



Guia de Boas Práticas

**PARA EVITAR DESPERDÍCIOS
EM SAÚDE**

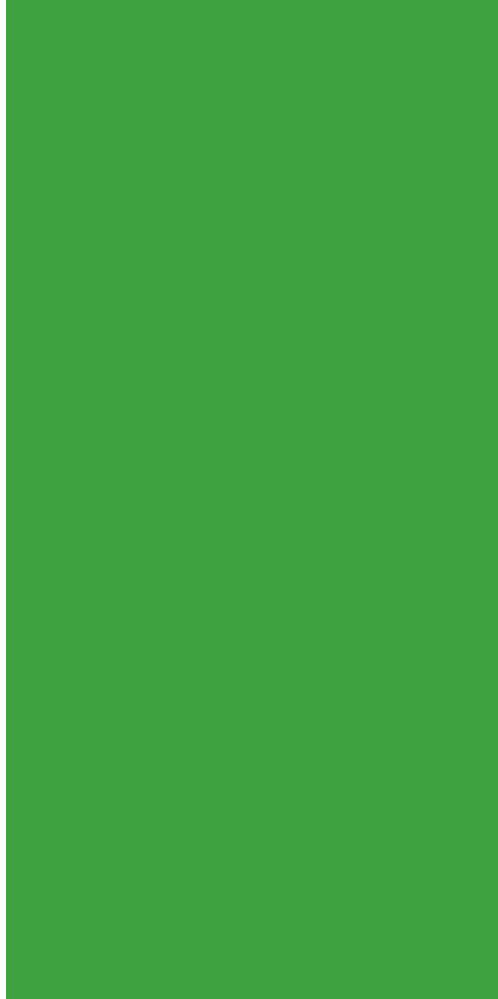
 **FenaSaúde**
Federação Nacional de Saúde Suplementar



Guia de Boas Práticas

PARA EVITAR DESPERDÍCIOS
EM SAÚDE

 **FenaSaúde**
Federação Nacional de Saúde Suplementar



FenaSaúde

Federação Nacional
de Saúde Suplementar

Sumário

1	NA SAÚDE SUPLEMENTAR TODOS PAGAM PARA QUE ALGUNS UTILIZEM	6
2	DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS DOS PLANOS MÉDICOS (2016-2017)	10
3	TAXAS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES NA SAÚDE SUPLEMENTAR	14
	Quais são as motivações para o excesso de demandas por serviços de saúde?	18
4	QUAL É O IMPACTO?	20
5	COMPREENDENDO OS FATORES ESTRUTURAIS	28
	Diferenças entre Saúde Suplementar e outros setores	30
	Risco Moral	30
	Seleção Adversa	31
	Demanda Induzida	31

6 A QUESTÃO DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS | OPME

Máfia das Próteses

CPI das Próteses

FenaSaúde na CPI das Próteses

FenaSaúde no GT Interministerial

Grupo de Trabalho Externo ANS/Anvisa

7 O PAPEL DAS OPERADORAS

8 O PAPEL DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS

9 O PAPEL DA ANS

10 O PAPEL DO CONGRESSO NACIONAL

11 O QUE O BENEFICIÁRIO PODE FAZER?

Escolher com sabedoria

Projeto sua Saúde

Em busca de uma segunda opinião médica

12 COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL

— REFERÊNCIAS

32

34

35

35

38

39

40

44

48

52

56

58

60

61

62

66



1

NA SAÚDE SUPLEMENTAR

TODOS PAGAM PARA QUE ALGUNS UTILIZEM

Os planos de saúde, como são comumente chamadas as operadoras de assistência privada à saúde, funcionam na base do mutualismo.

Eles arrecadam as mensalidades que são pagas pelas pessoas (físicas e jurídicas) e organizam a prestação dos serviços contratados ou próprios. É o mutualismo que permite que muitas pessoas contribuam com valores em dinheiro para a formação de um fundo, do qual sairão os recursos para pagar todos os custos necessários para os diversos procedimentos, dentro do previsto no contrato e na legislação, para aquelas pessoas que eventualmente necessitem de assistência médica.



SEM O CORRETO FUNCIONAMENTO do sistema mutual, cada pessoa deveria pagar sozinha pelos gastos que tivesse em saúde, o que quase nunca é possível devido ao nível de renda da maioria da população. Para que não seja necessário custear sozinho o pagamento dos gastos com saúde, empresas especializadas foram autorizadas pelo Estado brasileiro a organizar os planos e seguros saúde.

Os planos e seguros saúde podem custear os procedimentos médicos e hospitalares daqueles que necessitam porque muitas pessoas contribuem para isso, com valores que são calculados a partir de estudos do risco, das estatísticas de ocorrência desses riscos e da identificação da probabilidade de que eles ocorram.

Você sabe para onde vai sua mensalidade?

É preciso falar dos números. Para cada R\$ 100 obtidos por meio das mensalidades, R\$ 97,00 foram utilizados para custear despesas assistenciais e operacionais em 2017. Desse valor, 83,6% são destinados ao custeamento das despesas assistenciais, ou seja, para o pagamento de consultas, internações, exames complementares e demais tratamentos. Outros 10,5% vão para as despesas administrativas, e 2,8% para comercialização.

Para cada R\$ 100 obtidos por meio das mensalidades, R\$ 97,00 foram **utilizados para custear despesas assistenciais e operacionais** em 2017.

De longe o principal item de gastos assistenciais é a internação, que representa 45% dessas despesas e é o principal risco a ser protegido pelo setor. Além disso, nas internações há o crescente uso das inovações tecnológicas e modernidades da medicina, bem como consumo intenso de materiais, medicamentos especiais, órteses, próteses.

Internações

R\$ **45,10**

Outros Atendimentos
Ambulatoriais

R\$ **7,30**

Terapias

R\$ **7,20**



R\$ **15,20**

Consultas
Médicas

R\$ **20,80**

Exames
Complementares

R\$ **4,40**

Demais
Despesas
Médico-
Hospitalares

As **Despesas Assistenciais** tiveram a seguinte divisão em 2017

2

DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS

DOS PLANOS MÉDICOS | 2016-2017

Em 2017, a despesa assistencial dos planos médicos alcançou a cifra de R\$ 150,6 bilhões, aumento de 9,8% em relação ao ano anterior.

Em volume de produção assistencial, o setor alcançou 1 bilhão e 329 milhões em consultas, internações, exames, terapias e outros atendimentos. As internações representaram 0,6% do volume físico da produção assistencial. E em termos financeiros, equivalente a R\$ 65 bilhões, ou seja, 45%. Os demais itens assistenciais somados representaram 99,4% em volume físico. Em despesa, equivaleram a 55%.



0,6%

representaram as
internações em volume físico
da produção assistencial



99,4%

representaram os demais
itens assistenciais somados
em volume físico

Painel de Produção Assistencial dos Planos Médicos | 2016-2017

em Milhões

CONSULTAS MÉDICAS

2016 **273,0**
2017 **270,3**

↓
-1,0%

OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

2016 **141,2**
2017 **157,0**

↑
11,2%

EXAMES COMPLEMENTARES

2016 **796,8**
2017 **816,9**

↑
2,5%

TERAPIAS

2016 **70,0**
2017 **77,2**

↑
10,4%

INTERNAÇÕES

2016 **7,8**
2017 **8,0**

↑
1,8%

TOTAL

2016 **1,329**
2017 **1,289**

↑
3,2%





Painel de Despesas Assistenciais dos Planos Médicos | 2016-2017

R\$Bilhões

CONSULTAS MÉDICAS

2016 **20,93**
2017 **22,06**



5,4%

OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

2016 **9,05**
2017 **10,64**



17,6%

EXAMES COMPLEMENTARES

2016 **28,20**
2017 **30,06**



6,6%

TERAPIAS

2016 **8,97**
2017 **10,39**



15,8%

INTERNAÇÕES

2016 **58,65**
2017 **65,39**



11,5%

DEMAIS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

2016 **6,20**
2017 **6,38**



2,9%

TOTAL

2016 **131,99**
2017 **144,92**



9,8%

13

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, junho/2018.

3

TAXAS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Na Saúde Suplementar, conforme demonstrado nos gráficos a seguir, as taxas de utilização da tomografia computadorizada e da ressonância nuclear magnética superam as médias de utilização dos países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que são 173,1 e 81,9 por mil beneficiários, respectivamente.



Tomografia 2017

157

é o número de exames de
tomografia computadorizada
por mil beneficiários
(Saúde Suplementar)



Ressonância magnética 2017

162

é o número de exames de
ressonância nuclear magnética
por mil beneficiários
(Saúde Suplementar)

Tomografia
computadorizada 2016

173,1

é o número de exames de
tomografia computadorizada
por mil beneficiários
(OCDE)

Ressonância magnética 2016

81,9

é o número de exames de
ressonância nuclear magnética
por mil beneficiários
(OCDE)

Gráfico 1

Número de exames de tomografia computadorizada realizados em regime ambulatorial

por 1 mil beneficiários da Saúde Suplementar por modalidade de operadora, Brasil, 2014 a 2017

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, junho/2018

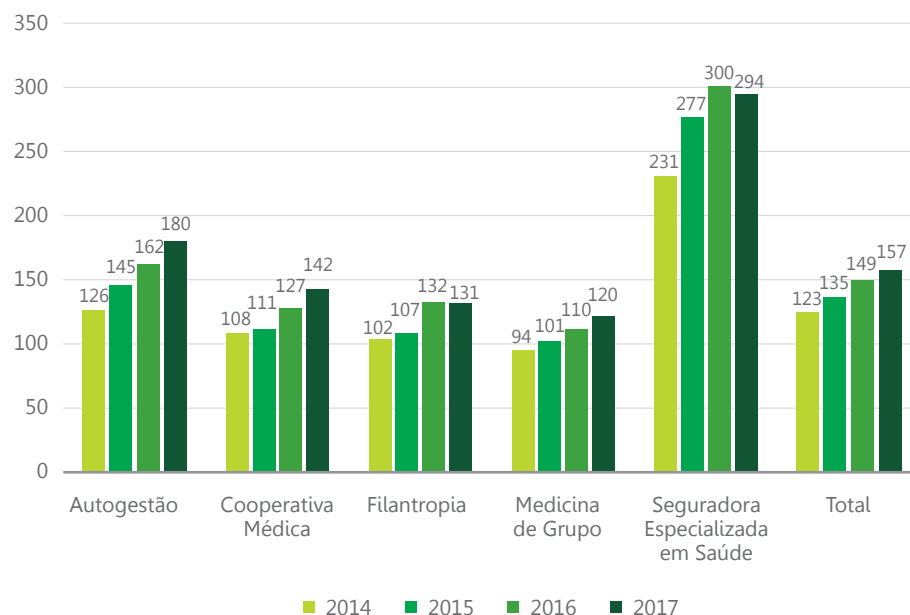
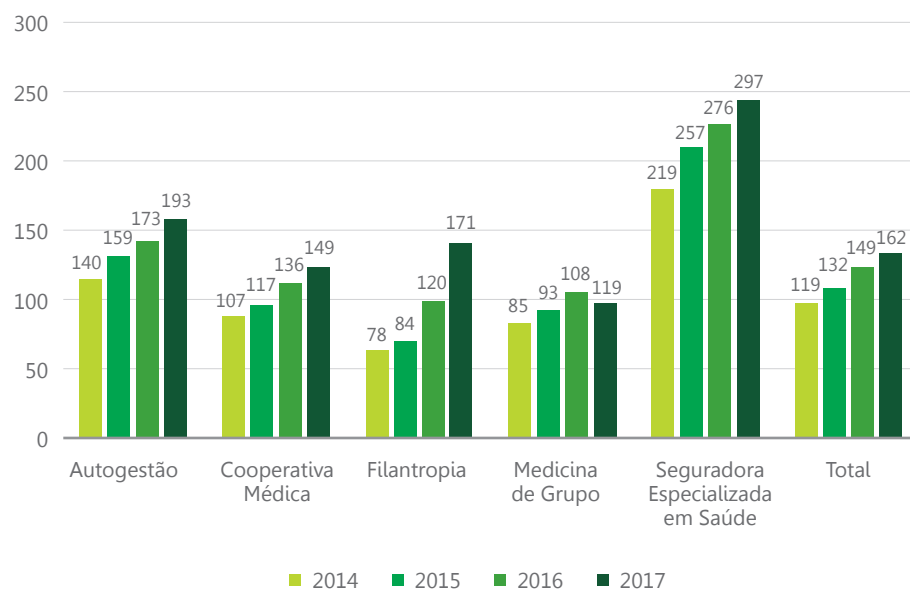


Gráfico 2

Número de exames de ressonância magnética realizados em regime ambulatorial

por 1 mil beneficiários da Saúde Suplementar por modalidade de operadora, Brasil, 2014 a 2017

Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017, junho/2018



Estudo realizado com pacientes internados na UTI de um hospital geral na Bahia¹, com o objetivo de identificar e estimar os gastos com exames desnecessários, assim como apontar custos evitáveis e buscar a racionalização, demonstrou que 41% dos procedimentos realizados no período não eram necessários. A solução proposta no estudo foi instituir diretrizes/protocolos para solicitar exames na UTI.

Os dados desse estudo foram extraídos de prontuários e resultados de exames laboratoriais de internados em UTI durante os meses de agosto e setembro de 2013. Durante o período, foram solicitados 12.217 exames laboratoriais, sendo 49,4% dentro da faixa de normalidade. Os exames mais solicitados foram hemograma, sódio e potássio. Desses, foram avaliados 1.750 exames laboratoriais, segundo critérios estabelecidos na literatura, sendo 719 (41%) considerados desnecessários. Foi observado um maior número de solicitações (29%) nas segundas-feiras, em relação à média dos demais dias da semana, independentemente da faixa etária e do tempo de internação.

**DADOS DE ESTUDO
REALIZADO COM
PACIENTES NA UTI**

ago/set 2013



12.217
exames
laboratoriais
solicitados

41%
foram
considerados
desnecessários

¹ Oliveira AM, Oliveira MV, Souza CL. Prevalência de exames laboratoriais desnecessários e custos evitáveis associados em unidade de terapia intensiva. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2014;50(6):410-416

² Gastos com exames complementares desnecessários para hipertensos e diabéticos nos serviços de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2014 dez;35(4):86-93.

Quais são as motivações para o excesso de demandas por serviços de saúde?

Várias são as motivações ou justificativas:



Supervalorização do exame, em detrimento da avaliação física ou história clínica



Postura médica defensiva



Insegurança ou inexperiência profissional



Modelo de pagamento



Redução do tempo da consulta



Influência dos meios de comunicação



Conflitos de interesse



Desconhecimento do custo dos procedimentos



Falta de comunicação/ integração entre os serviços de saúde

A sobreutilização dos serviços de saúde tem sido considerada um problema generalizado, de difícil medição em razão das complexidades do sistema e da dificuldade de definir o que é mais adequado individualmente para o paciente.

É preciso, no entanto, alertar que a realização de procedimentos desnecessários pode causar danos físicos e psicológicos aos pacientes. Uma intervenção cirúrgica desnecessária pode ser, inclusive, tipificada como ato criminoso por violar a integridade física dessa pessoa.

4

QUAL É O IMPACTO?

Não há um sistema de quantificação regular dos desperdícios no setor de Saúde Suplementar, embora as operadoras tenham suas próprias avaliações e estimativas. Não se sabe ao certo o volume de recursos perdidos. O que sabemos, no entanto, é que as práticas precisam ser mudadas e que a tendência do crescimento de desvios deve preocupar a todos, operadoras, prestadores de serviços, governo, consumidores etc.



HÁ ALGUMAS ESTIMATIVAS que ajudam a dar a dimensão do problema no Brasil e em outros países.

- **De acordo com o relatório** “O Financiamento da Cobertura Universal”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência.
- **Estudos reportam** que os gastos desnecessários representam entre 20% e 30% do dispêndio total com saúde nos Estados Unidos. Com base no PIB americano de 2011, isso significaria um desperdício entre US\$ 543 bilhões e US\$ 815 bilhões.
- **Desperdício na Saúde** Em 2012, artigo publicado no The Journal American Medical Association – JAMA³ identificou as categorias que mais causam desperdício no sistema de saúde americano. Sua redução é uma estratégia básica para a sobrevivência do sistema de saúde, ou seja, para manter os processos, produtos e serviços que realmente ajudam os clientes e eliminam sistematicamente os elementos do trabalho que não o fazem. Em 2011, a estimativa do impacto do custo do desperdício no sistema de saúde americano era de US\$ 910 bilhões, representando 34% do gasto total com Saúde.

	<p>DE ACORDO COM O RELATÓRIO DA OMS</p> <p>Entre 20% e 40%</p> <p>de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência</p>
---	---

³ Eliminating Waste in US Health Care, Donald M. Berwick e Andrew D. Hackbarth, The Journal of the American Medical Association, V. 306, N. 14, 2012. <https://goo.gl/QkvrWv>

Onde estão os desperdícios na Saúde?

O infográfico a seguir mostra a participação de cada categoria no custo total do desperdício no Sistema de Saúde Americano:



- **Falta de coordenação do atendimento** Há desperdício quando a assistência é fragmentada, sem o foco no paciente. Como consequências são observadas muitas readmissões hospitalares, diminuição do estado funcional e aumento da dependência, especialmente para os doentes crônicos, para os quais a coordenação de cuidados é essencial à saúde.
- **Falha no atendimento** Má execução ou falta de adoção de processos que visam ao melhor atendimento, incluindo, por exemplo, sistemas de segurança de pacientes e práticas de cuidados preventivos.
- **Sobrep preço** O desperdício ocorre à medida que os preços migram para longe daqueles esperados em mercados que funcionam bem, isto é, os custos reais de produção mais um lucro justo. Por exemplo, no Brasil, devido à ausência de transparência, os preços das OPME podem apresentar uma variação de até 3 mil vezes⁴ entre Unidades da Federação. Além disso, o preço praticado é muito superior ao cobrado em outros países.



O desperdício ocorre à medida que os **preços migram para longe daqueles esperados em mercados que funcionam bem**, isto é, os custos reais de produção mais um lucro justo.

- **Fraude e abuso** Emissão de notas falsas, simulação de atendimentos e prescrição de tratamentos que são até mesmo contraindicados pelos conselhos profissionais e sociedades de especialidades. Para coibir esses abusos, é necessário adotar procedimentos contundentes de inspeção e regulação para todos, em razão de um mau comportamento de alguns poucos.



- **Tratamento excessivo** Submeter os pacientes a cuidados que não melhoraram a sua saúde. Exemplos incluem o uso excessivo de antibióticos, a realização de cirurgia quando o tratamento conservador é mais indicado e o excesso de exames.
- **Burocracia administrativa** Identificada quando o governo ou mesmo os agentes do mercado criam regras ineficientes ou equivocadas.

Exemplos típicos de **desperdícios**

- Postergar a alta do paciente para aumentar a permanência hospitalar e garantir a ocupação do leito.
- Indicar tratamentos mais caros quando outros mais baratos entregam o mesmo resultado assistencial.
- Solicitar exames desnecessários, como os de tomografia e ressonância magnética, em que o Brasil aparece nas estatísticas como um dos países que mais utilizam no mundo (na Saúde Suplementar).
- Solicitar mais códigos de procedimentos que o necessário para realização de uma cirurgia.
- Utilizar mais materiais e OPME que o necessário no atendimento ou ato cirúrgico.

Exemplos típicos de fraudes

- Omitir informações sobre a condição de saúde na proposta de seguro ou na Declaração de Saúde.
- Não informar, quando solicitado, doença ou lesão de que saiba ser portador ao contratar o plano ou seguro saúde.
- Fornecer informações falsas na Declaração de Saúde ou na proposta de seguro.
- Emprestar a carteirinha do plano ou seguro saúde para utilização de terceiros.
- Realizar um procedimento e aceitar o fracionamento do valor em vários recibos para simular mais de uma ocorrência, a fim de obter reembolso integral junto à operadora.
- Alterar ou inflar o valor de um procedimento.
- Declarar ou apresentar recibos de consultas, exames ou procedimentos que não ocorreram.
- Superfaturar remédios e materiais médicos e odontológicos.

Por vezes as operadoras se deparam com situações que fogem à média observada na utilização dos serviços assistenciais. Nesses casos, é importante investir mais recursos no conhecimento do caso, suas características. O limiar entre a fraude, o abuso e o desperdício é tarefa delicada e exige cuidadoso esforço das equipes especializadas.

- Notícias recentes apontam altos valores de fraudes na Saúde. O Ministério Público Federal e a Receita Federal estimam que um esquema de fraude em compras de próteses e equipamentos médicos pela Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e pelo INTO (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia) provocou desvio de, ao menos, R\$ 300 milhões. A estimativa, que se refere ao período de 2007 a 2016, envolve fraude em importações dos equipamentos e propina de 10% que incidia sobre os contratos.

5

COMPREENDENDO OS FATORES ESTRUTURAIS

DIFERENÇAS ENTRE SAÚDE SUPLEMENTAR E OUTROS SETORES

Na Saúde Suplementar, é importante ressaltar que:

- Quem escolhe o procedimento (prestador) não é quem utiliza.
 - Quem utiliza (paciente) não é quem paga o procedimento.
- Quem paga o prestador (operadora) não escolhe o procedimento.



NESTE CASO, as escolhas de caminhos diagnósticos e terapêuticos estão apartadas do custo. Em outros setores econômicos, a escolha depende do preço, dos gostos e preferências, do preço de bens complementares e substitutos e da disponibilidade de recursos (\$). No caso da Saúde Suplementar, há uma falsa impressão de que o consumo é livre e de que é a operadora, e não os próprios beneficiários, a responsável pelo pagamento da conta.

No plano de saúde, assim como em todos os ramos do seguro, o sistema é mutualista. Isto significa que todos contribuem para um fundo mútuo – daí o nome mutualismo – que é administrado pela operadora de plano de saúde. São os recursos desse fundo que pagam para que alguns possam utilizar os serviços quando necessário. Todas as despesas do fundo são repartidas entre todos os participantes, inclusive as desnecessárias.

No plano de saúde, assim como em todos os ramos do seguro, **o sistema é mutualista.**

A área da economia da saúde identifica as denominadas assimetrias informacionais como a causa de distorções que afetam o mercado de Saúde Suplementar, fazendo com que ele não funcione com o mesmo grau de eficiência econômica que os mercados em concorrência perfeita. Ao menos três problemas resultam da existência de assimetrias de informação entre os participantes desse mercado: risco moral, seleção adversa e a indução de demanda (*overuse* ou *overtreatment*).

Risco Moral

Conceito muito utilizado pela ciência econômica, o risco moral ocorre quando, na presença de seguro (ou plano), a estrutura de incentivos com que o segurado se depara se altera, favorecendo a utilização de serviços para além do limite em que este utilizaria, caso incorresse diretamente no pagamento dos serviços. Diversos estudos comprovam a existência de risco moral no setor de Saúde Suplementar, o que sugere desperdícios de recursos.

Seleção Adversa

A seleção adversa ocorre quando há a tendência de atração daqueles que têm uma maior probabilidade de utilização do plano. Nesse caso, as operadoras de planos de saúde não são capazes de conhecer e identificar perfeitamente o risco dos indivíduos (ou a probabilidade de adoecimento) antes de aceitá-los em sua carteira. A possibilidade de seleção adversa é mais predominante no mercado de planos individuais, porém é preciso estar atento às contratações coletivas. O mecanismo de subscrição de riscos é fundamental para evitar fraudes na entrada.

Demanda Induzida

No setor de serviços médicos, a responsabilidade pelo diagnóstico e, muitas vezes, pelo tratamento é uma tarefa que o paciente delega ao médico (ou dentistas, hospitais etc) em função da assimetria de informação entre ambos.

Nesse contexto, o corpo clínico e o médico são os principais responsáveis pelo direcionamento do paciente dentro do segmento médico-hospitalar, e é o médico quem determina em grande parte a alocação dos recursos escassos do setor. Surge, dessa forma, a possibilidade de criação de demanda pelos seus próprios serviços, creditada, novamente, à assimetria de informação entre o médico e o paciente e entre o médico e a operadora de plano.

Tal fenômeno é conhecido como indução de demanda pela oferta. Para agravar a situação, na Saúde Suplementar os prestadores são remunerados pelo volume de procedimentos realizados, ou seja, pela doença, e não pela recuperação da saúde. Esse mecanismo influencia diretamente o comportamento dos prestadores com relação à utilização dos serviços.

Nesse sentido, o sistema *fee-for-service* (pagamento por procedimento realizado) está diretamente associado à indução de demanda, enquanto outros mecanismos de remuneração, como pacotes, *Diagnosis-Related Groups* (DRG), tendem a reduzir tal incentivo. O *overuse* se materializa na utilização de procedimentos desnecessários, colocando muitas vezes em risco a própria saúde do paciente. O excesso de cirurgias (ou exames) de coluna no Brasil e também a superindicação de cirurgias de alto custo, como as bucomaxilofaciais, comprovam essa distorção.

6

A QUESTÃO DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

OPME

Grande parte dos abusos, fraudes e desperdícios na Saúde Suplementar no Brasil está relacionada ao uso indiscriminado de OPME. Após anos, a sociedade finalmente acordou para o problema, que repercute principalmente na saúde das pessoas. A seguir, trazemos os principais desdobramentos recentes dessa situação.



Máfia das Próteses

NÚMEROS DA MÁFIA DAS PRÓTESES

reportagem jan/15



R\$100 mil

é o que alguns médicos chegam a receber por mês em esquemas



R\$12 bilhões

por ano é o que movimenta o mercado de próteses

Os abusos ocorridos no segmento de OPME vieram à tona após reportagem investigativa da Rede Globo de Televisão, resultando na matéria intitulada “Máfia das Próteses”, que se desdobrou em uma série de reportagens daquela emissora. A primeira delas foi veiculada no dia 4 de janeiro de 2015, no programa Fantástico. Os destaques da reportagem foram:

- Cirurgias com uso de próteses feitas sem necessidade.
- Médicos faturando aproximadamente R\$ 100 mil/mês com o esquema.
- Máfia das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias.
- Médicos chegam a faturar R\$ 100 mil por mês em esquema que desvia dinheiro do SUS e encarece planos de saúde.
- Mercado de próteses movimenta anualmente R\$ 12 bilhões no Brasil.
- Investigação começou no RJ durante um congresso internacional.
- Fraudes em licitações.
- Fraude de R\$ 7 milhões no plano de saúde dos Correios no RJ.
- Representantes de empresa em SC dão detalhes sem constrangimento.
- Médicos indicam cirurgias desnecessárias para lucrar mais.
- Indústria de liminares.
- Presentes e pagamento de comissões a médicos.

As reportagens exibiram várias ações com indícios de crime, inclusive com envolvimento de profissionais de saúde na prescrição de cirurgias desnecessárias para obtenção de vantagens financeiras na aquisição e uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Além disso, as matérias mostraram esquemas de médicos e escritórios de advocacia que fraudavam documentos para amparar a obtenção de liminares judiciais com o intuito de realizar procedimentos em beneficiários de planos e seguros de saúde.

São frequentes as notícias de uso indevido do Poder Judiciário na concessão de tutelas antecipadas. Muitas vezes o magistrado é induzido ao erro por interesses financeiros das partes (médicos, advogados, indústria), e os pedidos de urgência não contêm justificativa prática para ensejar a realização imediata de cirurgia, além de serem acompanhadas de pedido de custeio de materiais especiais – OPME – de altíssimo custo. Há casos em que o próprio beneficiário é parte do esquema e recebe pagamentos por isso.

CPI das Próteses

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) teve por justificativa principal o programa Fantástico, da Rede Globo, veiculado no dia 4 de janeiro, que abordou o crescimento da Máfia das Órteses e Próteses no Brasil. A reportagem mostrou a indicação de cirurgias desnecessárias em pacientes com problemas ortopédicos. Constituída em 2015 pelo Senado Federal, por requerimento de iniciativa do senador Magno Malta, a CPI das Próteses teve por objetivo investigar as irregularidades e os crimes relacionados aos procedimentos médicos de colocação de órteses e próteses no país, desde a indicação e execução dos procedimentos até a cobrança pelos produtos e serviços prestados.

Na ocasião, foram colhidos depoimentos de autoridades governamentais e judiciárias, representantes de conselhos médicos federais e regionais de medicina, sociedades e associações médicas, de instituições hospitalares, empresas fornecedoras de material médico, jornalistas, vítimas de cirurgias, médicos, profissionais de saúde e operadoras de planos de saúde.

A reportagem mostrou a **indicação de cirurgias desnecessárias** em pacientes com problemas ortopédicos.

FenaSaúde na CPI das Próteses

A FenaSaúde, em 9 de julho de 2015, compareceu à CPI e apresentou a estrutura do setor, sua produção assistencial, a distribuição de gastos com saúde no Brasil, as despesas assistenciais relativas aos materiais, aos medicamentos e às OPME.

Dentre as dificuldades enfrentadas pelo setor, a Federação sinalizou a disparidade de preços entre diferentes compradores e regiões e entre a porta de fábrica e a colocação no paciente. Pontuou como razões das diferenças a falta de transparência entre as práticas e os preços, a ausência de nomenclatura padronizada, o poder de monopólio, as comissões questionáveis com a consequente indução de demanda e o excesso de judicialização.

A Federação demonstrou o crescimento das despesas assistenciais acima do IPCA e apresentou as seguintes propostas para enfrentamento da questão:

- transparência nos mercados;
- investigação de condutas anticompetitivas pelo CADE;
- uniformização e padronização da nomenclatura pela ANVISA;
- formulação de projeto de lei inspirado na legislação americana de transparência de informações, o *Sunshine Act*;
- abertura das importações às operadoras que não podem importar diretamente;
- divulgação ampla de preços FOB/CIF;
- criação de central de compras conjunta (SUS/Operadoras);
- institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS);
- diretrizes e protocolos de utilização;
- estímulo à consulta de segunda opinião médica; e
- busca por novos modelos de pagamentos.

Muitas das sugestões feitas pela FenaSaúde foram acatadas, e o resultado final da CPI foi a proposição de medidas regulatórias para:

- o estabelecimento de uma terminologia padronizada dos dispositivos médicos;
- criação de sistema que permita rastrear as OPME desde a fabricação/importação até o paciente;
- instituição de regulação de preços por meio do modelo de preço de referência externo, nos moldes do que é praticado atualmente para o mercado de medicamentos; e
- tipificar como crime a prática de oferecer ou receber comissão em virtude da prescrição de dispositivos médicos.

**ACESSE O
RELATÓRIO FINAL
CPI DAS PRÓTESES
SENADO FEDERAL**



<https://goo.gl/jYoaZ3>

Legislação americana contra fraude e abuso



Nos Estados Unidos, a legislação é bastante forte no que diz respeito aos crimes de fraudes e abusos contra a saúde. Ela estipula elevadas penalidades para crimes contra os programas federais (Medicare e Medicaid), mas também alcança o setor privado, uma vez que os médicos geralmente trabalham em ambos os setores, e uma condenação dessa natureza gera elevados custos, financeiros e morais. No sistema americano, há incentivo financeiro à denúncia. O denunciante pode receber até 30% do que o governo recupera com a fraude.

São basicamente três possibilidades de enquadramento:



Lei antipropina (*Anti Kickback Statute*)

Esta legislação proíbe a solicitação, oferecimento, pagamento ou aceite, de qualquer tipo de remuneração, direta ou indiretamente, em dinheiro ou qualquer outra forma, em troca de referenciamento para qualquer pessoa para fornecimento de qualquer item ou serviço do programa de saúde federal. A lei atinge tanto quem paga quanto quem recebe e cobre variadas formas: suborno, descontos, pagamento em dinheiro, prestação de serviços, pagamento de férias, viagens, presentes etc. Nos EUA, várias indústrias e médicos estão sendo processados pelo governo por essas práticas. É crime inafiançável, com pena de prisão (5 anos), penalidades financeiras (25 mil dólares por violação) e civis e exclusão dos programas governamentais.



Lei de “sinistros” falsos (*False Claims Act*)

É crime o envio de sinistros (contas médicas) falsos ou fraudulentos. Exemplos: serviço não prestado, serviço já coberto por outro sinistro, codificado errado ou não condizente com o histórico médico do paciente. Entre as penalidades, destaca-se a multa de até 3 vezes o valor do prejuízo gerado mais 11 mil dólares por aviso falso de sinistro.



Lei de penalidades monetárias (*Monetary Penalties Civil Law*)

O crime de fraude em saúde também rende penalidades monetárias por essa lei: 50 mil dólares mais 3 vezes o dano causado por caso identificado.

FenaSaúde no GT Interministerial

Instituído pela Portaria Interministerial nº 38/2015, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI OPME) teve a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência dos processos envolvendo Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) de modo a fomentar a correção de disfunções do mercado e de condutas irregulares de profissionais e instituições.

O Grupo envolveu os ministérios da Saúde, da Justiça e da Fazenda, além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A FenaSaúde também participou da 13ª reunião do GTI OPME, em 30 de abril de 2015, e apresentou o panorama do setor, o aumento dos gastos e o impacto das despesas com materiais médicos e DMIs. Foram também expostas algumas propostas para o setor, tais como transparência nos mercados; investigação de condutas anticompetitivas pelo CADE; uniformização e padronização da nomenclatura pela ANVISA; formulação de projeto de lei inspirado no Sunshine Act; abertura das importações; divulgação ampla dos preços FOB/CIF; institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e protocolos de utilização; estímulo à consulta de segunda opinião médica; e busca por novos modelos de pagamento.

O GTI OPME concluiu, em julho de 2015, após 29 reuniões do Grupo e de seus três subgrupos, relatório final com propostas de ações para o setor segundo cinco eixos: regulação sanitária, regulação econômica, regulação de uso, ações de gestão do SUS e proibições e penalidades. Essas ações incluíram o aperfeiçoamento do processo de registro dos produtos por meio da padronização de nomenclatura, o controle de preços e a realização de processos de qualificação de profissionais da área. Foi recomendada a tipificação dessas condutas, enquadrando-as no artigo 171 do Código Penal, o crime de estelionato, responsabilizando administrativa, civil e criminalmente os envolvidos em condutas irregulares e ilegais no setor, sem prejuízo de outros crimes, no caso, por exemplo, de se ter lesado a vida e a saúde do paciente.

Grupo de Trabalho Externo ANS/Anvisa

No final de 2015, a ANS criou um Grupo de Trabalho (GT) Externo sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais com a finalidade de realizar o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI-OPME. O GT contemplou representantes de operadoras de planos de saúde, serviços de saúde, profissionais de saúde e indústria de OPME, órgãos de governo, entre outros.

Foram criados seis subgrupos para dar maior agilidade aos trabalhos e permitir um aprofundamento das nomenclaturas utilizadas pelo *Global Medical Device Nomenclature* (GMDN) e pela Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) da ANS, diretrizes de utilização, entendimentos divergentes, protocolos, transposição de tabelas e modelos de remuneração e sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI.

Os trabalhos do GTE-OPME foram encerrados em novembro, após a realização de 15 reuniões (quatro plenárias e 11 reuniões no âmbito dos Subgrupos). Entre os encaminhamentos obtidos, destacam-se: a padronização da TUSS de OPME com a adequação do nome técnico com base na nomenclatura adotada pela GMDN; a elaboração dos orientadores de uso para solicitação; e utilização de OPME e o desenvolvimento de um sistema de informação para o monitoramento do mercado de OPME (ainda em desenvolvimento pela ANVISA).

Adicionalmente, diante da necessidade de informações sobre os preços de OPME praticados na Saúde Suplementar, a ANS realizou pesquisa de preços de dois tipos de DMI considerados relevantes do ponto de vista de quantidade de uso e proporção de custos: stent farmacológico para artéria coronariana e endoprótese vascular. As operadoras que participaram de maneira voluntária da pesquisa informaram os valores de pagamento direto ao fornecedor e ao hospital, considerando a Unidade Federativa da compra. A pesquisa revelou uma variação de até 3.108% nos preços praticados.

RELATÓRIO GTE-OPME E PESQUISA DA ANS

O Relatório e a Pesquisa podem ser acessados nos links

Relatório GTE-OPME



<https://goo.gl/sJ5qQT>

Pesquisa OPME



<https://goo.gl/V3he1y>

7

O PAPEL DAS OPERADORAS

As operadoras desenvolvem um conjunto de ações, algumas delas denominadas “mecanismos de regulação assistencial”, para promover a eficiência e evitar desperdícios e abusos.



PODEMOS CITAR:

- Verificação sistemática das condições de elegibilidades e subscrição.
- Verificação das disposições regulatórias.
- Utilização de novas técnicas de ciência de dados e modelos preditivos a fim de identificar comportamentos suspeitos.
- Autorização prévia para os eventos de maior custo ou para aqueles menos custosos, porém mais propensos a indicações indevidas ou abusos.
- Auditorias internas e externas.
- Junta médica ou odontológica.
- Estimular que o beneficiário busque a segunda opinião quando houver indicação de procedimentos/cirurgias complexas.
- Disseminação de informações para conscientizar os beneficiários sobre abusos, desperdícios e fraudes.
- Penalidades contratuais para os casos de fraudes por parte do prestador de serviço.

A junta médica ou odontológica é um dos mecanismos de regulação previsto na regulamentação desde 1998 e recentemente normatizado pela ANS. Deve ser constituída sempre que houver uma divergência entre o médico ou cirurgião-dentista assistente e o da operadora e ambos não conseguem resolver o impasse. Nesse caso, busca-se uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre as partes e que terá a função de desempatador.

A junta protege o paciente, evitando que seja submetido a intervenções desnecessárias que podem, inclusive, colocar em risco sua integridade física. Via de regra, é constituída quando as solicitações de procedimentos ou materiais, órteses e próteses não estão alinhadas à indicação, à diretriz de utilização da ANS, à diretriz clínica das sociedades de especialidades ou se confrontam com as melhores evidências científicas.

A norma da ANS estabelece que os nomes sugeridos pela operadora para a constituição da junta devem ser preferencialmente indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

8

O PAPEL DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS

É de suma importância que os Conselhos Profissionais, responsáveis pela manutenção e fiscalização da prática médica, punam profissionais que comprovadamente se desviam da finalidade precípua da medicina em benefício próprio.



Pelo menos 33 médicos que atuam no Estado de São Paulo **são investigados por suspeita de receber comissões** de empresas fabricantes de dispositivos médicos.

REPRESENTANTES DE ENTIDADES MÉDICAS disseram à CPI da Máfia das Órteses e Próteses que os profissionais envolvidos com irregularidades no setor são minoria e que o caso é de polícia: devem ser investigados e punidos conforme a lei. E que as notícias sobre cirurgias e implantes desnecessários percorrem corredores de hospitais há vários anos, mas há dificuldade em investigá-las porque ninguém denuncia formalmente.

Segundo o Conselho Federal de Medicina⁵, de 2004 a 2014, foram 28 cassações do exercício profissional, 26 punições na alínea b [do Código de Ética do Conselho], que é a suspensão do exercício profissional, e 140 punições na alínea c, que é a censura pública e publicação oficial.

São mais de 400 mil médicos no Brasil, e sabe-se que conduta ilícita é de poucos. Envolve, além de maus profissionais da medicina, uma rede de corruptores, desde os responsáveis pela produção e venda dos produtos até advogados, funcionários e diretores de hospitais.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)⁶, pelo menos 33 médicos que atuam no Estado são investigados por suspeita de receber comissões de empresas fabricantes de dispositivos médicos.

⁵ <https://goo.gl/LrHK9N>

⁶ <https://goo.gl/dFoSFd>

Outra notícia veiculada pelo Cremesp⁷ mostra o crescente número de denúncias sobre médicos que solicitam exames desnecessários:

- Instauradas 32 sindicâncias nos últimos 3 anos (14 em andamento, 10 arquivadas, 8 processos ético-profissionais).
- Há casos de 40 a 60 procedimentos para um mesmo paciente (ex: *performance* esportiva, *antiaging*, medicina ortomolecular).
- Médicos são pressionados pelos proprietários de equipamentos de alta tecnologia extremamente caros, principalmente em ambiente hospitalar, para que sejam realizados exames complementares, como tomografia e endoscopia.

Para reduzir o grau de arbítrio do médico na escolha do material a ser utilizado, o Conselho Federal de Medicina editou, em outubro de 2010, a Resolução CFM 1.956 para definir que cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento. O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país. Também é vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. No entanto, não há multa pecuniária. O Conselho pode apenas aplicar restrições éticas que, no limite, podem chegar ao cancelamento do registro do profissional.

O Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) também tem emitido pareceres dirimindo questões sobre a indicação de procedimentos odontológicos e participado de debates profícuos com a ANS sobre esses temas. Embora a iniciativa seja de grande valia, tem-se notícia de que alguns pareceres não estão sendo acatados.

DENÚNCIAS SOBRE MÉDICOS QUE SOLICITAM EXAMES DESNECESSÁRIOS

Dados Cremesp



32

sindicâncias
nos últimos
3 anos

40 a 60

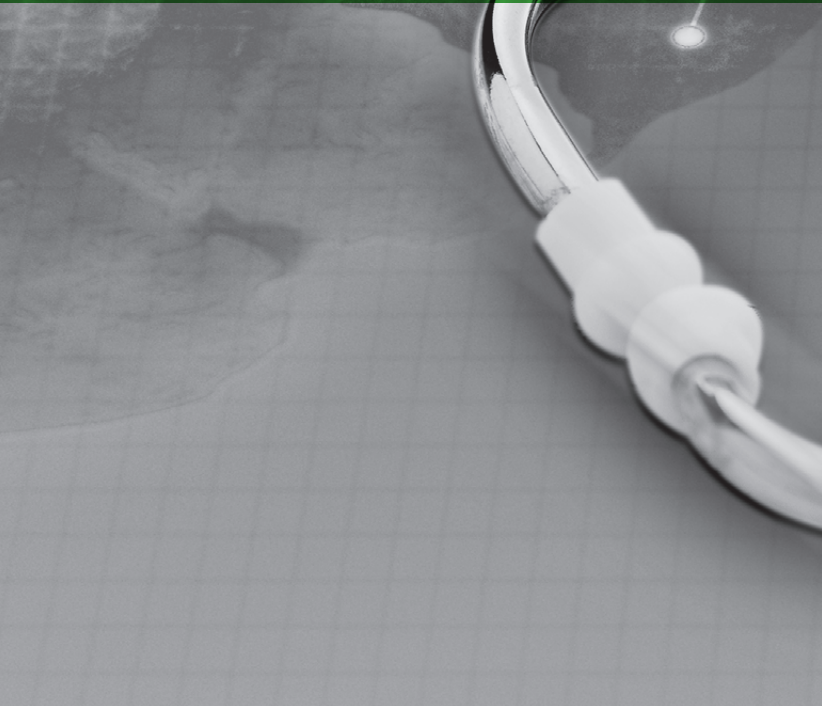
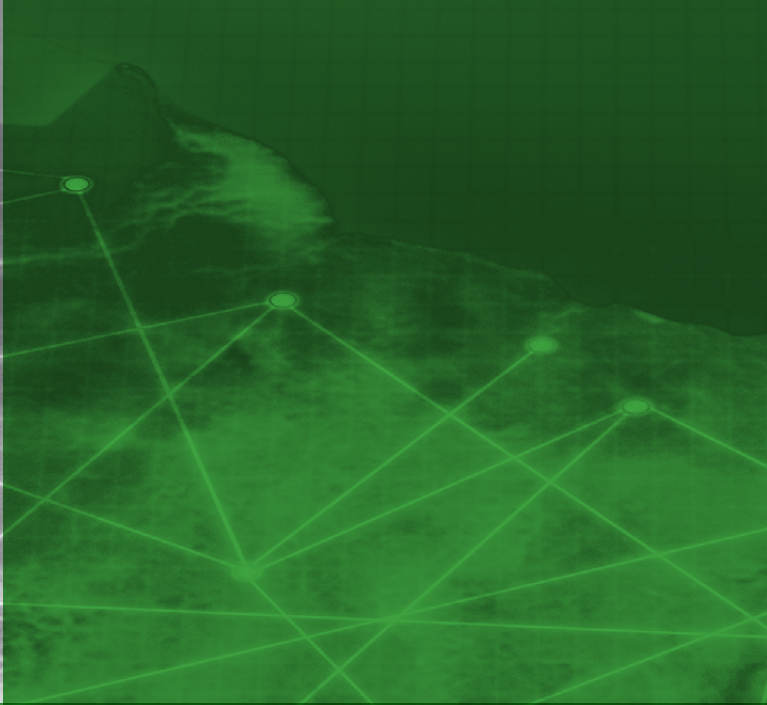
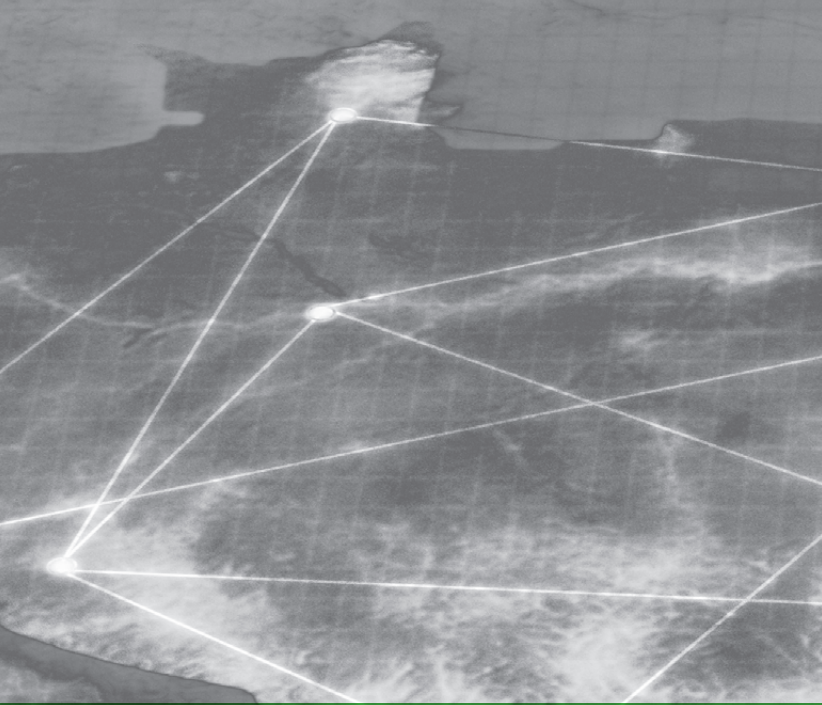
procedimentos
para um mesmo
paciente

⁷ Notícia veiculada em 22/8/17 - CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2314> 2/2

9

O PAPEL DA ANS

Atenta aos excessos de utilização, em junho de 2010, por meio da Resolução Normativa 211, a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu regras que atualmente estão dispostas na RN 424, de junho de 2017, que disciplinou a formação de junta médica ou odontológica.



O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

ATENTA AOS EXCESSOS DE UTILIZAÇÃO⁸, em junho 2010, por meio da Resolução Normativa 211, a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu regras que atualmente estão dispostas na RN 424, de junho de 2017, que disciplinou a formação de junta médica ou odontológica. O artigo 7º estabelece que, no tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- Cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.
- A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as três marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

⁸ Desde maio de 2011, quando teve início o Projeto Coluna, o hospital Einstein já tirou da fila de cirurgia 72% dos pacientes com doença na coluna que tinham recebido indicação cirúrgica desnecessariamente. Desde a implantação do Projeto Coluna no Einstein, dos 467 pacientes encaminhados com indicação cirúrgica, somente 180 analisados pela equipe do hospital tiveram as indicações confirmadas. Foram tratados 201 pacientes: 135 com fisioterapia e 66 com cirurgia. Fonte: www.einstein.com.br.



10

O PAPEL DO CONGRESSO NACIONAL

PROJETOS DE LEI QUE TRATAM DO TEMA

O Poder Legislativo deve encaminhar propostas de reformas legais que modernizem o setor e que essencialmente desestimulem o comportamento fraudulento na saúde elevando os custos para o fraudador, seja mediante a criminalização do pagamento de propina para médicos utilizarem determinados produtos, seja estabelecendo outras penalidades.



Tramitação na Câmara dos Deputados e Senado Federal

PL 2452

Ano 2015

Autor CPI (Comissão Parlamentar da Máfia das Órteses e Próteses)

Altera o **Código Penal** para criminalizar as condutas perpetradas pela “Máfia das Órteses e Próteses.” Tipificar o crime contra a pessoa, fraude médica, realização, tratamento médico, desnecessidade, reutilização, dispositivo médico e penalidade.

PL 221

Ano 2015

Autor Jô Moraes
(PCdoB/MG)

Altera o Decreto-Lei 2.848/1940 – Código Penal – e a Lei 8.072/1990, para tipificar condutas praticadas no comércio de DMI. **(Substitutivo)**

PL 657

Ano 2015

Autor Jorge Solla
(PT/BA)

Altera a Lei 10.742/03, para dispor sobre a regulamentação econômica do setor de órteses, próteses, produtos para a saúde e incluir na competência da CMED a fixação e ajustes de preços do setor.

PL 380

Ano 2015

Autor Fábio Mitidieri
(PSD/SE)

Altera a Lei 10.742/2003 **(regulação do setor farmacêutico)**, para dispor sobre a regulamentação econômica do setor de órteses, próteses, produtos para saúde e incluir na competência da CMED, a fixação e ajustes de preços do setor. **(Substitutivo)**

PL 2454

Ano 2015

Autor CPI (Máfia das Órteses e Próteses)

Altera a Lei 10.742/03 **(regulação do setor farmacêutico)**, para alterar a denominação e as competências da CMED.

PL 2453

Ano 2015

Autor CPI (Máfia das Órteses e Próteses)

Altera a Lei 8.080/90, para dispor sobre a criação do Sistema de Educação Permanente em Novas Tecnologias e Dispositivos Médicos no âmbito do SUS.

PL 2451 Ano 2015

Autor CPI (Máfia das Órteses e Próteses)

Disciplina a concessão de tutela de urgência em demandas judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos.

PL 407 Ano 2015

Autor Alice Portugal (PCdoB/BA)

Acresce artigo à Lei 8.078/1990, Código de Defesa do Consumidor (CDC), para tipificar a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza.

PL 434 Ano 2015

Autor Lelo Coimbra (PMDB/ES)

Acresce artigo à Lei 8078/1990 (CDC), para tipificar como crime a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza.

PL 445 Ano 2015

Autor Alceu Moreira (PMDB/RS)

Acresce artigo à Lei 8078/1990 (CDC), para tipificar a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza.

PL 973 Ano 2015

Autor Chico D'Angelo (PR/RJ)

Acresce artigo à Lei 8078/1990 (CDC), para tipificar a obtenção de vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza.

PLS 17 Ano 2015

Autor Ana Amélia (PP/RS)

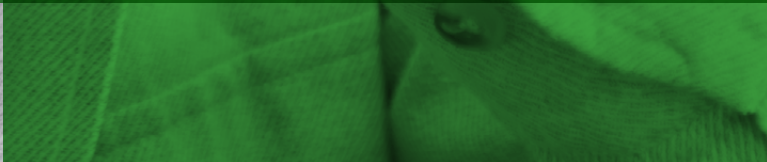
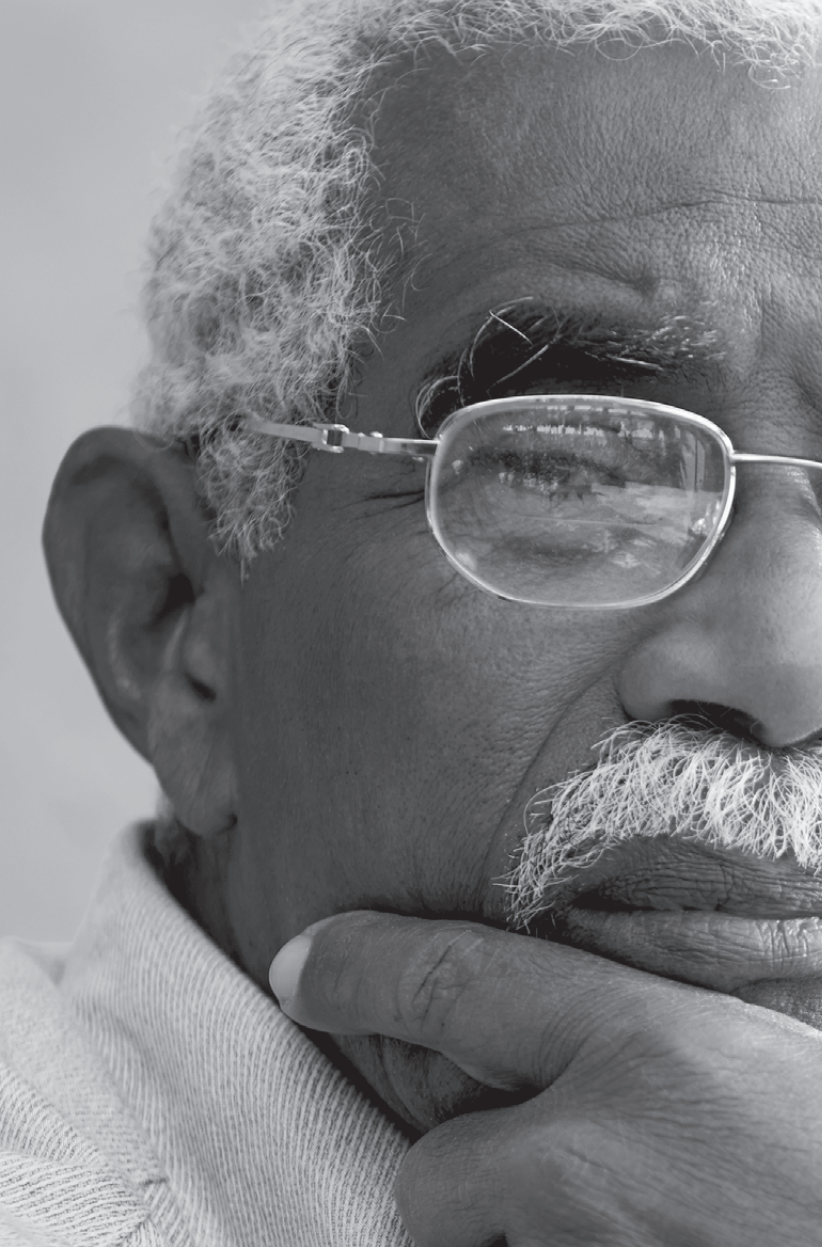
Define normas de regulação para o mercado de OPME.

11

O QUE O BENEFICIÁRIO PODE FAZER?

Os beneficiários devem buscar o máximo de informações sobre os procedimentos a que estão sendo submetidos.

As operadoras possuem canais disponíveis para auxiliar seus beneficiários a dirimirem dúvidas sobre as coberturas, segunda opinião e o que for necessário.



Escolher com Sabedoria

O movimento *Choosing Wisely* – Escolha com Sabedoria

Em 2012, o *American Board of Internal Medicine* iniciou nos Estados Unidos a campanha *Choosing Wisely*, que hoje se expandiu oficialmente para outros países, como Canadá, Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Suíça, Austrália, Nova Zelândia e Japão. Esses países estão agrupados no denominado *Choosing Wisely International*.

Choosing Wisely poderia ser traduzido como “usando de sabedoria nas escolhas” ou “escolhendo sabiamente”. Esta iniciativa surge da percepção de que há falta de sabedoria na utilização exagerada ou inapropriada de recursos em saúde.

Outro aspecto enfatizado pelos organizadores é que as recomendações do *Choosing Wisely* não têm o intuito primário de economizar recursos, mais sim de melhorar a qualidade da assistência, que deve ser embasada em evidências, aumentando a probabilidade de benefício e reduzindo o risco de malefício à saúde dos indivíduos.



5

perguntas que o paciente deve fazer ao seu médico e a outros profissionais de saúde antes de se submeter a um exame, tratamento ou procedimento



Esse exame/procedimento é realmente necessário?



Quais são os benefícios, as contraindicações e os efeitos colaterais desse exame/procedimento?



Existem opções mais simples e seguras?



O que acontece se eu não investigar ou se eu não tratar meu problema?



Quais são os custos envolvidos?

Projeto Sua Saúde

A ANS lançou importante informação orientativa em seu Projeto Sua Saúde⁹.

Relate o que você vem sentindo desde o início, como os sintomas se comportaram, o que você já fez para melhorar, com que resultado, o que piorou, etc. Procure ouvir atentamente e responder ao que o profissional lhe pergunta para complementar o seu relato. Não tenha medo nem vergonha de perguntar e tirar dúvidas se você não compreender o que lhe for perguntado.

Talvez o médico lhe peça alguns exames antes de passar um tratamento. Pergunte:



Para que servem esses exames?



Quais são os benefícios, as contraindicações e as complicações desses exames?



É obrigatório que eu faça esse exame antes de um tratamento?



Como e quando eu posso ter acesso aos resultados?



Em busca de uma segunda opinião médica

A utilização da segunda opinião é um importante mecanismo para evitar o desperdício e estimular as boas práticas na indicação de exames e cirurgias.

Mas como duvidar do diagnóstico de um médico



Em nenhum campo do pensamento, da filosofia ou da ciência há algo que seja indiscutível, inquestionável e definitivo. A confrontação das ideias constitui, na realidade, o grande propulsor da evolução do conhecimento humano. Assim é na medicina. O que vale no dia de hoje pode ser substituído por nova evidência no dia de amanhã.

Fonte: Edmond Barras

Assim, a utilização da segunda opinião já uma realidade em muitos países. A eficácia da segunda opinião é elevada quando realizada por profissionais independentes, sem vinculações às instituições médicas, às empresas de materiais médicos ou de medicamentos.

A adoção da segunda opinião não é uma interferência na conduta do médico que solicitou o procedimento/tratamento, mas sim uma possibilidade de reforçar a sua indicação ou, nos casos de divergência/desconforto, de o paciente obter outra opinião para melhor compreender um procedimento indicado. O principal benefício da segunda opinião é a preservação da saúde do paciente e a transparência no diálogo entre médico e paciente¹⁰.

¹⁰ <https://goo.gl/J6NUXS>



12

COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL

Nos Estados Unidos, na Europa e em diversos outros países já existem controles cruzados, inspeções de surpresa, cadastros nacionais ou internacionais de sinistros, dentre outros. É uma tendência que chegou ao Brasil, e a FenaSaúde está avançando nesse processo.



Diversas entidades representativas progrediram na publicação de seus códigos de ética. A FenaSaúde considera que esse movimento é muito importante, mas é preciso fazer mais.

REUNIR COM AUTORIDADES E TROCAR CONHECIMENTOS

A exemplo do que já ocorre nos Estados Unidos com a *National Health Care Anti-Fraud Association*, o setor de saúde brasileiro precisa se organizar com autoridades governamentais competentes para coibir, trocar conhecimentos e informações sobre práticas que prejudicam tanto o sistema público quanto o privado.

COIBIR E INFORMAR SOBRE PRÁTICAS PREJUCIAIS À SAÚDE SUPLEMENTAR

REFERÊNCIAS

Alves, S.L. Fundamentos, regulação e desafios da Saúde Suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015

Berwick, D. and Hackbarth, A., Eliminating waste in US health care, The Journal of the American Medical Association, V. 306, N. 14, 2012.

Pereira, M.D. Fraudes e Má Utilização no Sistema de Saúde Suplementar e os Reflexos para o Consumidor - Série Cadernos de Seguro Teses N° 15. 2003.

Tackling Wasteful Spending on Health. OECD 2017

Sobre a FenaSaúde

CONSTITUÍDA EM FEVEREIRO DE 2007, a Federação Nacional de Saúde Suplementar, FenaSaúde, representa 17 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, totalizando 20 empresas dentre cerca de 1.055 operadoras em atividade com beneficiários. A FenaSaúde tem como missão contribuir para a consolidação da Saúde Suplementar no país por meio da troca de experiências e da elaboração de propostas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do setor.

A Federação é presidida por Solange Beatriz Palheiro Mendes, conselheira da SulAmérica Saúde, e tem como diretor-executivo o economista, ex-ministro da Previdência Social, José Cechin. A atual diretoria da FenaSaúde é composta por 14 membros e foi eleita em fevereiro de 2016 para um mandato de 3 anos.



FenaSaúde

ASSOCIADAS À FENASAÚDE





Conheça as iniciativas da FenaSaúde em

www.fenasaude.org.br