

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES NO CONTEXTO DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS: PROBLEMAS ENFRENTADOS E SOLUÇÕES DESENVOLVIDAS PELA BAHIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

João Batista Aslan Ribeiro



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES NO CONTEXTO DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS: PROBLEMAS ENFRENTADOS E SOLUÇÕES DESENVOLVIDAS PELA BAHIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

João Batista Aslan Ribeiro

RESUMO

O artigo apresenta inicialmente a configuração do Planserv como benefício facultativo de assistência médica posto à disposição dos servidores estaduais, sua abrangência, porte e orçamento. Retrata a situação e a imagem do Plano existentes até 2006, seguidas dos desafios e dos instrumentos disponíveis para superá-los. Narra a origem do Sistema, abordando o contexto em que foi criado e as tentativas de privatização. Cita a base normativa do Plano. Registra cada um dos principais problemas enfrentados na reestruturação do Sistema, separando-os entre comuns – assim chamados aqueles presentes no dia a dia de qualquer plano de saúde – e específicos ou peculiares ao Planserv. Entre os problemas comuns, no artigo destaca-se a chamada inflação médica e seus principais impulsionadores como o envelhecimento do conjunto de beneficiários do Sistema, a pressão pela incorporação de novas – e eventualmente de eficácia discutível – tecnologias, os vínculos inconvenientes entre profissionais e marcas, o chamado supertratamento, a falta de responsabilidade dos usuários com os custos dos procedimentos e, finalmente, a judicialização da saúde, assim entendida a tendência de resolução de conflitos médicos na esfera judicial. No campo dos problemas específicos, destacam-se a rigidez contratual, as diferenças entre as redes de atendimento na capital e no interior do Estado e, por fim, o potencial desgaste decorrente de prazos elásticos para autorização de procedimentos. Cada problema é seguido da descrição das ações adotadas para minimizá-los ou resolvê-los e dos resultados já alcançados.

Palavras-chave: Setor público. Servidores estaduais. Saúde suplementar.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAIS DO PLANSERV.....	4
3 DESAFIOS E AÇÕES.....	5
4 CONCLUSÕES.....	25
5 REFERÊNCIAS.....	26



1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais do Estado da Bahia (Planserv) é um benefício facultativo de assistência médica, gerido pela Secretaria da Administração (SAEB) e posto à disposição dos servidores públicos estaduais e seus familiares.

Três em cada quatro servidores são beneficiários do Plano. São 183 mil titulares que, com seus 284 mil filhos e cônjuges, formam um conjunto de 467 mil beneficiários ou 1/3 de todo o mercado de saúde suplementar da Bahia.

O orçamento anual do Planserv supera os R\$ 750 milhões, sendo que deste montante 2/3 vêm das contribuições dos próprios servidores e 1/3 do tesouro estadual.

É fato que durante anos o Planserv foi sinônimo de problema para os governantes baianos. Sua imagem era ruim, tanto entre os servidores como junto à opinião pública. Nos meios de comunicação, as queixas eram frequentes – quase diárias nos programas de rádio – e, na maioria das vezes, cabíveis.

Por conta de reversão de um processo de privatização mal sucedido no ano 1999, não existiam contratos entre a instituição e seus prestadores de serviços, pagavam-se valores muito baixos por uma série de serviços, inclusive consultas, a rede de atendimento era insuficiente, especialmente para urgências e emergências, e o desequilíbrio financeiro gerava atrasos nos pagamentos e protelava procedimentos.

Resolver essas questões conciliando atendimento de qualidade com custos razoáveis foi o desafio enfrentado pela SAEB a partir de 2007, com dificuldades agravadas pela imagem predadora que empresas administradoras de planos de saúde têm junto à opinião pública e pela rigidez com que habitualmente se movimenta a administração estatal.

A meta dos gestores foi ambiciosa: transformar o Planserv no melhor plano de saúde da Bahia. Seus principais instrumentos: o volume de serviços comprados, ou seja, a escala que se traduz em poder de negociação, e a ausência de fins lucrativos, permitindo a reversão de toda a receita e de todas as economias decorrentes da racionalização de gastos em novos serviços para os beneficiários do Plano.



Relatar essa experiência, resumidamente, associando cada problema ao modo como foi tratado e alguns dos resultados alcançados é o objetivo do presente artigo.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAIS DO PLANSERV

Sucessor do IAPSEB, antigo instituto que congregava previdência estadual e assistência à saúde, o Planserv foi criado em 1998 por força da exigência constitucional de separação destas atividades.

Seu objetivo sempre foi oferecer aos servidores estaduais baianos serviços equivalentes àqueles prestados por empresas que atuam no mercado de saúde suplementar, ou seja, fornecer atendimento médico por meio de hospitais, clínicas e laboratórios contratados.

Em 1999 estes serviços foram terceirizados e assumidos por uma entidade privada denominada Brasil Saúde, constituída com participação do Banco do Brasil e da Sul América Saúde. Passado um ano, diante da alta sinistralidade¹ verificada no contrato, a empresa pleiteou reequilíbrio econômico financeiro em termos considerados inaceitáveis pelo Estado da Bahia, que reassumiu a administração dos serviços.

No ano 2000, nova tentativa de privatização fracassou por conta da desistência da única empresa de grande porte que à época participava da licitação promovida pelo Estado.

Desde então, a Secretaria da Administração administra diretamente o Planserv, contando, para isso, com cerca de 60 servidores efetivos, 190 temporários e duas empresas terceirizadas que cuidam especificamente do *call center* e da área de manutenção e desenvolvimento de sistemas.

Neste período, diferentes ciclos foram vividos por administradores e beneficiários do Planserv, havendo indicações consistentes de que hoje o Plano vive sua melhor fase, com equilíbrio financeiro e expansão paulatina da quantidade de prestadores de serviço e usuários.

¹ Relação entre o total das despesas assistenciais geradas por determinado grupo de beneficiários e o total das receitas arrecadadas junto ao mesmo grupo.



Do ponto de vista normativo, o Planserv tem sua própria legislação. Atualmente vigoram a Lei Estadual nº 9.528, de 22 de junho de 2005, o Decreto nº 9.552, de 21 de setembro de 2005, que a regulamenta, além de portarias e instruções.

Vale ressaltar que a Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, é também uma referência para o Planserv, que, atuando no mercado de saúde suplementar, não pode fechar os olhos à norma que regulamenta a atividade dos seus "concorrentes".

Em razão disso a legislação do Planserv é muito semelhante em abrangência e obrigações àquela que rege as empresas privadas que operam planos de saúde.

3 DESAFIOS E AÇÕES

Administrar serviços de saúde é tarefa das mais árduas. Se às dificuldades inerentes à atividade médica forem acrescentadas a rigidez e a pouca agilidade que tendem a caracterizar a administração pública, tem-se um ambiente e um conjunto de desafios dos mais impressionantes para qualquer gestor. Some-se a isso, ainda, a observação de AMORIM e PERILLO (2008, p.6): neste mercado, "os interesses dos atores são na maioria das vezes conflitantes e as intervenções devem ser articuladas tendo por pressupostos as divergências e a escassez de informações sistematizadas."

Para melhor descrever as dificuldades enfrentadas no processo de reestruturação do Planserv, foram separados, didaticamente, problemas comuns, ou seja, enfrentados por todas as operadoras de planos de saúde, e problemas específicos, assim chamados aqueles relacionados à condição de órgão público ou peculiares ao Planserv.

Registre-se que os problemas comuns estão normalmente relacionados a fatores econômicos enquanto os problemas específicos têm características mais operacionais.

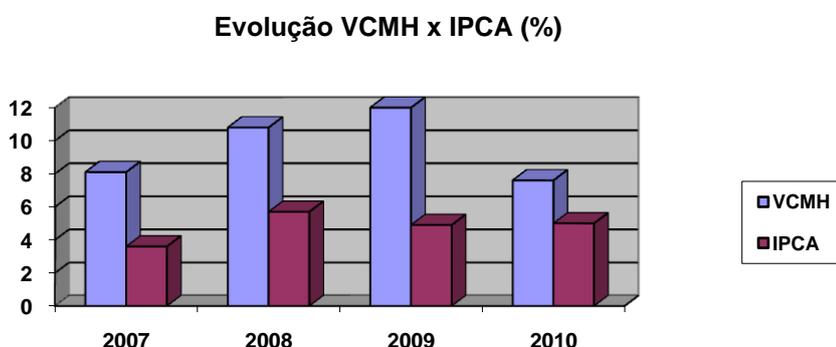


3.1 Problemas comuns X Soluções adotadas

A Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) é comumente usada no mercado de saúde suplementar como medida de evolução *per capita* dos custos de saúde. Mede-se a variação das despesas médico-hospitalares médias de um período de 12 meses em relação aos 12 meses imediatamente anteriores (CECHIN, 2009). O cálculo é feito tomando por base planos individuais que representam um quarto do mercado de saúde suplementar do Brasil e se baseia na metodologia da própria Agência Nacional de Saúde (ANS) para que as operadoras anualmente comprovem variações de custos relacionadas a seus contratos.

Os números recentes são preocupantes e confirmam uma tendência de “inflação médica” cuja reversão é fundamental para o equilíbrio do mercado de saúde suplementar.

O gráfico a seguir mostra, para períodos terminados em dezembro de 2007, 2008, 2009 e 2010, o descolamento entre VCMH e a inflação oficial medida pelo IPCA.



Se for observado o índice acumulado no período, constata-se 44% de crescimento acumulado do VCMH contra 20% de inflação no mesmo período.

Na origem do crescimento real das despesas estão causas bastante diversas que vão desde o envelhecimento da população à prática do chamado supertratamento, com excesso de exames, passando pela incorporação de novas e custosas tecnologias, assim como a mudança do perfil das doenças, de infectocontagiosas para degenerativas, mentais, problemas circulatórios e neoplasias.



Enxergando o problema a partir da formatação do mercado, tem-se um quadro curioso e que não se repete em outros ramos da economia. A comparação pode não ser muito adequada, mas, supondo que alguém precisa comprar um automóvel, a tendência é que a mesma pessoa escolha, pague e use o veículo. É obvio que o fato de ter que pagar e posteriormente usar o automóvel vai nortear e escolher, conduzindo-a em direção à melhor relação custo/benefício, observados parâmetros de preço, conforto, segurança etc. No mercado de saúde suplementar, o médico ou dirigente da empresa prestadora de serviços escolhe aquilo que será usado, a operadora paga e o paciente usa.

MERCADO DE BENS COMUNS	MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
A _{ESCOLHE}	A _{ESCOLHE}
A _{PAGA}	B _{PAGA}
A _{USA}	C _{USA}

Esta partilha quase inevitável gera inúmeras distorções, como se verá adiante.

Fato é que todos os serviços que operam no mercado de saúde suplementar sofrem os efeitos da inflação médica, que pressiona custos e tende a desgastar a relação entre operadoras e usuários.

A seguir se apresenta o modo como o Planserv sofre e enfrenta alguns dos principais impulsionadores da inflação médica.

3.1.1 Envelhecimento do conjunto de beneficiários

Em 1980 as pessoas com 60 anos ou mais representavam apenas 6% da população total do Brasil; hoje são cerca de 10% (LEITE, 2011). Em decorrência das mudanças observadas nas últimas décadas, tanto na taxa de fecundidade como na expectativa de vida, há um claro processo de envelhecimento da população brasileira.



Entre usuários de planos de saúde, este percentual cresce para 11,2% e especificamente no caso do Planserv, o índice passa de 20%, chegando quase ao dobro da média nacional. Seu efeito sobre os custos, pressionando-os para cima, está relacionado ao aumento da incidência de doenças crônicas e da alta demanda por serviços de saúde entre pessoas com mais de 60 anos de idade.

Na origem desta concentração de idosos no Planserv está o próprio sistema de contribuição do Plano, atrelado à renda e não à idade de seus titulares. Isto faz com que o Planserv seja uma opção relativamente barata e atraente para pessoas com mais de 60 anos, gerando o que o mercado chama de anti-seleção, ou seja, o Sistema atrai idosos e tende a afugentar os jovens que indiretamente deveriam subsidiá-los.

Se, por um lado, este modelo protege beneficiários idosos, de outro, gera uma pressão sobre as despesas difícil de ser acompanhada pelas receitas. O estudo “Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009”, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra que as doenças crônicas, entre elas o câncer, atingem 75,5% dos idosos do país. Um dos efeitos disso é fazer com que a despesa média *per capita* dos beneficiários com mais de 60 anos chegue a ser 495% maior que aquela gerada por beneficiários jovens.

Com o objetivo de minimizar estes efeitos, promoveu-se uma mudança na legislação do Planserv, permitindo, desde novembro de 2009, que titulares do Plano incluíssem seus netos na condição de agregados.

A modificação se deu com a aprovação da Lei 11.615, de 6 de novembro de 2009, que alterou o inciso III do artigo 6º da Lei 9.528, de 22 de junho de 2005, dando-lhe a seguinte redação:

Art. 6º – Poderão ser beneficiários do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, na condição de agregados dos titulares indicados nos incisos I, IV, V, VI e VII do artigo 4º desta Lei, desde que não preencham os requisitos para serem beneficiários titulares:

I – o(a) filho(a) tutelado(a) e o(a) enteado(a), maior de 18 (dezoito) anos e menor de 35 (trinta e cinco) anos, com custeio integral pelo beneficiário titular;

II – o(a) ex-pensionista, maior de 18 (dezoito) anos e menor de 35 (trinta e cinco) anos, com custeio integral pelo pensionista titular que assim o consinta expressamente;

III – o(a) **neto(a) menor de 35 (trinta e cinco) anos**, com custeio integral pelo beneficiário titular.



A medida atingiu seu objetivo e em março de 2012 o Planserv já contabilizava mais de 40 mil netos de titulares entre seus beneficiários.

O quadro a seguir demonstra que os beneficiários com até 38 anos, que hoje representam 51,7% do total, seriam apenas 47,1% se não fossem contabilizados os netos. Já os beneficiários com 59 anos ou mais, grupo campeão de despesas geradas, que representam atualmente 21,6% da carteira, seriam 23,6% se não houvesse a inclusão dos netos.

Faixa etária		Netos incluídos		Netos excluídos	
		Quantidade	%	Quantidade	%
Até	38	241.585	51,7%	201.504	47,1%
	39	25.365	5,4%	25.365	5,9%
	44	29.367	6,3%	29.367	6,9%
	49	35.936	7,7%	35.936	8,4%
	54	34.428	7,4%	34.428	8,1%
	59 ou mais	100.813	21,6%	100.813	23,6%
		467.494	100,0%	427.413	100,0%

Fonte: Planserv (31.03.2012)

A inclusão dos netos, enfim, serviu para ampliar significativamente a carteira de beneficiários com um grupo que, mesmo com mensalidades relativamente baixas, gera superávit financeiro.

Cabe registrar que, para qualquer plano de saúde, quanto maior for a quantidade de beneficiários, maior será o poder de barganha junto aos fornecedores de serviços médicos e, conseqüentemente, menores tendem a ser os preços pagos pelos procedimentos.

3.1.2 Pressão por incorporação de novas tecnologias médicas

A incorporação de novas tecnologias, por envolver aspectos financeiros e éticos complexos, constitui um dos maiores desafios dos administradores de planos de saúde. Médicos e pacientes esperam dispor sempre de 100% das possíveis alternativas para tratamento de qualquer situação, mas do ponto de vista financeiro isso é inviável e tecnicamente não recomendável, sob pena de transformar beneficiários de planos de saúde, eventualmente, em cobaias, submetidas a procedimentos experimentais.



Para retratar esta dificuldade, convém raciocinar sobre algumas hipóteses:

- 1) alguém foi diagnosticado com uma doença grave, mas uma nova técnica médica, se aplicada, garante prolongar sua vida, com qualidade, por pelo menos 7 anos. Seu preço é 100 mil reais. É razoável usar dinheiro público e dos próprios servidores para custear tal tratamento? Tende-se a responder “sim”.
- 2) troque-se agora o prazo de 7 anos por 7 horas. Neste caso, é provável que a tendência se inverta e se responda “não; não é razoável despendar 100 mil reais para prolongar por 7 horas a vida de alguém.” Trata-se de um raciocínio frio, mas justificável.

Vistas duas situações claras, que se entre agora no campo cinzento em que muitas decisões são demandadas quando se relaciona economia e saúde:

- 3) se a hipotética sobrevida não fosse nem de 7 anos nem 7 horas, mas de 7 semanas, é provável que as pessoas que estão lendo este artigo começassem a se dividir quanto ao cabimento do gasto de 100 mil reais. E se fossem 7 dias ou 7 meses? Outras divisões se desenhariam, numa verdadeira armadilha de subjetividade da qual os gestores públicos precisam escapar.

Quando se fala em novas tecnologias no campo médico, a referência pode ser a equipamentos diagnósticos, procedimentos, materiais ou medicamentos. Nenhuma situação é simples e a pressão sobre os gastos é ilimitada e alimentada pela visão utópica de que “saúde não tem preço”. Trata-se de uma ética individualista e compreensível, mas que, tendo alto custo, pode significar que a busca pela saúde sem preço de alguém implica privação de acesso a recursos médicos para outras pessoas.

Não sendo raro que tratamentos individuais atinjam centenas de milhares de reais e sequer adiem o óbito dos pacientes, gestores tentam evitar que isso aconteça, por dois caminhos. Um corresponde à negativa sistemática de procedimentos de alto custo; o outro, adotado no Planserv, passa pela decisão técnica com base na avaliação:



- a) da segurança e eficácia das novas tecnologias, ou seja, das evidências científicas de suas vantagens em relação às tecnologias já incorporadas;
- b) do impacto econômico para o Planserv, nos seguintes termos: é possível, do ponto de vista financeiro, ofertar tal serviço para todos que se encontram com idêntica necessidade, ampliando o acesso dos beneficiários aos tratamentos?

Com tal rotina implantada de modo transparente e a cargo de médicos qualificados e experientes, o Planserv tem conseguido oferecer a tecnologia certa, para o paciente certo, na hora certa – meta de qualquer sistema de saúde eficaz.

Em nenhuma hipótese, deve-se registrar, o paciente fica sem atendimento. O que se discute é a melhor alternativa para tratá-lo.

Todos os protocolos, preços referenciais, itens cobertos etc. ficam permanentemente disponíveis na internet, no endereço www.planserv.ba.gov.br.

Em 2011, 1.026.195 procedimentos foram solicitados, dos quais 61.019, ou 5,9% foram negados e substituídos; em 2010 este mesmo percentual tinha sido de 7%. As regras ficaram mais rígidas de um ano para outro, mas o percentual de rejeições caiu porque gradativamente os próprios médicos solicitantes passaram a conhecer melhor e a acatar tecnicamente as regras adotadas pelo Planserv para autorização de procedimentos e uso de medicamentos e materiais.

3.1.3 Vínculos entre profissionais e marcas

Em fevereiro de 2011 o jornal Folha de São Paulo lançou luz sobre um problema enfrentado há décadas por gestores de planos de saúde. Com o título "Médicos ligados à indústria ditam regras de conduta", a jornalista Cláudia Collucci produziu uma matéria importante e demonstrou que boa parte dos médicos brasileiros responsáveis por elaborar diretrizes clínicas – orientações que padronizam a conduta para determinadas doenças – possuem conflitos de interesses com os laboratórios farmacêuticos. Alguns admitem que até possuem ações dos laboratórios.



A jornalista pesquisou 11 diretrizes e constatou que, dos 111 profissionais que fizeram o documento sobre hipertensão, 63 (56,7%) declararam que, nos últimos três anos, fizeram estudos, receberam ajuda, deram palestras ou escreveram textos científicos patrocinados por laboratórios. A situação se repete na diretriz sobre climatério e doenças cardiovasculares, com 48,5% dos médicos patrocinados pela indústria e se agrava na de disfunção erétil, com 100% dos médicos envolvidos em conflitos de interesses.

Editoria de Arte / Folhapress

LIGAÇÕES PERIGOSAS Atividades que os médicos desenvolvem com a indústria



1 Participa de estudos clínicos e/ou experimentais patrocinados pela indústria farmacêutica ou de equipamentos



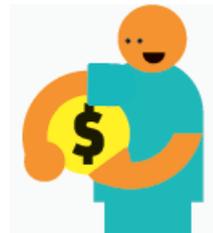
2 É palestrante em eventos ou atividades patrocinadas pela indústria



3 É membro do conselho consultivo ou diretivo da indústria farmacêutica ou de equipamentos



4 Participa de comitês normativos de estudos científicos patrocinados pela indústria



5 Recebe auxílio pessoal ou institucional da indústria



6 Elabora textos científicos em periódicos que são patrocinados pela indústria



O QUE SÃO AS DIRETRIZES

São guias que visam padronizar condutas sobre doenças ou procedimentos



A POLÊMICA

Para os bioeticistas, médicos que recebem da indústria "contaminam" as diretrizes. Podem exagerar na importância de doenças, minimizar riscos ou distorcer dados sobre drogas. Médicos negam

(www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/870060-medicos-ligados-a-industria-ditam-regras-de-conduta.shtml)



Se a indústria é capaz de estender seus tentáculos sobre o nível técnico mais alto da classe médica, qual seja, o grupo que determina como cada doença deve ser tratada, maior ainda é a influência exercida diretamente sobre médicos que vivem o dia a dia dos hospitais.

Pesquisa realizada pelo Datafolha entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010, sob encomenda do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), junto a 600 médicos, com nível de confiança de 95%, revelou, entre outras coisas, que:

- 93% dos médicos recebem brindes e benefícios de pequeno valor (até R\$ 500) das empresas farmacêuticas e de equipamentos;
- 80% recebem visitas de representantes da indústria de medicamentos
- 77% declaram que conhecem médicos que aceitaram da indústria produtos, benefícios ou pagamentos de maior valor (acima de R\$ 500), nos últimos 12 meses, enquanto apenas 37% afirmam que receberam e aceitaram algum deles;
- 74% declaram que presenciaram ou receberam benefícios da indústria ainda durante a graduação, durante os seis anos do curso de Medicina;
- 33% souberam ou presenciaram casos de pressão da indústria sobre médicos ou alguma parceria comercial considerada inadequada;
- 28% souberam de médicos que recebem comissão por procedimentos, medicamentos, órteses/próteses indicados;
- 22% souberam de médicos que indicam procedimentos, medicamentos, órteses/próteses desnecessários;
- 32% acreditam que o relacionamento dos médicos com a indústria está totalmente fora de controle.

Diante desse cenário, não foi surpresa constatar, em 2007, que mais de 41% de todas as despesas do Planserv eram consumidas por medicamentos e materiais aplicados durante os atendimentos realizados em ambiente hospitalar. Debruçados sobre o assunto, os técnicos do Plano perceberam não só que, em regra, para um mesmo princípio ativo, se optava sempre pelo medicamento mais caro, como se boicotava qualquer produto genérico.



Em um ambiente que funciona com base na racionalidade econômica, se o preço de algum produto que compro habitualmente sobe, minha reação tende a ser diminuir seu consumo ou até substituí-lo, se isso for possível. E se o produto já absorve uma parcela grande da minha renda, maior será minha propensão a mudar de comportamento por força da variação de preço. Nada disso é novidade. Consumidores agem assim e, muito resumidamente, pode-se dizer que é com base em regras deste tipo que os mercados funcionam e bem ou mal encontram posições de equilíbrio.

Imagine-se agora uma situação completamente diferente: um mercado de produtos essenciais em que o agente que toma a decisão de consumir despreza possibilidades de substituição e não só ignora variações de preço como tem sua lucratividade aumentada à medida que escolhe bens mais caros, pois quem paga a conta é sempre um terceiro. Esta pequena aberração econômica existe: o agente, no caso, é o empresário prestador de serviços do mercado de saúde suplementar e os produtos essenciais são os medicamentos. Quem paga a conta? Todos os beneficiários do Plano de Saúde.

Conviver com isso significava transformar, no futuro próximo, prestadores, beneficiários e o próprio Planserv em vítimas de um sistema que entrou em colapso por conta de seu desequilíbrio.

O fato é que a regra antiga gerava um excesso de gastos com medicamentos e sacrificava outras áreas de atendimento, reduzindo possibilidades de melhor remunerar os profissionais médicos não comprometidos com laboratórios e inchando custos que eram invariavelmente repassados para os financiadores do sistema, ou, no caso do Planserv, para os servidores públicos e o tesouro estadual.

O desafio, portanto, era mudar a lógica que vigorara até 2006 e que “premiava” o uso de medicamentos mais caros porque deixava a escolha livre e remunerava o prestador de serviços com cerca de 40% sobre seu preço de compra.

Neste sentido, a Secretaria da Administração, órgão cuja estrutura o Planserv integra, publicou a Portaria 358/2007 e surpreendeu o mercado de saúde suplementar da Bahia com duas medidas.



A primeira consistiu em excluir da tabela adotada para faturar medicamentos ao Planserv parcelas correspondentes aos benefícios fiscais de isenção ou redução de base de cálculo do ICMS concedidos pelo Estado da Bahia, reduzindo seus preços máximos.

A segunda medida, mais polêmica, tratou da obrigatoriedade de utilização de medicamentos genéricos em pelo menos 80% dos casos em que a substituição do produto de referência é possível.

Preservou-se, com a norma, a prerrogativa do médico de prescrever o medicamento que considere mais conveniente, de referência ou genérico, mas se exigiu da farmácia do hospital a observação da RDC ANVISA 135/2003, que a autoriza a fornecer produtos genéricos ainda que a marca tenha sido registrada na receita – a menos que expressamente e de próprio punho o médico informe discordar da substituição.

Medicamentos de referência que não contam com substitutos genéricos continuam sendo prescritos, usados e faturados sem nenhum problema; a exigência de substituição obviamente se restringe aos medicamentos que têm equivalentes genéricos no mercado.

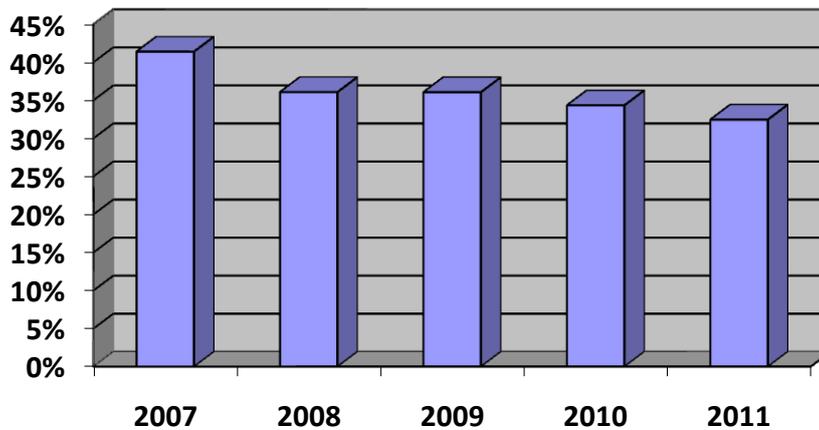
Chamado a se manifestar sobre a Portaria 358, o CREMEB foi taxativo: “a norma não contraria regras definidas pelo Conselho Federal de Medicina nem atenta contra a autonomia do médico”.

É fato que medicamentos genéricos são seguros porque passam por testes de equivalência farmacêutica (demonstram conter o mesmo princípio ativo, na mesma quantidade e com as mesmas características do medicamento de referência) e bioequivalência (apresentam a mesma eficácia clínica e a mesma segurança do medicamento de referência). Custam em média 40% menos que medicamentos de marca e seu mercado mundial cresce cerca de 11% ao ano.

Ignorá-los no sistema de saúde suplementar e especialmente no Planserv era um atentado ao bom senso e os resultados da medida comprovam isso: de 41,38%, em 2007, o comprometimento das despesas com medicamentos e materiais caiu paulatinamente até atingir, em 2011, 32,45%, conforme gráfico a seguir:



Participação de Materiais e Medicamentos na Despesa Anual



Também contribuiu para essa redução o fato de ter sido criada, em 2008, uma nova tabela para 47.400 itens de materiais hospitalares, que passaram a ser controlados eletronicamente, gerando uma economia de mais de R\$ 1 milhão por mês. Nesse trabalho, materiais tecnicamente idênticos receberam preços também idênticos, independentemente de marca, neutralizando o estímulo que antes havia para que prestadores de serviços, que também são vendedores de materiais, tentassem adotar sempre produtos de marcas com preços de tabela mais elevados.

3.1.4 Supertratamento

Um fator que impulsiona fortemente os custos médicos é a sobre-utilização dos serviços, que pode ser induzida pelo tradicional modelo de remuneração dos prestadores com base na quantidade de procedimentos realizados.

Nos EUA, "Overtreatment" – ou o excesso de procedimentos médicos desnecessários – tem sido a palavra de ordem nos debates na área de saúde e é considerado um problema gravíssimo. Recentemente, nove sociedades médicas daquele país lançaram uma lista com 45 exames que deveriam ser pedidos com menor frequência.

Os próprios médicos já reconhecem, pelo menos nos EUA, que muitos procedimentos rentáveis são realizados de forma desnecessária e podem prejudicar os pacientes.



Estima-se que 33% dos gastos com saúde naquele país sejam com tratamentos sem necessidade, que não contribuem em nada para melhorar a saúde do paciente e podem até prejudicá-lo.

Como o sistema privado de lá serviu de inspiração para o nosso, aqui a situação se repete, mas o debate sobre "Overtreatment" quase inexiste no Brasil, embora seja prática observada no dia a dia dos planos de saúde.

É possível que a discussão só evolua no nosso país quando houver consciência de que o sistema pode entrar em colapso, tal como ocorreu nos EUA e foi bem retratado por PORTER e TEISBERG (2007, p. 97):

A competição de soma zero da década de 1990 e dos primeiros anos da década de 2000 no sistema de saúde dos EUA obviamente falhou. Ela não produziu melhorias gerais na qualidade nem no custo dos serviços de saúde e tampouco ampliou o acesso à assistência à saúde para os americanos. Em vez disso, a competição de soma zero perpetuou a ineficiência e a baixa qualidade. Também elevou os custos administrativos, inibiu a inovação e resultou em aumentos alarmantes de custo para pacientes, empregadores e o governo. Cada vez mais um número maior de americanos está sem planos de saúde. Os participantes do sistema têm se colocado uns contra os outros para o benefício de ninguém.

No caso do Planserv, o problema do supertratamento foi atacado de duas formas:

- a) primeiro com parametrizações, vinculando, no sistema de autorizações, idade e perfil dos beneficiários com diferentes tipos de exames, além de intervalos mínimos para repetições. Exceções são justificadas e tratadas caso a caso;
- b) outra medida foi identificar médicos que requisitavam procedimentos – eventualmente realizados em seus próprios estabelecimentos – acima de padrões considerados normais por organizações da área de saúde ou muito acima da média verificada na própria especialidade. Submetidos a auditoria médica e glosas, foram informados de que a não regularização da situação implicaria descredenciamento.

Registre-se que só em 2011 as parametrizações já impediram automaticamente a realização de 48.884 procedimentos (ou 4,7% de todos os pedidos) considerados sem justificativa técnica e 70% dos médicos convocados ajustaram suas condutas, o que resultou em economia média de R\$ 13.800,00 por profissional, por mês, se comparados os padrões de solicitação de exames antes e depois das discussões técnicas.



3.1.5 Falta de responsabilidade do usuário com os custos dos tratamentos

Parte dos beneficiários do Planserv sequer retirava os resultados dos exames realizados até 2011. Entre aqueles que buscavam os exames, inúmeros deixavam de levá-los aos médicos solicitantes. Guias de atendimento eram assinadas em branco, para preenchimento posterior por parte do prestador de serviços e até o empréstimo da carteira do Plano, para possibilitar o atendimento de não beneficiários, chegou a ser constatado algumas vezes.

Para sanar esses problemas, o Planserv agiu em duas frentes:

- a) criou, por meio da Lei 12.351, de 8 de setembro de 2011, um mecanismo de coparticipação, ou seja, pagamento, pelo servidor, de parte dos custos dos atendimentos que ultrapassam determinadas quantidades anuais. Essas quantidades, por sua vez, foram fixadas em patamares superiores à média de utilização de 85% dos beneficiários, repercutindo apenas sobre aqueles que usam o Plano acima de níveis razoáveis. A coparticipação está presente em mais de 80% dos planos de saúde existentes no país e é medida fundamental para racionalizar o uso, evitando, por exemplo, que exames sejam repetidos desnecessariamente. Também por meio da coparticipação os beneficiários são estimulados a conferir todas as despesas faturadas em seu nome por prestadores de serviços de saúde.
- b) implantou um sistema de identificação biométrica que exige leitura da impressão digital para validação do atendimento aos seus beneficiários. Embora esta seja uma tecnologia já amplamente utilizada em condomínios, empresas, academias de ginástica etc., sua implantação constituiu uma novidade no mercado de saúde suplementar da Bahia.

Os resultados já apareceram: antes da coparticipação, menos de 1% dos titulares do Planserv conferia e respondia o extrato de utilização preparado pela administração do Plano, verificando se procediam as cobranças feitas em seu nome pelos prestadores de serviços. Atualmente a conferência passou a ser um ato de interesse do próprio beneficiário e, por consequência, rotineiro para a maioria dos titulares do Plano.



No caso da biometria, o sistema foi implantado em 100% dos prestadores de serviços e muitas foram as situações de desconformidade identificadas, gerando glosas superiores a R\$ 14 milhões só em 2011. Glosas, nesse caso, representam cobranças consideradas indevidas por ausência de confirmação de identificação biométrica do beneficiário no momento do suposto atendimento.

3.1.6 Judicialização

Quando se fala em ação judicial contra operadora de plano de saúde, as pessoas tendem a imaginar que se trata sempre de um consumidor indefeso lutando contra uma empresa que, buscando lucros exorbitantes, nega o atendimento que por contrato deveria oferecer.

O problema, porém, é muito mais complexo. O Planserv não tem fins lucrativos, não nega nenhum serviço que pela legislação que o rege deve oferecer, e, mesmo assim, responde a dezenas de ações judiciais por mês. O Poder Judiciário, por sua vez, é freqüentemente induzido por argumentos apelativos, fato que já levou o Conselho Nacional de Justiça a publicar orientações sobre a conduta para os julgamentos, o que inclui ouvir previamente os gestores de saúde (Recomendação nº 31 do CNJ, de 30 de março de 2010).

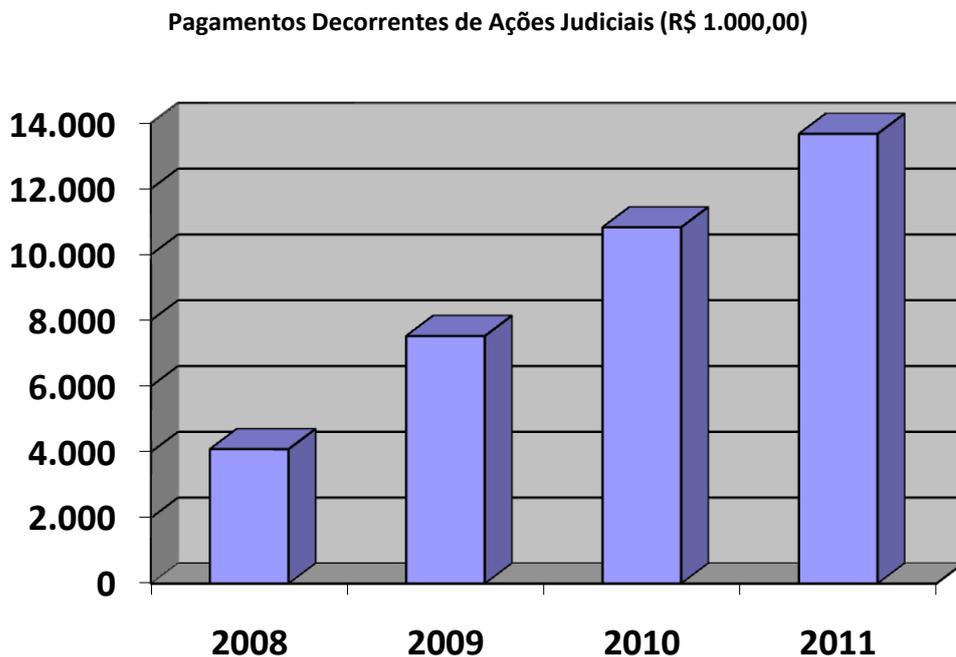
Junto ao Poder Judiciário se pleiteia fornecimento de medicamentos que estão ainda em fase experimental, inclusão de parentes que pela legislação não poderiam ser beneficiários do Plano e até quebra de carência em situações que beiram o absurdo. Não é raro que pessoas que não faziam parte do quadro de beneficiários solicitem inclusão depois de se descobrirem doentes e consigam, por meio de mandados de segurança, atendimento imediato. Mal comparando, é como se alguém fizesse um seguro de automóvel depois de se envolver em um acidente e forçasse a seguradora a assumir os custos do conserto.

Algumas ações são de iniciativa dos próprios interessados, mas a maioria reflete interesses dos próprios prestadores de serviços em fornecer medicamentos ou materiais de marcas específicas ou experimentais.

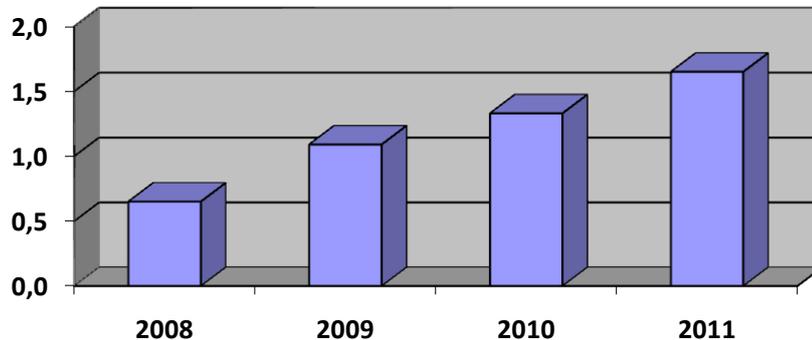


Diante deste cenário e da tendência de crescimento do número de ações judiciais, o Planserv agiu para, usando os instrumentos disponíveis na legislação, evitar que os próprios prestadores de serviços continuassem estimulando as pessoas a ingressarem com ações contra o Plano. Reuniões foram feitas para discutir o assunto abertamente e os pagamentos decorrentes de ações judiciais passaram a seguir fluxo próprio, sendo efetivados somente após todas as tentativas cabíveis de reversão das decisões.

Em outras palavras, as ações judiciais deixaram de ser um problema só para o Planserv, tornando-se também uma dificuldade para os prestadores de serviços que as estimulavam. Apesar dos esforços empreendidos, não se pode considerar que o combate à judicialização foi bem sucedido. Não se conseguiu diminuir a quantidade de ações, mas apenas reduzir seu ritmo de crescimento e manter seus custos em percentuais relativamente pequenos sobre a despesa total do Plano, conforme gráficos a seguir.



Percentual de Comprometimento da Despesa Total com Pagamentos Decorrentes de Ações Judiciais



Em São Paulo, 5% do orçamento da Secretaria de Saúde está comprometido com pagamentos decorrentes de ações judiciais, segundo informação constante de entrevista concedida pelo Secretário da pasta ao site estadao.com.br em 2 de dezembro de 2011². No Planserv, como se vê, embora crescente, este percentual ficou abaixo de 2% em 2011.

3.2 Problemas específicos x soluções adotadas

3.2.1 Rigidez contratual

Diferentemente das operadoras privadas, no Planserv não existe liberdade para ampliar ou reduzir a rede de atendimento com base em avaliações e decisões pessoais dos administradores. Também não há espaço para negociações diretas com hospitais ou discussão de tabelas de preços específicas para determinados prestadores de serviços. Qualquer movimento neste sentido poderia ser interpretado como um favorecimento ilegal.

Em 2007, então, havia a necessidade urgente de ampliar a rede de atendimento em todo o Estado e formalizar vínculos contratuais, mas, ao mesmo tempo, era preciso ter critérios objetivos para seleção, classificação e remuneração de prestadores de serviços.

² Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,judicializacao-da-saude-e-uma-distorcao-diz-secretario-,805981,0.htm>



A saída, pela via do credenciamento, com base no art. 61 da Lei 9.433/2005, a seguir transcrito, já havia sido desenhada em 2006, especificamente para consultas médicas, mas ainda dependia de conclusão.

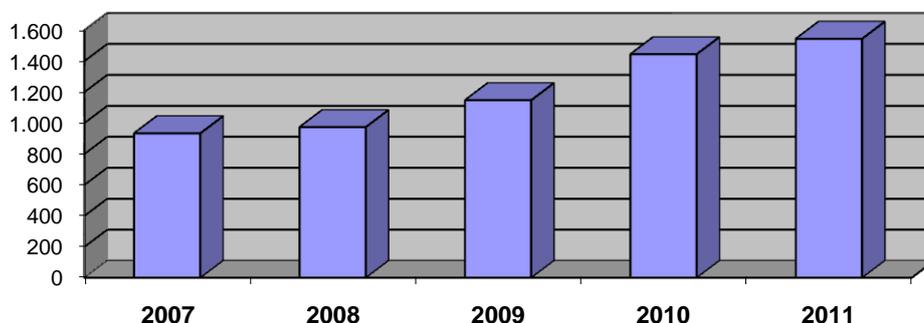
Art. 61 – É inexigível a licitação, por inviabilidade de competição, quando, em razão da natureza do serviço a ser prestado e da impossibilidade prática de se estabelecer o confronto entre os interessados, no mesmo nível de igualdade, certas necessidades da Administração possam ser melhor atendidas mediante a contratação do maior número possível de prestadores de serviço, hipótese em que a Administração procederá ao credenciamento de todos os interessados que atendam às condições estabelecidas em regulamento.

Parágrafo único – A Administração elaborará regulamento específico para cada credenciamento, o qual obedecerá, rigorosamente, aos princípios constitucionais da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e aos princípios do procedimento licitatório.

A partir de 2007 deu-se início então ao lançamento de 13 novos editais para, além de consultas, procedimentos diversos, tanto em ambiente hospitalar como fora dele, e a rede passou a ser contratada e remunerada com base em exigências técnicas e fiscais bastante objetivas e transparentes. Para hospitais, por exemplo, há seis níveis de classificação e remuneração dos serviços, com base na existência ou não de UTI, disponibilidade de exames como tomografia e ressonância magnética, quantidade de leitos etc., conforme Instrução Planserv nº 5/2009³.

O gráfico a seguir demonstra a evolução da quantidade de prestadores de serviços no período 2007-2011. Se comparada a quantidade atual (1.544) com a existente em 2007 (933) evidencia-se um crescimento de 65%.

Quantidade de Prestadores de Serviços



³ Disponível em: http://siteftp.planserv.ba.gov.br/Paginas/Documentos/Credenciamento/Instr_Hosp_005_09.pdf



As mesmas regras que permitem a seleção e classificação dos prestadores de serviços autorizam sua exclusão da rede nos casos de comprovada má qualidade da assistência médica.

3.2.2 Heterogeneidade da rede de atendimento: capital X interior

Um plano de saúde privado pode trabalhar para ter uma rede mais ampla em determinada região onde identifica, por exemplo, maior oferta de serviços e maiores perspectivas de crescimento do número de usuários. Potenciais clientes, por sua vez, tendem a escolher planos que tenham redes melhores e maiores em suas respectivas regiões.

Com o Planserv é diferente. Como a administração pública, por meio principalmente dos serviços de educação, saúde e segurança, está presente em todo o território do Estado, metade dos beneficiários do Plano residem em municípios do interior e demandam atendimentos que eventualmente nem existem fora de Salvador.

Para administrar esta situação, foram percorridos, paralelamente, dois caminhos:

- a) credenciar o maior número possível de prestadores de serviços no interior, fazendo inclusive campanhas de divulgação e promovendo visitas do próprio Secretário da Administração às regiões onde havia maior carência de hospitais;
- b) superdimensionar a rede em Salvador, incluindo 2 novos hospitais de grande porte e abrindo os serviços de emergência de outras 3 unidades que só faziam atendimentos eletivos, para absorver pacientes transferidos do interior em busca de procedimentos de alta complexidade.

O esforço deu resultado e o número de unidades de atendimento no interior cresceu de 494 em 2007 para 846 em 2011, o que representa um aumento de 71%. Na capital esse crescimento foi de 59%.

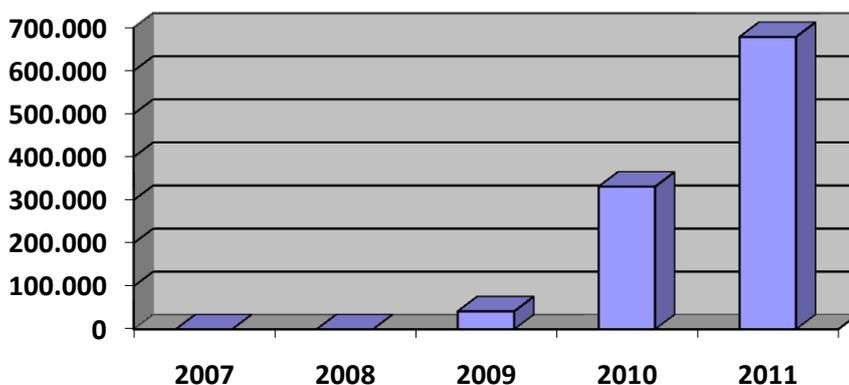


3.2.3 Prazos de autorização

Constatando-se, em 2007, que a maior parte das reclamações relativas ao Planserv na imprensa referiam-se à demora na emissão de autorizações para procedimentos, deu-se prioridade ao assunto e duas ações foram empreendidas:

- a) extinguiu-se o chamado "agendamento", rotina que implicava emissão de autorizações pré-datadas nos seguintes termos: autorizava-se um procedimento, por exemplo, em março, mas essa autorização só tinha validade a partir de maio. Atrasava-se a realização e, conseqüentemente, o pagamento, por questões de fluxo de caixa.
- b) instituiu-se a autorização automática e imediata para procedimentos que não dependem de análise médica caso a caso, mas apenas verificações de idade, sexo e intervalo de repetição. O número de procedimentos autorizados dessa forma chegou a quase 700 mil em 2011, conforme gráfico a seguir.

Procedimentos Autorizados Automaticamente



Em abril de 2012, último mês fechado antes da confecção do presente artigo, não houve nenhuma reclamação na imprensa relacionada a prazos de autorização. Na Ouvidoria do Planserv, por telefone, foram registrados 15 questionamentos sobre o assunto, número pequeno se for considerado o universo de 467 mil beneficiários do Plano.



4 CONCLUSÕES

Em 2010, durante a campanha eleitoral, um candidato de oposição usou em sua propaganda a informação de que o Planserv havia sido criado em sua administração, numa estratégia de aproximação com os servidores públicos.

Aquele gesto, aparentemente sem maior importância, funcionou como um atestado de que o Plano tinha deixado de ser fonte de desgaste para a administração estadual. Afinal, quatro ou cinco anos antes, nenhum candidato avaliaria como conveniente assumir a "paternidade" do Planserv ou associar seu nome a ele.

Fato é que cinco anos depois do início da reestruturação, o Planserv está financeiramente sólido, tecnologicamente à frente de muitos planos privados, com uma rede de atendimento 65% maior que a existente em 2007 e crescendo. Sua imagem mudou junto aos próprios beneficiários, diante de prestadores de serviços e dentro do governo.

Em um incomum ambiente de competição (diferentemente de outros órgãos públicos, o Planserv tem concorrentes), a administração pública conseguiu trabalhar com padrões de eficiência comparáveis aos de grandes empresas privadas.

Na base dos resultados positivos alcançados pelo Planserv identificam-se dois pilares: 1) o comprometimento dos seus gestores com a sustentabilidade do Plano no longo prazo; 2) a liberdade que estes mesmos gestores tiveram para avaliar e adotar todas as providências – populares ou impopulares – julgadas tecnicamente necessárias à reestruturação e fortalecimento do Plano.



5 REFERÊNCIAS

AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F. **Para entender a saúde no Brasil 2**. São Paulo: LCTE, 2008.

BAHIA. **Decreto nº 9.552, de 21 de setembro de 2005**. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BAHIA. **Lei Estadual nº 9.433, de 1º de março de 2005**. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BAHIA. **Lei Estadual nº 9.528, de 22 de junho de 2005**. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/>>. Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 7 maio 2012.

CECHIN, J.; LEITE, F; MARTINS, C. B. **VCMH 2007-2009**. IESS, 2009. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TDIESS00342010vcmhdez09.pdf>>. Acesso em: 7 de maio de 2012.

COLLUCCI, C. **Médicos ligados à indústria ditam regras de conduta**. Folha de São Paulo, São Paulo, 3 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/870060-medicos-ligados-a-industria-ditam-regras-de-conduta.shtml>>. Acesso em: 7 maio 2012.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Pesquisa 2009/2010**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em 7 de maio de 2012.

LEITE, F. **Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde**. IESS, 2011. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/TDIESS00422011EnvelhecimentoFE.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.



AUTORIA

João Batista Aslan Ribeiro – Administrador com Especialização em Administração Pública e Auditoria, é Auditor Fiscal da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia e exerceu o cargo de Coordenador de Ações Estratégicas do Planserv de 2007 a 2011.

Endereço eletrônico: joao.aslan@saeb.ba.gov.br

