



A Remuneração Médica

Dr. Valdmário Rodrigues Júnior
Diretoria de Integração Cooperativista e Mercado
da Unimed do Brasil



Currículo

- Ginecologista e obstetra formado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- Possui MBA em Gestão de Cooperativa de Saúde pela Faculdade Getúlio Vargas (FGV)
- Chefe de serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (3 anos)
- Chefe do serviço materno infantil do Hospital Militar de Campo Grande (4 anos)
- Diretor Clínico da maternidade Cândido Mariano, Campo Grande (2 mandatos)
- Preceptor do serviço de residência médica da maternidade Cândido Mariano - MS
- Ocupou o cargo de primeiro-secretário da Unimed Campo Grande
- Conselheiro Fiscal da Unimed Campo Grande (2 mandatos) e da Federação Mato Grosso do Sul (1 mandato)
- Conselheiro Fiscal da Unicred Central MS (1 mandato), da Unicred Central MS/Paraná (2 mandatos) e do Sinacred (1 mandato)
- Diretor Financeiro da Unicred Central MS (1 mandato)
- Vice-Presidente da OCB/MS
- Presidente da Federação das Unimeds de Mato Grosso do Sul (1 mandato)

Atualmente

- Coordenador do conselho gestor da Unimed Participações
- Membro Colaborador da OAB-SP na Comissão de Estudos sobre Planos de Saúde e Assistência Médica
- Representante da Unimed do Brasil na Câmara da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde - ANS
- Vice-Presidente do Conselho Curador da Fundação Unimed
- Diretor de Integração Cooperativista e Mercado da Unimed do Brasil, desde 2009



Lei 13.003/2014

O que muda com a aplicação desta lei, que entrou em vigor em dezembro/2014:

1. As condições de prestação de serviços serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. A regra vale para médicos e demais prestadores de serviço em prática liberal privada, além de estabelecimentos de saúde.
Prestadores de serviço: hospitais, clínicas, laboratórios e médicos (exceto cooperados).
1. A periodicidade do reajuste deverá ser anual e realizada no prazo improrrogável de 90 dias, contados do início de cada ano. Caso não haja negociação entre as partes, o índice será definido pela ANS (IPCA - índice nacional de preços ao consumidor amplo).
2. O contrato deve estabelecer claramente as condições de execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades. Deverão incluir também, obrigatoriamente, o seu objeto e natureza, com descrição de todos os serviços contratados.
3. Os planos serão obrigados a preencher as vagas abertas pelos médicos que se descredenciarem por outro equivalente e avisar o consumidor com 30 dias de antecedência.

As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços que já possuíam contratos em vigência em 22 de dezembro de 2014 terão de 12 meses, a partir desta data, para se adaptarem à legislação.

Essa lei veio para regulamentar o relacionamento entre as operadoras e os prestadores, de modo que esse vínculo torna-se tão importante quanto o com o beneficiário.

Regulamentação da Relação entre Prestadores de Serviços e as Operadoras

A Lei 13.003/2014, cuja regulamentação foi concluída pela ANS após 6 meses de debates no setor, define novas regras para os contratos entre as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços no país. As resoluções sobre a aplicabilidade da lei foram publicadas pela ANS, através de três Resoluções Normativas (RN) no dia 12 de dezembro de 2014.

O art.17 da Lei 13.003/2014 permite que as operadoras substituam seus prestadores desde que por um equivalente e comuniquem seus beneficiários com até 30 dias. A medida se estende a toda a rede assistencial, inclusive os médicos credenciados, porém, os médicos cooperados ficam excluídos desta medida. As trocas devem ser comunicadas no portal corporativo das operadoras durante 6 meses e comunicado de forma individual (boleto/sms) aos beneficiários que tais alterações encontram-se no portal da operadora. **É provável que essas regras de substituição onerem o setor, forçando as operadoras a ampliarem seus esforços de credenciamento em curtos espaços de tempo, fato este, que prejudicaria as negociações que teriam que ser feitas as pressas.**

As RN's publicadas no Diário Oficial da União (DOU) de 12 de dezembro de 2014 são as de número 363, 364 e 365, as quais tratam os seguintes temas:

RN 363 - Trata da obrigatoriedade de contratos por escrito entre operadoras e prestadores de serviço, traz regras sobre as cláusulas obrigatórias previstas pelo 2º parágrafo do artigo 17-A, pela Lei nº 13.003/14. Destaca-se o artigo 5º da normativa sugerida, com as vedações a serem observadas no relacionamento entre operadoras e prestadores.

RN 364 - Disciplina o critério de reajuste previsto no 4º parágrafo do artigo 17-A da lei ordinária. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elege o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) como o índice que será aplicado exclusivamente nos contratos tácitos e em casos de contratos que prevejam somente livre negociação como critério de reajuste, quando não houver acordo entre as partes nos primeiros 90 dias de cada ano.

RN 365 - A Resolução Normativa nº 365/14 e a Instrução Normativa Dides nº 56/14 tratam da forma de comunicação da operadora ao consumidor sobre a substituição de qualquer prestador da rede, bem como os critérios de equivalência. Esta resolução regulamenta a nova redação dada ao artigo 17 da Lei nº 9.656/98, conferida pela Lei nº 13.003/14. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. O dispositivo obriga as operadoras a divulgarem, em seu portal corporativo, as substituições por equivalência ocorridas em sua rede de prestadores não hospitalares.

Visão Geral

O principal problema da regulação é limitar as opções de planos que podem ser oferecidos pelas operadoras. As operadoras deveriam ter o livre arbítrio de montar seus planos de acordo com os seus perfis e com o mercado local em que estão situadas. Muitas das normas, informativos e solicitações de cumprimento de ações, estabelecidas pelo órgão regulador (ANS), atingem a todas as operadoras sem considerar as especificidades de cada modalidade, o que dificulta muito o exercício operacional no dia a dia.

As resoluções da ANS que definem a cobertura obrigatória dos planos de saúde devem ser acompanhadas de compensações às operadoras como autorizações para novos reajustes.

O problema não está na incorporação de novos procedimentos, mas é necessário que haja a compensação do acréscimo de custos que eles geram. Do ponto de vista dos beneficiários tais medidas são benéficas, porém, os custos excedentes gerados por esses novos procedimentos não são ressarcidos às operadoras.

A variação dos custos médicos hospitalares e das despesas de atendimento das operadoras tem ficado acima dos reajustes autorizados pelo governo.

Este cenário gera imposição, ao invés, de regulação, pois não é considerado o impacto desses custos na sustentabilidade financeira das operadoras, por parte do órgão regulador.

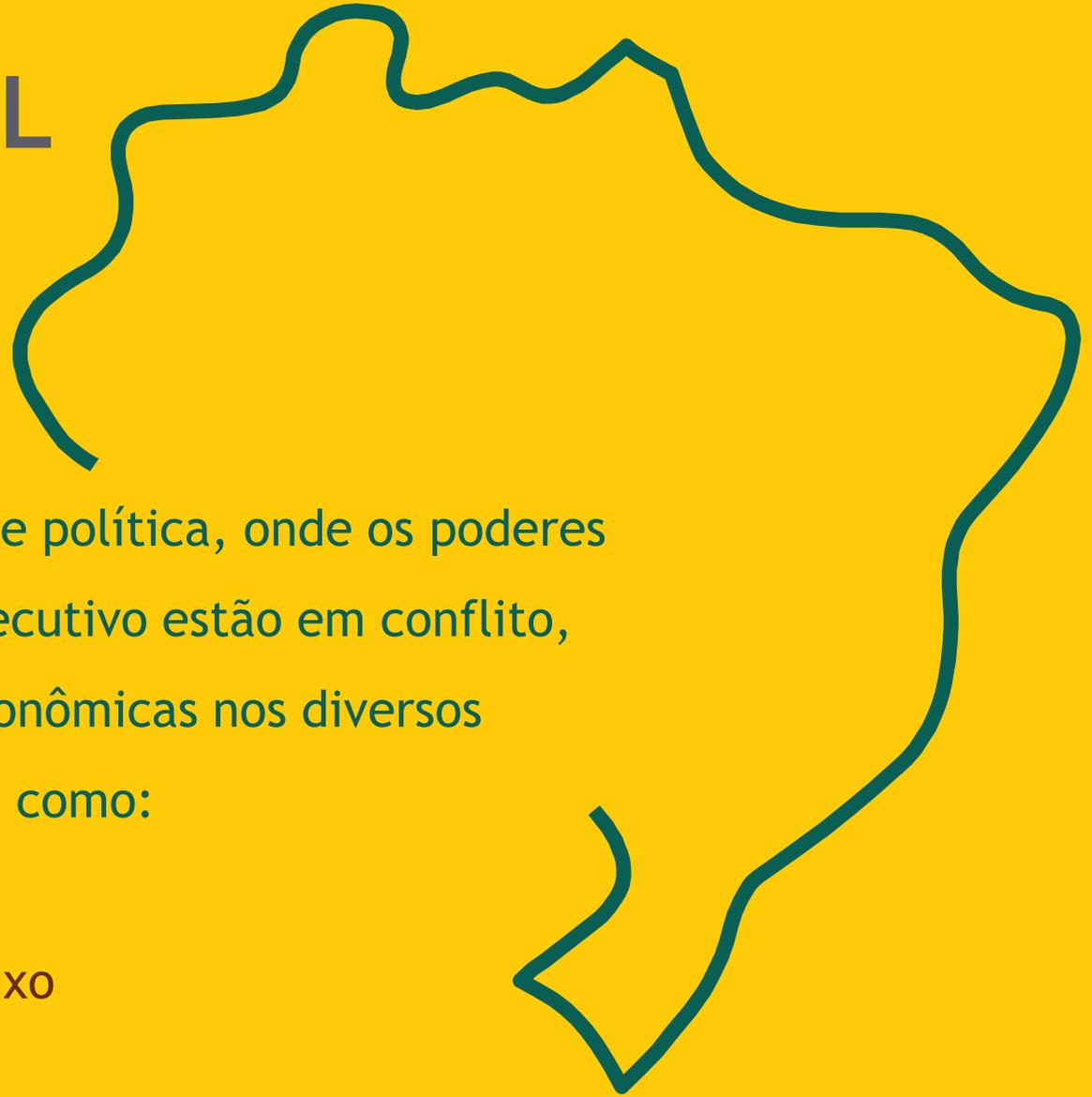
Neste passo, as operadoras caminham “para trabalhar no vermelho”. Independente do reajuste anual, a ANS deveria autorizar outros pequenos reajustes semestrais, ao longo de dois anos ou três anos.

Os reajustes devem ser discutidos e previamente compatibilizados com a inflação de saúde do período. O que não pode é ter desnível, porque o déficit acumulado pela operadora vai gerando prejuízo, depois vem um novo rol de procedimentos e as operadoras não conseguem dar conta.

No atual cenário, as receitas apesar de crescerem são acompanhadas pelo crescimento intensivo das despesas que comprimem ano após ano a margem das operadoras. Dessa forma, a margem de manobra das operadoras tem ficado cada vez menor e as cooperativas têm sido obrigadas a buscar cada vez mais estratégias de racionalização de gastos.

A realidade, é que as OPS, entre essas as cooperativas, acabam por espremer a sua taxa administrativa, detendo sua expansão física e tendo dificuldades para pagar um médico de maneira adequada, reconhecendo e valorizando a prática médica.

CENÁRIO ATUAL

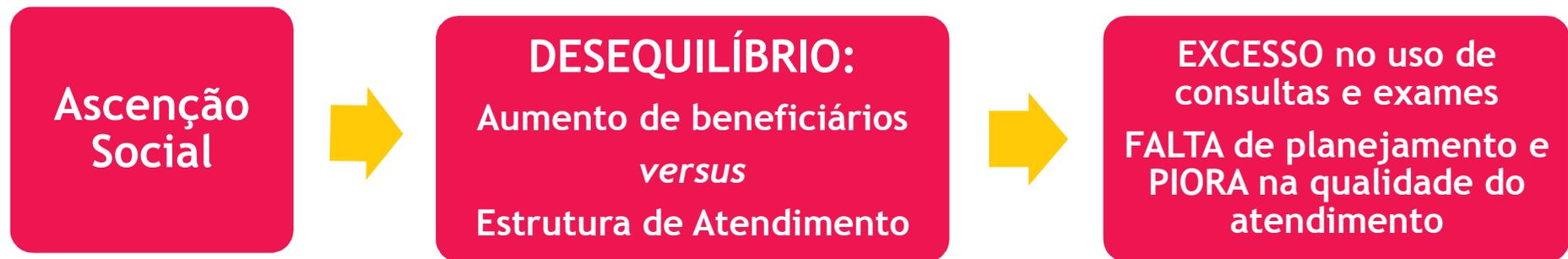


O Brasil passa por uma crise política, onde os poderes legislativo, judiciário e executivo estão em conflito, com repercussões sócio econômicas nos diversos setores produtivos do país, como:

- Demissões em alta
- PIB cada vez mais baixo
- Aumento da inflação
- Reflexos da economia internacional.
Queda da bolsa chinesa

Modelo Assistencial Atual

Última década:



Mudanças em Curso:



Modelo de Remuneração

Modelo de Conta Aberta



Estimula o consumo de materiais e a geração de procedimentos



Pagamento por Procedimento



Pagamento por Insumos



Pagamento por material utilizado

Composição do Custo Assistencial

Remuneração Médica

Exames

Procedimentos

Internações

Materiais

Medicamentos

Compressão do ganho médico



**GASTOS
CRESCENTES**

Recursos Finitos estão sendo transferidos de forma indeliberada para custear outros insumos

CONFLITO

MÉDICOS

VS

OPERADORAS

Modelo de Remuneração

MERCADO TRADICIONAL

- Avaliação da Necessidade: Cliente
- Pagamento: Cliente

Cliente possui vínculo com o limite aquisitivo (renda pessoal)

MERCADO DE SAÚDE

(Medicamentos, Materiais e Equipamentos)

- Avaliação da Necessidade: Médico
- Pagamento: Operadoras de Saúde

Médicos não podem esquecer do limite aquisitivo das operadoras

Quem **avalia a necessidade** de aquisição dos produtos e atua (possuindo alta credibilidade) como intermediário da indústria tecnológica é o próprio **MÉDICO**

Conflito de Interesses

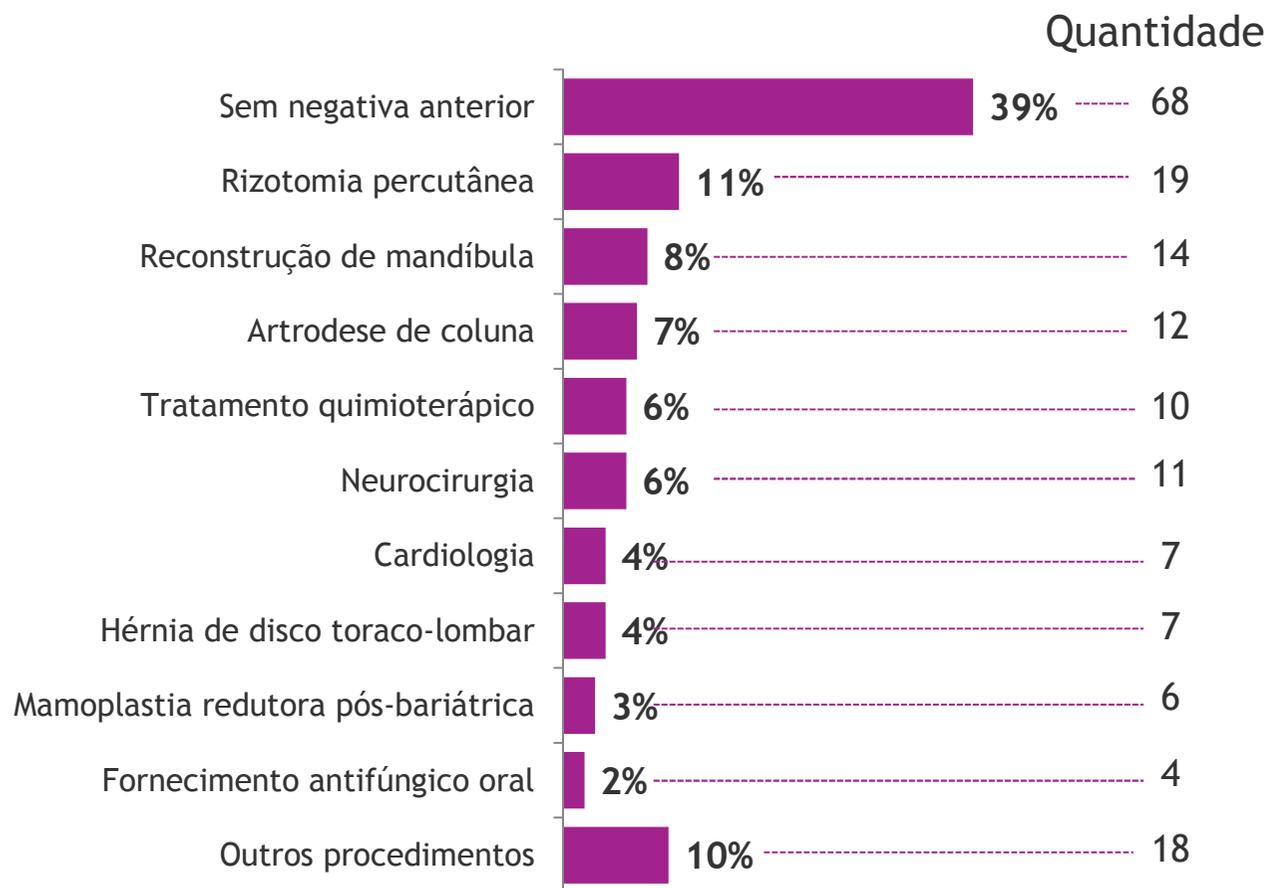
Segundo pesquisa do CREMESP, no estado de São Paulo:

- 👤 **93%** dos médicos recebiam benefícios de até 500 reais da indústria
- 👤 **80%** recebem representantes
- 👤 **77%** declaram que conhecem outros médicos que recebem benefícios de maior valor
- 👤 **74%** afirmam ter presenciado ou aceitado benefícios da indústria
- 👤 **33%** presenciaram ou souberam de médicos que recebem comissões por indicações ou que indicam procedimentos, medicamentos, órteses e próteses desnecessários
- 👤 **32%** acreditam que a relação entre médicos e indústria está totalmente fora de controle
- 👤 **33%** consideram que a regulação ética é insuficiente

Muitas vezes, **os próprios médicos**, sem saber, tem alimentado a indústria que pressiona os custos das operadoras, o que culmina no estrangulamento dos honorários médicos.

Judicialização

Principais causas de liminares tratadas pela Auditoria Médica da CNU (junho a dezembro/2014)



*A judicialização e
indicação de
dispositivos médicos
implantáveis (DMI)
impactando nos
honorários médicos.*

Caminharemos para um quadro de grandes dificuldades ou para a inviabilidade, se não mudarmos a forma como gerenciamos a saúde. As mudanças têm de envolver diversos aspectos do setor: o modelo de financiamento; **a gestão da assistência; a comunicação com o usuário (inclusive para educa-lo sobre sua responsabilidade na correta utilização (inclusive para educa-lo sobre sua responsabilidade na correta utilização de recursos); a cultura de tratamento para prevenção;** a organização de informações; o modelo de remuneração de prestadores, médicos e demais profissionais da saúde; o alinhamento de incentivos econômicos; a avaliação e premiação da qualidade; **a educação voltada para saúde; o foco na eficiência**. Na verdade, precisamos de uma verdadeira revolução na forma de prestar assistência, na qual, **o principal vetor seja o paciente como centro.**

É necessário mudar a estrutura de atendimento, com todo o sistema centrado no paciente, e somente gastar com o que, de fato, vai beneficiá-lo. Atualmente, uma das maiores formas de buscar recursos para as operadoras é onde há desperdícios com exames, procedimentos, internações, materiais, medicamentos, etc, ou seja, com os custos assistenciais. Grande fatia dos recursos das operadoras tem sido comprimida pelo uso extensivo de tecnologia e principalmente pelo grupo formado por órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs). **À medida que o gasto com tecnologia, materiais e medicamentos aumenta, o ganho das operadoras é espremido.**

No modelo atual, o que se faz é, sobretudo, a gestão de sinistros: as operadoras gerenciam os gastos mensais dos atendimentos realizados pela rede de prestadores. Se esse custo assistencial sobe, procuram recompor suas margens, negociando com os prestadores reajustes menores que aqueles repassados aos preços cobrados de seus clientes.

O setor deve buscar a utilização de programas de gestão assistencial como instrumento de contenção de custos. Custos podem ser reduzidos , por exemplo, por meio de ações de prevenção de risco e doenças, promoção da saúde, acompanhamento de pacientes crônicos e de alta complexidade, utilização de diretrizes clínicas. Avaliar e remunerar as melhores práticas é outra medida que aumenta a eficiência e reduz desperdícios e custos.

Novo Modelo Assistencial



- ✓ Aperfeiçoamento na relação com os médicos
- ✓ Aprimorar gestão organizacional e a assistência prestada
- ✓ Adoção de diretrizes e protocolos clínicos
- ✓ Uso de tecnologia na organização das informações de saúde dos beneficiários
- ✓ Estratificação do perfil de risco populacional
- ✓ Integrar informações da saúde suplementar

Ganhos com a adoção do novo modelo



Ganho de Produtividade



Capacidade de atendimento



Qualidade dos serviços



Segurança dos beneficiários

Novo Modelo Assistencial



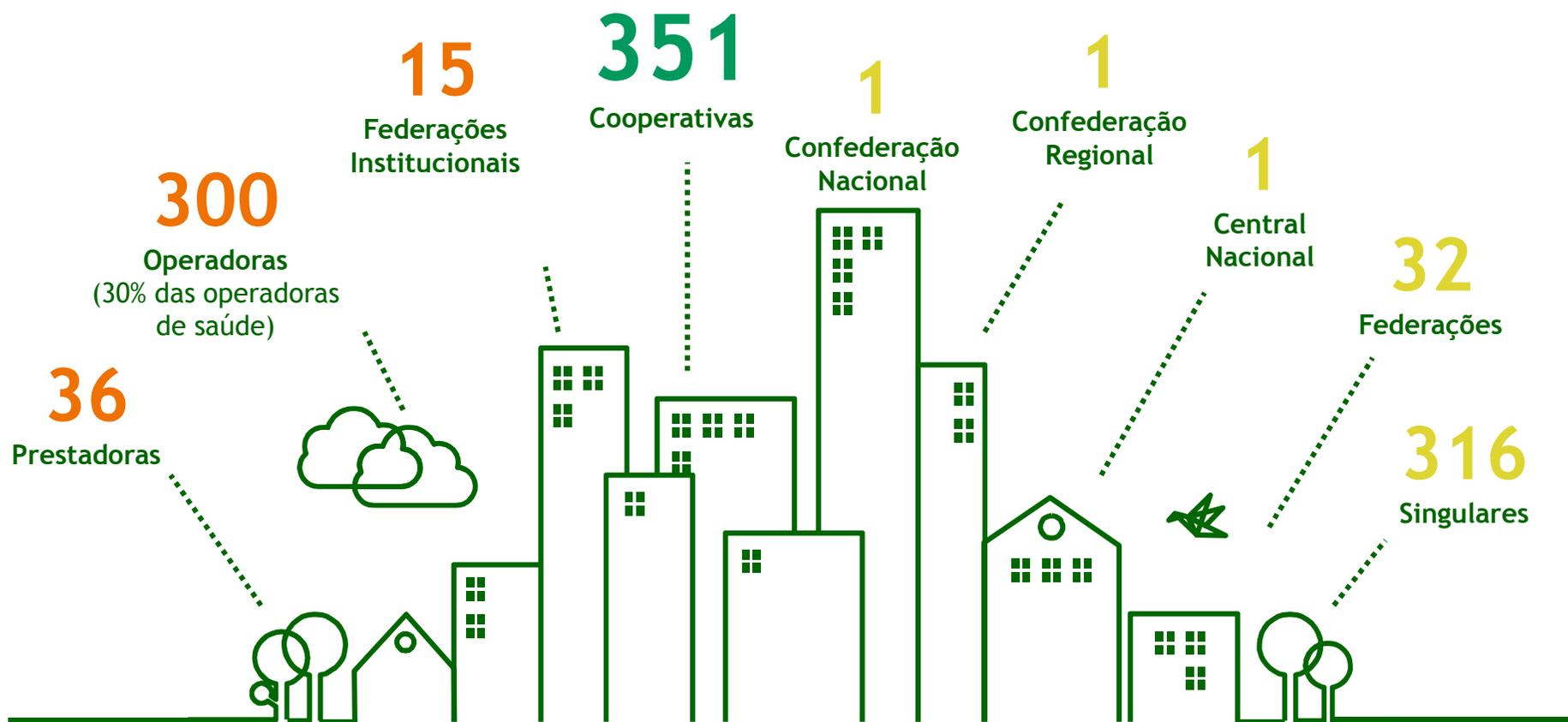
Possível Caminho - Recomposição do ganho médico



Unimed | 

DADOS do Sistema Unimed

Sistema Unimed



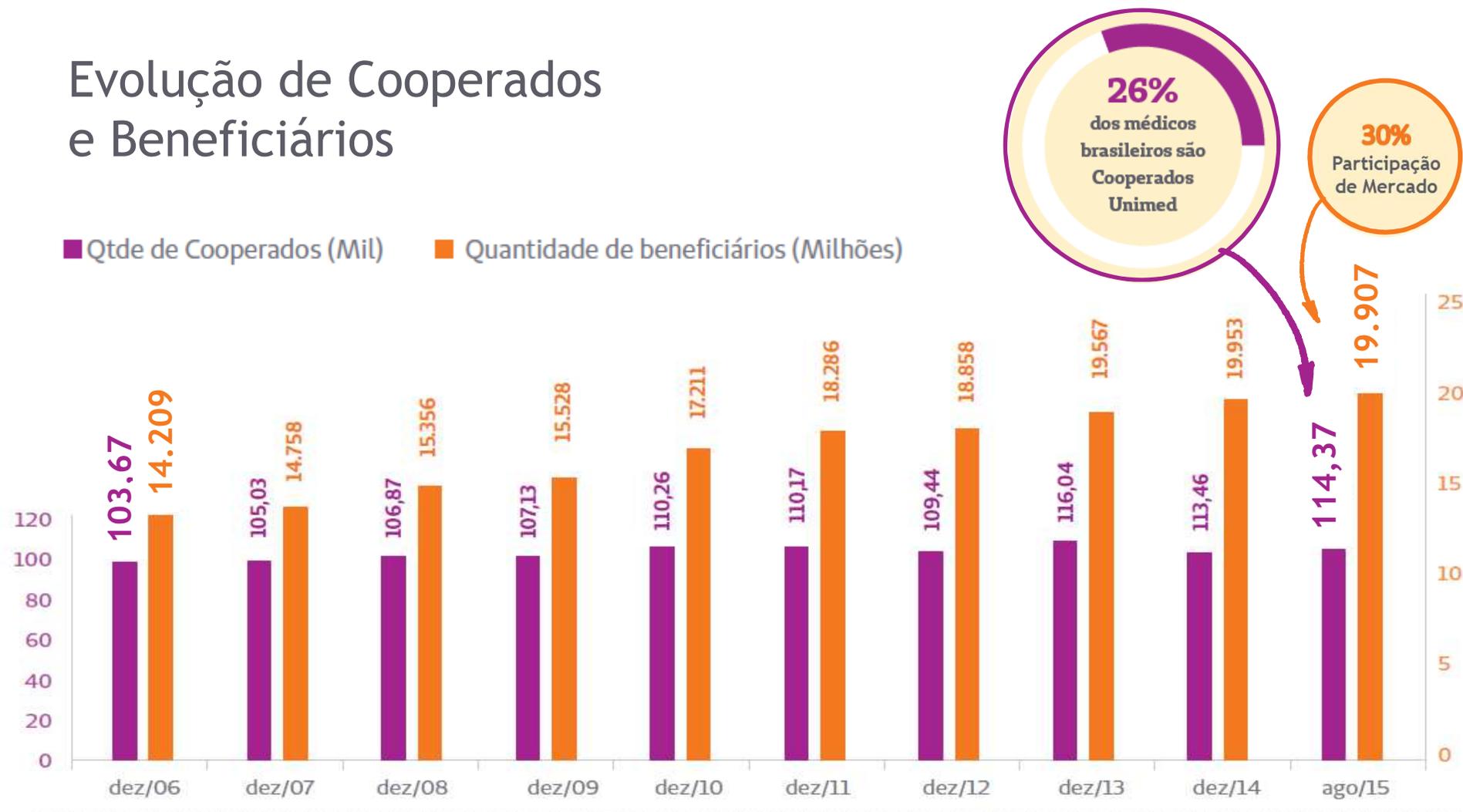
84%
de abrangência no
território Nacional

20
Milhões de
beneficiários

114
Mil cooperados

Evolutivo Sistema Unimed

Evolução de Cooperados e Beneficiários



Rede Assistencial

Credenciados

2.819 - Hospitais

5.139 - Laboratórios

116.848 - Leitos

23 - Prontos
Atendimentos

2.012 - Centros de
Diagnósticos

Recursos Próprios

113 - Hospitais Geral

13 - Hospitais Dia

93 - Laboratórios

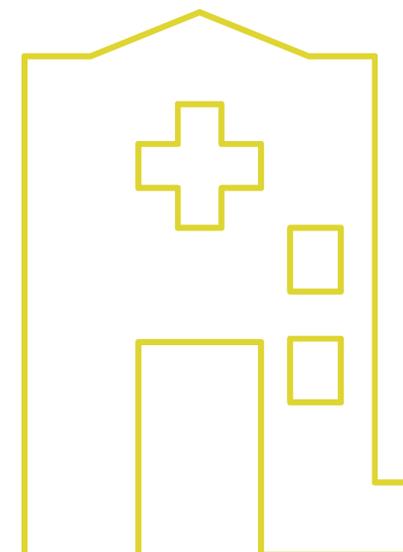
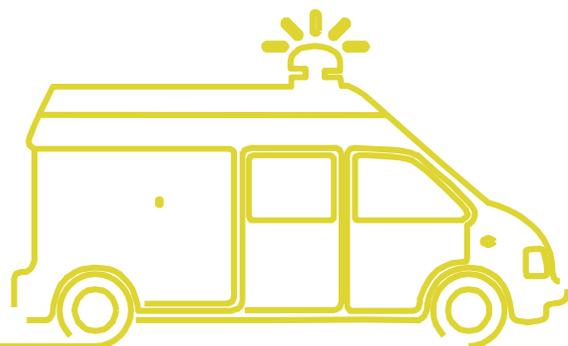
8.719 - Leitos

210 - Prontos
Atendimentos

100 - Centros de
Diagnósticos

120 - Farmácias

*A rede hospitalar
Unimed
**possibilita uma
ótima prática
médica** aos
profissionais de
saúde.*



Qualificação dos Recursos Próprios



TEMOS A MAIOR REDE DE HOSPITAIS ACREDITADOS DO BRASIL USANDO A MESMA MARCA

São 228 hospitais acreditados pela ONA (Organização Nacional de Acreditação)



O Sistema Unimed possui 25 hospitais acreditados (10,96%)



Objetivo

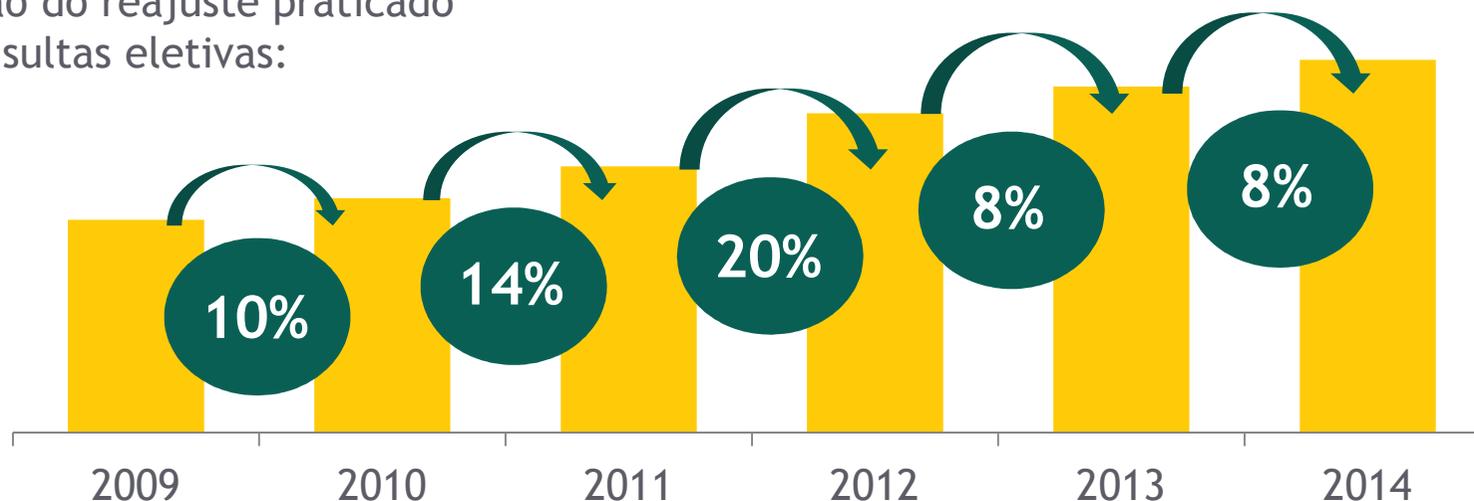
Classificação qualitativa dos Hospitais próprios do Sistema Unimed, utilizando critérios legais e técnicos de estrutura, processos e resultados, que garantam a qualidade e segurança dos serviços prestados.

Valorização do Trabalho Médico



Política anual de reajuste de Honorários Médicos, consultas e procedimentos de SADT

Evolução do reajuste praticado nas consultas eletivas:

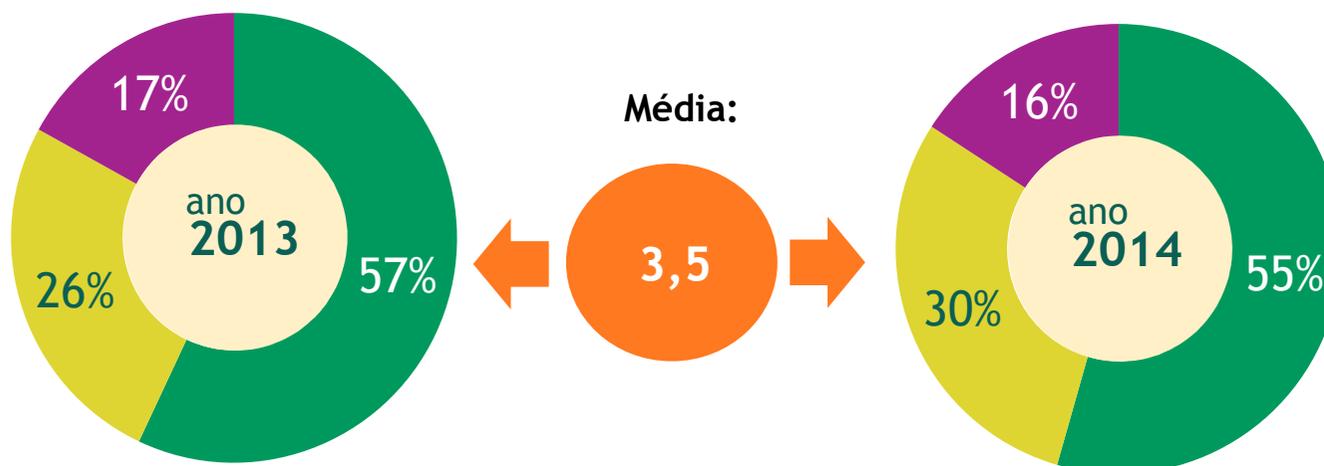


*O valor da consulta normatizado pela CBHPM é de R\$ 76,40.
Em outubro, o intercâmbio Unimed passará pagar R\$ 77,00.*

Percepção da Marca Unimed



GRAU DE SATISFAÇÃO DOS COOPERADOS UNIMED



LEGENDA:

- Muito satisfeito + satisfeito
- Mais ou menos satisfeito
- Muito insatisfeito + insatisfeito



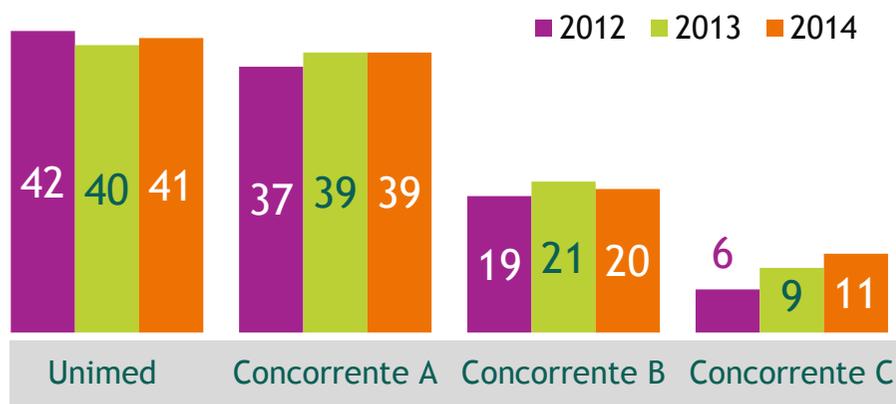
Percepção da Marca Unimed

Plano de saúde que oferece **MELHOR REMUNERAÇÃO**

Em %



TOTAL DE MÉDICOS



COOPERADO UNIMED



Percepção da Marca Unimed

Plano de saúde que **MAIS CONTRIBUI** na remuneração mensal

Em %

TOTAL DE MÉDICOS



COOPERADO UNIMED



PROJETO - Residência Médica

O projeto está implantado nos hospitais do Sistema Unimed contribuindo para:

- ✓ Qualificação dos médicos
- ✓ Melhoria da prática médica nacional
- ✓ Formação de cooperados especialistas



Relacionamento com Cooperados

Aproximar e aumentar o engajamento do médico com a cooperativa

- ✓ Estímulo direto ao comportamento
- ✓ Benefícios tangíveis
- ✓ Mercantil
- ✓ Regras claras

Programa de Pontos

- ✓ Comunicação contínua
- ✓ Aproximação com o cooperado
- ✓ Encantamento a partir de ações customizadas

Régua de Relacionamento

Plataforma de Relacionamento

- ✓ Operacionalização do programa
- ✓ Possibilita o diálogo entre Unimed e cooperado

Relacionamento com Cooperados

Benefícios Oferecidos



- Plano de saúde familiar
 - Seguro de Vida
 - Seguro SERIT
- Plano de Previdência Privada



- Adiantamento de produção
 - Antecipação de sobras
- Reembolso ou pagamento dos valores referentes às contribuições e taxas fiscais
 - Subsídios para congressos, simpósios e seminários
- Pagamento da 13ª produção médica

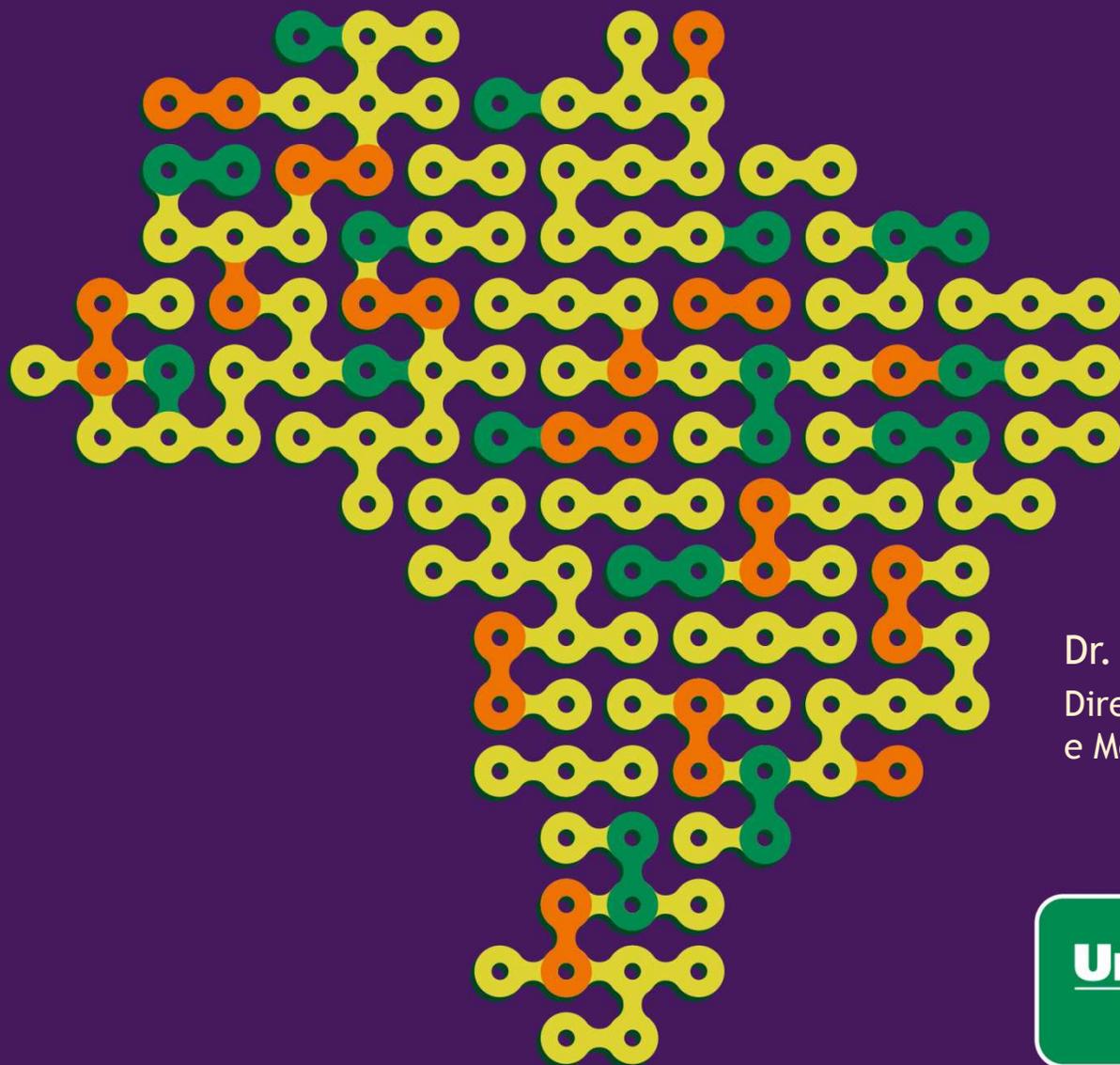
Outras Frentes de Trabalho

- Admissão do Cooperado
- OQS: Organização do Quadro Social
- Educação Cooperativas
- Gestão de Cooperativas
- Governança Cooperativa
- Formação de Conselheiros de Administração e Fiscais
- Produção e Remuneração
- Qualidade de Vida
- Espaço do Conhecimento



« Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções »
Paulo Freire





OBRIGADO

Dr. Valdmário Rodrigues Júnior
Diretor de Integração Cooperativista
e Mercado da Unimed do Brasil

Unimed 
Brasil

40
ANOS