### IV. CONCLUSÃO

A avaliação e incorporação de tecnologias em saúde é um tema bastante atual, que vem se aprimorando em todo o mundo e precisa ser tratado com bastante propriedade e transparência na sociedade. A análise de custo efetividade e os custos em saúde são temas relevantes para todas as populações. Na saúde suplementar brasileira, a ANS estabelece o Rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde, que é revisado a cada dois anos, e reflete esse debate da incorporação, assim como todas as tensões e interesses envolvidos nesse tema.

Tão ou mais importante que a discussão da incorporação de tecnologia é o debate sobre os modelos de remuneração utilizados. O modelo dominante na saúde suplementar brasileira é o *fee-for-service*, que estimula o volume e sobre-utilização.

Os sistemas de saúde estão colocando em pauta o debate sobre metodologias e ferramentas baseadas em valor (*Value Based Health Care*) para a redução do

---

<sup>8</sup> Oliveira, MR, et al, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(5): 625-634, On-line version ISSN 1981-2256, <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170132>.

<sup>9</sup> Oliveira M. R., et al, J Bras Econ Saúde 2018;10(2), O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar.



desperdício e melhorias do desempenho no setor. Como vimos, o amadurecimento da discussão sobre novos arranjos assistenciais e a consequente adoção de novas formas de remuneração são elementos chave desse processo. Dentre as diversas adaptações que os *players* terão que passar para se adaptarem aos novos formatos, destaca-se a necessidade de informações sistematizadas e confiáveis que proporcionem uma correta e adequada mensuração dos desfechos clínicos, dos custos assistenciais e da efetividade das ações e do cuidado em saúde a longo prazo.

Como cita Donald Berwick do IHI - *Institute for Healthcare Improvement*, para descrever a situação dos sistemas de saúde: “Todo sistema é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que atinge”. É necessário que todos os integrantes de um sistema de saúde realmente estejam comprometidos em mudar o sistema, reforçando assim, novamente, a importância de um sistema ganhadora.

## REFERÊNCIAS

Da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, *et al.* **Idoso Na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor.** Rio de Janeiro: ANS; 2016.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Idoso Bem Cuidado: “Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor”.** Rio de Janeiro: ANS, 2016.

Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy Press, 2001.

Oliveira, MR, *et al*, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(5): 625-634, On-line version ISSN 1981-2256, <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170132>.

Oliveira M. R., *at al*, **J. Bras Econ Saúde** 2018;10(2), O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar.

Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acessado em 01.09.2020

Disponível em <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acessado em 01.09.2020

