

**21 de Fevereiro de 2018**

## **NO BRASIL, 70% NÃO TÊM PLANO DE SAÚDE PARTICULAR, APONTAM SPC E CNDL**

**Valor Econômico –21/02/2018**

SÃO PAULO - Cerca de 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular e 56% acreditam que a saúde pública piorou nos últimos 12 meses, aponta estudo inédito realizado pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) em parceria com o Ibope.

Entre as classes A e B, o percentual de pessoas sem plano de saúde cai a 45%, já para as classes C, D e E sobe a 77%. A pesquisa ouviu 1.500 consumidores nas capitais do país.

Considerando as pessoas que não possuem plano de saúde atualmente, 60% nunca tiveram esse tipo de serviço. Para os que já tiveram, 32% perderam o acesso por desligamento da empresa que oferecia o benefício e 25% cancelaram o plano por não terem condições de pagar as mensalidades.

Dos entrevistados que não têm plano de saúde atualmente, a maioria (45%) diz recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando precisa de atendimento médico e uma parcela menor (25%) paga pelos serviços com dinheiro do próprio bolso.

Já entre quem tem plano de saúde, o empresarial é o mais comum (13%), seguido pelo individual pago por conta própria (11%) ou pago

por terceiros (6%). Para as classes A e B, o plano individual pago por conta própria (26%) chega a superar o empresarial (21%) em importância.

Para quem paga o plano individualmente, a média de valor gasto mensal é de R\$ 439,54. Quase a metade (48%) das pessoas que pagam o plano de maneira individual afirmam que têm que abrir mão de algo em seus orçamentos para pagar pelo serviço e 51% consideram os reajustes de valores abusivos.

Cerca de 47% dos planos de saúde são contratados com coparticipação, quando parte dos procedimentos e exames são pagos pelo associado. Quando o plano de saúde não cobre toda a despesa, 42% pagam particular e 14% recorrem ao serviço público por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre a população que depende do SUS, é grande o grau de insatisfação. Numa escala de 1 a 5, as piores avaliações são para o tempo de agendamento de procedimentos como cirurgia e exames (1,79), tempo e facilidade para agendar consultas (2,01 e 2,02, respectivamente) e rapidez no atendimento de urgência (2,06). A maior satisfação é com a qualidade técnica dos profissionais (2,74) e a disponibilidade de medicamentos gratuitos (2,32).

Cerca de 27% das pessoas fazem uso de algum medicamento contínuo. Dessas, 51% pagam por eles e 43% recebem as doses do SUS. O gasto médio mensal com remédios é de R\$ 138, e 68% priorizam genéricos aos medicamentos de marca.

## **MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE REGISTRA CRESCIMENTO APÓS 32 MESES**

**IESS –20/02/2018**

IESS aponta resultado positivo pela primeira vez desde junho de 2015

Pela primeira vez em 32 meses, o mercado de saúde suplementar apresenta crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares na variação anual. De acordo com números da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base em dados da ANS, o setor apresentou avanço de aproximadamente 64 mil novos vínculos para planos de saúde médico-hospitalares no período de 12 meses encerrados em janeiro desse ano, ultrapassando os 47,4 milhões de beneficiários. Considerando as bases de dados com a série histórica de beneficiários disponíveis da ANS, a última variação positiva em 12 meses havia sido em junho de 2015 - crescimento de 0,2% em relação ao mesmo mês do ano anterior.

Segundo o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, apesar de tímido, o avanço de 0,1% pode marcar uma mudança significativa para os rumos do setor em 2018. "O período de 12 meses exemplifica com maior exatidão o comportamento do mercado. Mesmo que seja possível verificar crescimento mensal em determinadas publicações dos últimos meses, essa variação costuma ser imprecisa, pois tende a ignorar comportamentos sazonais ou apresentar correções posteriores por parte da ANS", argumenta Carneiro. "Contudo, a variação de 0,1% é bastante pequena e é preciso cautela e ciência de que o número pode ser corrigido posteriormente pela ANS", completa.

Ainda assim, o executivo acredita que o mercado está se aproximando do início de um processo de recuperação. "Mesmo que proporcionalmente este avanço de 0,1% represente uma certa estabilidade, mais do que um crescimento, pode ser um sinal positivo de que a saúde suplementar se prepara para uma retomada", analisa. "É preciso destacar, entretanto, que a recuperação dos mais de 3 milhões de vínculos rompidos desde o fim de 2014 não se dará de forma rápida, mas gradual."

O IESS reforça que a possível retomada do crescimento no setor está diretamente ligada a economia nacional e a geração de empregos formais em setores como o de comércio e serviços nos grandes centros urbanos, onde as empresas tendem a oferecer o benefício do plano de saúde.

Números de destaque

Entre janeiro de 2017 e o mesmo mês de 2018, as regiões com maior crescimento no percentual do número de beneficiários de planos médico-hospitalares foram o Sul, com avanço de 1%, e o Nordeste, com alta de 0,8%. Proporcionalmente, o Piauí teve o maior crescimento, registrando incremento de 3,9% e o Mato Grosso do Sul teve a maior queda de vínculos, com retração de 11,9%.

Já em números absolutos, a maior queda ocorreu no Estado do Rio de Janeiro, cuja perda foi de 70.921 beneficiários no período de 12 meses encerrados em janeiro de 2018. Queda de 1,3%. Em contrapartida, o Paraná ganhou 50.645 beneficiários no mesmo período. Alta de 1,8%.

Para os planos exclusivamente odontológicos, apesar de todos os estados terem registrado variação positiva nos 12 meses encerrados em janeiro deste ano, o Ceará apresentou o maior crescimento

proporcional, com avanço de 15,9%, ou seja, 124,3 mil novos vínculos. Já o Estado de São Paulo teve o maior acréscimo em números absolutos: 591,5 mil novos beneficiários, elevação de 7,8%.

## PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS CRESCEM EM TODOS OS ESTADOS

IESS-Blog –20/02/2018

Divulgamos ontem a [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), que traz os números do setor de saúde suplementar no país. A notícia é positiva: pela primeira vez desde junho de 2015, o mercado de saúde suplementar apresenta crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares na variação anual.

Já o setor de planos exclusivamente odontológicos continua crescendo a cada divulgação da pesquisa na média de 1,4 milhão de novos vínculos na variação anual. Nesta 20ª edição da NAB, este setor apresentou crescimento em todos os Estados do país, considerando a variação de 12 meses encerrados em janeiro desse ano (6,6% ou 1.428.446).

## OPERADORAS TÊM ESTRATÉGIAS DIVERSAS PARA RESSARCIR O SUS

Valor Econômico –19/02/2018

As operadoras de planos de saúde têm estratégias distintas para ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS). O uso da rede pública por usuários que têm planos de saúde, nos últimos 17 anos, gerou um débito de R\$ 7,5 bilhões. Desse total, o SUS já recebeu R\$ 1,9 bilhão.

Entre os 15 maiores convênios médicos do país, Hapvida, Notre Dame Intermédica, Unimed-BH e Unimed Curitiba nunca pagaram o passivo, desde que o ressarcimento entrou em vigor, em 2000. O débito dessas quatro empresas, de cerca de R\$ 200 milhões, vem sendo depositado judicialmente.

Já outras grandes operadoras como Amil, Bradesco Saúde, SulAmérica e Unimed Campinas quitaram praticamente 100% do valor cobrado pela agência reguladora (ver tabela ao lado).

Há cerca de dez dias, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que as operadoras de saúde devem ressarcir o SUS quando seus clientes usarem a rede pública de saúde.

A decisão chegou a essa instância após um processo judicial que se arrastou por 17 anos. Neste período, segundo dados da ANS, os ressarcimentos ao SUS somam R\$ 7,5 bilhões. Desta quantia, as operadoras pagaram R\$ 1,9 bilhão, mas ainda devem R\$ 5,6 bilhões. Uma parcela significativa desse valor em aberto é questionada judicialmente por operadoras. Elas são contra a cobrança adicional de 50% sobre a "tabela SUS" quando um paciente com convênio médico usa a rede pública de saúde.

Na decisão do STF, os ministros não definiram qual tabela de preços deveria ser adotada. Com isso, ainda há uma brecha para as

Nesse período, o Sudeste continua sendo o destaque em números absolutos: a região é responsável por quase metade dos novos vínculos firmados no Brasil, com aproximadamente 780 mil novos beneficiários frente ao 1,4 milhão do consolidado do país, representando crescimento de 6,1%.

Já em termos percentuais, a região Nordeste continua apresentando os melhores resultados em todas as edições recentes da NAB. A região teve avanço de 9,6%, ou 400 mil novos vínculos.

Apesar do crescimento da cobertura desses planos nos últimos anos, a média nacional ainda está em 11,1%. Ou seja, ainda há muito o que se avançar. Os desafios para a garantia da boa saúde bucal no país ainda são grandes. O debate e adesão têm sido ampliados, mas ainda há muito o que se progredir na conscientização sobre a importância de programas e serviços para a promoção de um sorriso mais bonito.

operadoras continuarem questionando na Justiça o valor do pagamento. "Nossa recomendação é pagar porque é uma decisão do STF, mas é preciso identificar se tais valores cobrados são procedentes. Precisamos esperar a publicação do acórdão", disse Reinaldo Scheibe, presidente da Abrange, associação do setor.

A regra determina que o valor do ressarcimento não pode ser inferior ao cobrado pelo SUS nem superior ao custo da rede privada. "Em alguns casos como na Hapvida e Intermédica, que têm rede própria, o custo do ressarcimento fica maior", diz Scheibe.

A ANS informou que a cobrança tem "respaldo legal e amparo constitucional". Com isso, diz a agência, ela pode estabelecer os valores do ressarcimento.

Além do depósito judicial, algumas operadoras parcelaram a dívida ou incluíram uma parte do passivo no Refis. Segundo Alexandre Augusto Ruschi Filho, presidente da Central Nacional Unimed (CNU), dos R\$ 78,9 milhões que constam em aberto na ANS, cerca de R\$ 72 milhões foram renegociados no programa de parcelamento de dívida do governo federal ou estão sendo negociados na Justiça.

O grupo São Francisco Saúde informou que todo o passivo em aberto, cerca de R\$ 16,3 milhões, foi parcelado em dezembro.

Segundo fontes, a Amil também pagava em juízo até alguns anos atrás. Mas, após ser comprada pela americana UnitedHealth, todo o passivo foi quitado.

O passivo do ressarcimento ao SUS no valor de R\$ 5,6 bilhões envolve tanto operadoras em atividade como aquelas que já quebraram. O débito das operadoras falidas é de R\$ 795 milhões. A Unimed Paulistana, por exemplo, que fechou as portas em 2015, deve R\$ 47,3 milhões para o SUS.

Ainda de acordo com dados da ANS, várias operadoras já estão inscritas na dívida ativa da União por falta de ressarcimento ao SUS. O passivo das operadoras nessa situação é de R\$ 880 milhões e ainda há mais R\$ 275,8 milhões judicializados ou em encaminhamento à dívida ativa desde 2000.

## PERSPECTIVAS ECONÔMICAS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2018

Blog Abrange –15/02/2018

Fonte: Revista Visão Saúde – 07/02/2018

Por Leandro Fonseca

Atendendo a convite desta publicação, este breve artigo pretende tratar das perspectivas econômicas para o setor de saúde suplementar em 2018. Uma revisão a posteriori deste texto pode levar à tentação de julgar sua capacidade preditiva. Contudo, em análises deste tipo, o importante não é sua validação ex-post, mas o próprio exercício de reflexão a partir de um ou mais cenários, já que os agentes econômicos se posicionam e tomam suas decisões a partir deles. Na conceituação clássica de Porter<sup>1</sup>, a estratégia de uma empresa, ou seja, sua proposição de valor distintiva, é o que sustenta sua vantagem competitiva. Assim, para a escolha do conjunto de atividades que constitui a sua proposição de valor diferenciada, a empresa deve ponderar os diferentes cenários e os fatores conjunturais relevantes em suas decisões para que entregue valor aos seus clientes de forma consistente com a sua estratégia. No caso da saúde suplementar, a análise de cenários mostra-se crucial para eventuais ajustes que tornem a estratégia mais sustentável, haja vista ser esse um setor econômico com margens líquidas tradicionalmente mais estreitas do que outros.

Para 2018, o cenário econômico base das principais análises de mercado é de crescimento em torno de 2,5% do PIB e inflação em torno de 4%, com a taxa de desemprego recuando modestamente para menos de 12%. No caso da saúde suplementar, a recuperação econômica, contudo, deverá ser mais lenta. Mesmo que haja aumento na quantidade de beneficiários acompanhando a recuperação esperada no emprego formal, os custos assistenciais poderão sofrer impacto maior no curto prazo por conta de demandas de utilização represadas durante o período de desemprego. Assim, em que pese a expectativa de melhora do cenário macroeconômico, o setor de saúde suplementar deverá ter um 2018 desafiador por conta da tendência de custos em alta e também pela maior dificuldade em repassar essa variação de custos aos contratantes.

Nesse diapasão, tendo em vista a dinâmica setorial de preços e custos há anos em elevação, faz-se necessário um debate mais

ampliado sobre o desafio do financiamento dos serviços de saúde. As características intrínsecas do setor de gerarem menores ganhos de produtividade, associadas a uma demanda cada vez maior por serviços de saúde, aos problemas decorrentes da chamada indução da demanda pela oferta, ao processo difuso de incorporação de novas tecnologias em saúde e ao envelhecimento populacional, trazem inexoráveis questionamentos: como podemos ter uma trajetória mais sustentável de custos? Como poderemos financiar o acesso aos serviços de assistência à saúde que tendem a encarecer? Em que pesem os esforços indutores do órgão regulador visando maior eficiência setorial, é de se esperar que as próprias operadoras, por meio de suas estratégias, tenham uma proposição de valor distinta que lhes permita vantagem competitiva, cuja continuidade, além de reforçar a sua reputação, garanta a sustentabilidade organizacional no longo prazo. Portanto, são as lideranças empresariais que, no âmbito de suas decisões, determinam estrategicamente onde suas organizações querem chegar e de que forma estarão posicionadas, seja em um cenário base esperado seja em cenários alternativos. Os últimos anos de crise econômica trouxeram enormes desafios ao setor. O próximo ano, mesmo superada a crise, trará inexoravelmente com ele o desafio do acesso sustentável aos serviços de saúde diante de um modelo assistencial que tende ao encarecimento.

É crucial, portanto, avançar na discussão sobre como arrefecer a exponencial de custos aos consumidores e proteger o interesse público em prol de uma saúde suplementar sustentável, tendo em vista sua enorme relevância econômica e social.

Diante desse desafio, é preciso discutir como incorporar novas tecnologias, como financiar o seu acesso e quais as responsabilidades de cada um no modelo assistencial. Um bom desenho institucional, legitimamente estabelecido e com os incentivos na direção correta, é fundamental para viabilizar a assistência à saúde com qualidade e a um custo suportável pela sociedade. Todavia, independentemente de qualquer mudança legal, regulatória ou de cenário, uma estratégia competitiva efetiva é determinante para as organizações.

Algumas operadoras já realinharam suas estratégias com uma proposição de valor em prol do cuidado e orientação do usuário na rede, promovendo a boa medicina e a gestão de saúde para entregar valor aos seus clientes. O futuro dirá quais operadoras têm estratégias que serão bem-sucedidas e sentenciará aquelas que não atenderem a expectativa de valor de seus clientes.

## DE MÃOS DADAS

Blog Abrange –15/02/2018

Fonte: Revista Visão Saúde – 07/02/2018

Operadoras e hospitais começam a formar parcerias com startups para resolver alguns dos seus mais antigos problemas

Há muitas coisas que a tecnologia pode fazer em prol da assistência à saúde das pessoas. Sistemas informatizados podem contribuir para a maior eficiência da gestão de unidades de atendimento, facilitando o agendamento de consultas e exames e organizando processos internos.

A análise de grandes volumes de informações, conhecida como big data analytics, permite a melhor gestão populacional por parte de hospitais e operadoras de planos de saúde, potencializando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. A inteligência artificial tem a capacidade de tornar diagnósticos médicos mais rápidos e assertivos. E a conectividade de pacientes, médicos e gestores de saúde, por meio de computadores, smartphones, tablets e, em um

futuro próximo wearables – as tecnologias “vestíveis”, como roupas e relógios conectados à internet – tem a capacidade de melhorar a experiência do usuário de serviços de saúde, dando a ele a capacidade de gerenciar seu próprio histórico médico e aproximando-o de quem pode ajudá-lo a satisfazer suas necessidades, como nos casos de consultas à distância, por exemplo.

Tudo isso é um pouco de realidade no mundo de hoje, e um tanto de promessa também. Mas se tem alguém que pode acelerar o processo de digitalização da área da saúde são as empresas de inovação com base tecnológica, as já famosas startups.

Conhecidas no mundo dos negócios como healthtechs, pois têm como missão resolver problemas do sistema de saúde, descomplicando-o, essas empresas vivenciam atualmente uma explosão de crescimento no mundo, atraindo investimentos de cerca de US\$ 5 bilhões em 2016, segundo a aceleradora Galen Growth Asia.

Nos EUA, mercado que lidera a revolução tecnológica na saúde, o mercado de healthtechs está em ebulição. Em novembro passado, a Optum, empresa de tecnologia do UnitedHealth Group, a maior seguradora de saúde daquele país, anunciou a criação de um fundo



de US\$ 250 milhões para investimentos em startups que ofereçam soluções inovadoras para melhorar o acesso aos sistemas de assistência à saúde e a qualidade dos mesmos. Outro exemplo de sucesso nos EUA é a Oscar Health, seguradora digital fundada em 2012 que recebeu aportes de US\$ 720 milhões para desenvolver seu negócio. Também em novembro, a companhia anunciou joint venture com a Humana, outra seguradora de grande porte, para atender à demanda de pequenas empresas na cidade de Nashville.

Esse mercado está começando a ganhar força também no Brasil. Surgem, em diversas cidades do país, centenas de empresas com diferentes soluções, dirigidas ao setor público e ao privado, a operadoras, hospitais, profissionais da saúde e também a pessoas interessadas em gerenciar de forma mais organizada sua própria saúde, como nos casos dos aplicativos de registro médico. Segundo dados da Associação Brasileira de Startups (ABStartup), em 2015 cresceu em 160% a quantidade de empresas que desenvolvem soluções para profissionais da saúde, em comparação com o ano anterior.

Já nos últimos dois anos, começaram a se estabelecer parcerias entre startups e empresas tradicionais já estabelecidas no setor, como hospitais e operadoras de planos de saúde, que podem, assim, se beneficiar de ferramentas tecnológicas em favor do seu próprio negócio – e dos seus pacientes. Isto é, ao contrário do que muitos podem pensar, as novas empresas com base tecnológica são, na maioria das vezes, aliadas e não concorrentes das companhias tradicionais.

“As companhias tradicionais podem ter vários papéis nesse movimento. Primeiro, estarem abertas para servir como piloto para startups, oferecendo ambiente para testes e para acelerar processos de desenvolvimento”, diz Eliane Kihara, líder do setor de saúde da consultoria PwC. “O desafio é identificar inovações que podem trazer mais valor para seu negócio. No caso específico das operadoras, elas estão percebendo as oportunidades para engajar pacientes aos tratamentos e para reduzir a hospitalização, entre outros benefícios.” São diversas as possibilidades para essa aproximação, com benefícios para ambos os lados. Além da simples compra de serviços inovadores, as empresas tradicionais podem trabalhar juntamente com startups no desenvolvimento de soluções tecnológicas sob medida, em um processo conhecido como open innovation.

Outro formato de parceria usual no mundo – e que conquista cada vez mais espaço no Brasil – é o corporate venturing, no qual a empresa investidora se torna sócia da startup e também a ajuda com mentoria para o desenvolvimento do negócio, além de prover acesso a sua base de clientes e ao seu know-how sobre o setor de saúde.

Clínicas, hospitais e operadoras interessados em acelerar sua entrada na medicina digital já têm um cardápio vasto no Brasil, bastando fazer suas escolhas de forma inteligente. Segundo a Growplus, empresa de Porto Alegre que faz a conexão entre startups e potenciais parceiros e investidores, há entre 900 e mil healthtechs atuando no país. “Já estamos há cinco anos nesse mercado e nunca tivemos um momento tão favorável como agora para empreender e inovar na saúde”, afirma Felipe Lourenço, CEO da iClinic, startup que fornece ferramentas de gestão para pequenas e médias clínicas médicas. “A saúde demorou para entrar em crise e é uma das primeiras a sair. Agora é a vez das healthtechs, que nos últimos 18 meses ganharam bastante atenção dos investidores.” De parceiros a sócios Controlador da operadora Amil, da rede Americas Serviços Médicos e da empresa de tecnologia Optum, o UnitedHealth Group, por exemplo, lançou em novembro o Meet Up Start Up, uma iniciativa do grupo para firmar parcerias com startups capazes de otimizar e acelerar seus processos.

O objetivo é incentivar o desenvolvimento de projetos inovadores na área da saúde, com possibilidade de implantação nas empresas do grupo.

“As startups trazem um olhar novo para a atuação de nossas empresas, algo importante para mantermos fluxos e processos em constante movimento e o cliente sempre no centro de nossos esforços”, afirma o CEO da companhia, Leonardo Almeida.

A Unimed Porto Alegre, por sua vez, realizou em março de 2017 uma “maratona de inovação” interna, que reuniu oito médicos cooperados e 38 funcionários com a missão de melhorar a “experiência” dos seus pacientes no uso dos serviços. As 211 propostas geradas nessa maratona foram, então, agrupadas em seis temas direcionadores: assistência médica, bem-estar e prevenção, cuidados do paciente, saúde digital, engajamento e conectividade, e eficiência operacional. Esses seis temas foram usados como base para um programa que investirá R\$ 1 milhão em 20 startups, que também receberão mentoria e poderão se tornar fornecedores da companhia.

“Além de acelerar a incorporação de tecnologia pela nossa empresa, esperamos que o programa ajude a mudar o mindset [mentalidade] dos nossos colaboradores”, diz Caroline Souto, assessora de estratégia da Unimed Porto Alegre.

Uma das startups que tem operadoras como foco comercial é a CUCO Health, baseada na cidade de Florianópolis e eleita pelo ranking 100 Open Startups como a mais “atraente” do Brasil na área de saúde. Em 2016, a empresa lançou seu primeiro aplicativo, que ajudava pacientes a lembrarem a hora de tomar seus medicamentos. “Mas aí percebemos que isso era uma ação isolada e que para aumentar nosso impacto tínhamos de envolver as operadoras”, afirma a CEO da CUCO Health, Livia Couto.

A startup desenvolveu, então, uma ferramenta que permite as operadoras monitorarem o cuidado de saúde de seus beneficiários. Segundo Couto, com o aplicativo é possível identificar perfis de risco na carteira de clientes e tomar ações preventivas, além de estabelecer uma relação mais próxima com os beneficiários. Duas operadoras já estão usando o aplicativo. O principal resultado já aferido é um índice de 73% de adesão do paciente ao medicamento, índice bem acima da média do mercado, que é de 23%, segundo a empreendedora.

Por outro lado, Couto aponta uma dificuldade para encontrar portas abertas. “As operadoras têm uma grande aversão a risco pra apostar em startups.

Nosso trabalho é educativo, para mostrar que a tecnologia pode ajudar a reduzir custos e entregar melhor experiência para os beneficiários”, diz.

Da gestão à assistência Descomplicar a saúde no Brasil. Essa missão ousada motivou Felipe Lourenço a criar a iClinic, em 2012. A startup atende atualmente a 260 clínicas médicas de pequeno e médio porte, em 26 estados, além de clientes em Portugal, Moçambique, Angola e Cabo Verde. No início, a empresa fornecia apenas uma ferramenta para substituir o papel e a caneta no agendamento de consultas, prontuários de pacientes e rotinas financeiras.

Hoje, a iClinic oferece soluções para melhorar a gestão das clínicas, atingindo até controle de estoque e relacionamento entre médico e paciente após a consulta. Um dos resultados mais importantes desse serviço é a redução de 26% do número de glosas, como são chamados os casos em que planos de saúde contestam as despesas apresentadas por médicos, clínicas ou hospitais de sua rede credenciada. No processo de cuidado à saúde, a iClinic ajuda seus clientes, por exemplo, a reduzir em 30% o índice de não comparecimento de pacientes em consultas. Isso é possível por meio de um aplicativo que conecta a clínica ao paciente e o lembra do compromisso. Caso ele decida cancelar a consulta, o próprio sistema recomenda novas datas. O monitoramento de pessoas com doenças crônicas também é feito por meio do sistema, que gera mensagens automáticas para lembrá-las de tomarem seus medicamentos e também oferece mais informações sobre seus problemas de saúde.

Outras duas startups que ajudam seus clientes a melhorarem a gestão são a Pega Plantão e a Mais Leitos. A primeira está com três anos de vida e oferece uma ferramenta para aprimorar a gestão de escalas de médicos e enfermeiros, reduzindo, em média, 60% do tempo dedicado a essa atividade – tempo esse que será direcionado à atividade-fim, isto é, o cuidado aos pacientes.

A Pega Plantão também registrou redução de até 70% nas faltas dos profissionais de saúde ao trabalho.

“Nossos serviços também podem ser úteis para operadoras com rede credenciada, pois ajudam a enxergar os processos dos hospitais que a compõem”, diz Fabio Paradiso, diretor operacional e sócio-fundador da Pega Plantão.

Outro grande desafio das organizações hospitalares é obter o máximo de “giro” dos seus leitos. Pensando em atender a essa demanda, a Mais Leitos criou um sistema inspirado em processos industriais que cruza informações históricas sobre internações e faz recomendações com base em protocolos clínicos.

No projeto-piloto da empresa, realizado em unidade cardiovascular do Hospital Ouro Verde, de Campinas, em 2016, a Mais Leitos conseguiu aumentar o giro de leitos em torno 33% em um período de três meses. Hoje, a startup com sede em Fortaleza, atende a mais de 30 hospitais do Ceará, São Paulo e Rio Grande do Sul, que pagam uma assinatura mensal de 7 reais por dia de cada leito gerenciado.

“Nosso planejamento prevê trabalhar em parceria com operadoras, no futuro”, afirma Paulo Andre Pequeno, CEO da Mais Leitos.

## **PLANO DE SAÚDE PODE RESCINDIR UNILATERALMENTE E SEM MOTIVOS CONTRATO EMPRESARIAL**

JOTA –15/02/2018

Decisão do STJ lembra que rescisão unilateral só é proibida para planos familiares ou individuais

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) entendeu, por unanimidade, que operadoras de plano de saúde têm condições de rescindir unilateralmente um contrato coletivo empresarial – desde que cumpridos alguns requisitos, como a presença de uma cláusula contratual expressa sobre a rescisão unilateral e notificação com prazo mínimo de dois meses. A decisão é do dia 6 desse mês.

No caso, a operadora Allianz recorria de decisão que declarou nula a cláusula contratual que estabelecia a possibilidade de rescisão unilateral imotivada e determinou a manutenção do contrato de seguro – por entender que a cláusula era abusiva e feria o Código de

Defesa do Consumidor (CDC). A ação originária foi ajuizada por empresa em favor de seus funcionários, beneficiários do plano.

Para a relatora do Recurso Especial 1.680.045, ministra Nancy Andrighi, há expressa autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para que as operadoras rescindam de contrato coletivo empresarial desde que sejam observados alguns requisitos, como o aviso com dois meses de antecedência e vigência do contrato por no mínimo um ano. É o que diz a Resolução Normativa 195/09.

“Estes requisitos foram cumpridos na hipótese em questão, de modo que não há que se falar em abusividade da conduta da operadora”, afirmou.

A ministra lembrou que apenas em relação aos contratos individuais ou familiares é vedada a “suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato”, conforme a Lei de Planos de Saúde.

Andrighi destacou ainda que a 3ª Turma já havia decidido, em 2016, no Recurso Especial 1471569/RJ, que a “vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no artigo 13 da Lei 9656/98 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares”.

## **NINGUÉM MAIS AGUENTA PAGAR PLANO DE SAÚDE, AFIRMA DIRETOR DA ANS**

Folha de S. Paulo –11/02/2018

Executivo diz que órgão federal quer estimular competição no setor

Ao completar 18 anos no último dia 28, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) quer estimular a competição entre operadoras de saúde e fazer com que empregadores negociem melhor o preço e a qualidade do plano ofertado aos funcionários.

São os que contratam planos os grandes indutores da mudança de modelo assistencial. No Brasil, o empregador não é um ator muito ativo nessa discussão, diz o economista Leandro Fonseca, 43, diretor-presidente substituto da ANS, que está sem o titular desde maio passado.

Formação: Graduação em economia pela UFRJ e mestrado em regulação pela London School of Economics

Trajatória: Servidor público desde 2004, trabalhou com economia da saúde no Ministério da Fazenda; cedido para a ANS em 2010, foi

diretor nas áreas de fiscalização, normas e habilitação de operadoras e de desenvolvimento setorial antes de se tornar diretor-presidente da agência em maio do ano passado

O custo dos planos no Brasil é crescente e chega a consumir hoje mais de 11% da folha de pagamento das empresas. Os planos empresariais representam hoje 66% do mercado. Em razão da crise econômica e do desemprego, mais de 2,5 milhões de pessoas ficaram sem planos nos últimos dois anos.

Para Fonseca, o financiamento da saúde é um debate que está faltando no país. Como vamos dar mais saúde à população? Cobrar mais impostos? Ninguém mais aguenta. Pagar mais mensalidade de plano de saúde? Ninguém mais aguenta, afirma em entrevista à Folha.

**Folha - A ANS chegou à maioridade. Quais os principais avanços e entraves a serem enfrentados?**

Leandro Fonseca - Houve uma evolução muito grande desde a criação da ANS. Antes, a operadora podia limitar o número de consultas, dizer que cobria doença renal, mas não cobria hemodiálise, podia limitar número de internações hospitalares. Isso mudou muito. Muitas operadoras, antes da ANS, coletavam

mensalidades das pessoas e depois fechavam as portas e sumiam com o dinheiro. Com a regulação, o mercado foi sendo saneado, induzindo a uma gestão mais prudente dos recursos. O processo está em curso, o setor ainda está passando por transformações.

### **O país vive uma escalada de ações judiciais contra planos e muitas delas são por procedimentos não incorporados pela ANS. Como a agência pretende lidar com isso?**

Nesse debate, está faltando uma discussão mais qualificada sobre o que está sendo judicializado. Quando tem uma obrigação contratual e a operadora não cumpre, essa é uma judicialização devida.

Agora, se estamos falando de um tratamento experimental, às vezes sem aprovação, ou que não está rol, esse processo de judicialização é perverso para o sistema, tira recursos que poderiam ser mais bem realocados na assistência. Porque alguém paga a conta, isso vai para a mensalidade do plano de saúde.

### **Reajustes abusivos aplicados pelas operadoras respondem por boa parte dessa judicialização. Isso não é falha de regulação da ANS?**

Reajustes de planos acima da inflação são um fenômeno mundial. O envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias, tudo isso leva a um encarecimento dos serviços de saúde.

Em um cenário de crise econômica, em que a população perdeu emprego, o plano e ainda assim a operadora precisa fazer reajuste, é contra qualquer lei da economia.

Se você diminui a demanda, precisaria diminuir o preço para manter o cliente.

Mas na saúde isso não é possível porque a variação de custos é expressiva.

### **Como contornar isso?**

Deve ser normatizado já neste primeiro semestre de 2018 uma maior flexibilidade na portabilidade de carências. Hoje o usuário só pode migrar de um plano para outro em um determinado período do ano. Dois meses antes e dois meses depois da data do aniversário do plano.

A gente deve acabar com a janela, permitir ao longo do ano. Também permitir a portabilidade entre planos coletivos desde que sejam equivalentes. Isso são normas para competição, boas para o consumidor. Se não está satisfeito com o reajuste, com os serviços, muda de operadora.

Outra norma que deve sair neste ano é sobre coparticipação e franquias. A ideia é engajar o consumidor no processo decisório do tratamento dele. À medida que ele tem que contribuir para aquele determinado tratamento, passa a questionar mais na relação com o médico: vem cá, isso é efetivamente necessário?

### **Parte do custo em saúde tem a ver com desperdício e má gestão das operadoras. E quem paga a conta é o usuário. O que a agência pode fazer sobre isso?**

Incentivando a competição, dando mais informação para que os contratantes de planos de saúde possam negociar melhor os produtos. Estamos nos aproximando dos empregadores para engajá-los nesse processo. A grande força que leva à maior eficiência de qualquer mercado é o cliente demandando aquilo.

São os que contratam planos para dar aos funcionários os grandes indutores da mudança de modelo assistencial. O que ele quer em termos de serviços de saúde para os seus funcionários e famílias.

Ele tem um papel muito importante. Nos EUA, os empregadores discutem com planos de saúde no Congresso, no governo. No Brasil, o empregador não é um ator muito ativo nessa discussão.

### **E por que isso acontece?**

Os empregadores sabem que precisam fazer e que estão se sentindo mais pressionados agora, com o valor dos planos aumentando. Mas dizem que não tem know-how, não sabem como fazer.

Nos EUA, na crise de 2008, a gente viu que o grande problema da GM [General Motors] foi o plano de saúde, que pesava muito e eles estavam perdendo produtividade.

Aqui no Brasil há estudos que apontam que os planos de saúde representam mais de 11% das despesas na folha salarial. Isso afeta a produtividade da economia como um todo. Tanto que nos EUA grandes empresas já começam a fazer a autogestão da saúde dos funcionários [Amazon, Berkshire Hathway e JP Morgan anunciaram a criação de uma empresa sem fins lucrativos para conter gastos com planos de saúde].

O financiamento da saúde, seja a pública ou a privada, é um debate que está faltando no país e é tão importante quanto o da Previdência.

Do mesmo jeito que tem altos reajustes de planos, tem demanda por mais recursos do SUS. Os motivos são os mesmos, envelhecimento, novas tecnologias. Como vamos dar mais saúde à população? Cobrar mais impostos? Ninguém mais aguenta. Pagar mais mensalidade de plano? Ninguém mais aguenta.

### **Há desperdícios e incentivos no setor de hospitais e laboratórios que impulsionam essa inflação médica. Por que a ANS não regula esse setor?**

Deixo pra você perguntar para os legisladores brasileiros sobre esse assunto (risos).

Você tem razão. A grande dificuldade hoje é engajar o prestador de serviço nessa preocupação de variação de custos. Muitas prestadoras estão partindo para a verticalização [comprando diretamente da indústria produtos mais caros, como órteses e próteses]. Mas esse é o caminho? Não sei.

### **A ANS foi criticada pelas entidades de defesa do consumidor por ter aprovado a proposta dos planos populares. O que o sr. pensa sobre isso?**

A leitura do relatório permitiu a conclusão ao gosto de quem estava lendo. Algumas entidades de defesa do consumidor têm um viés muito pró judicialização. Minar a regulação, minar a ANS favorece o viés pró judicialização.

### **Há uma crítica de que a ANS defende mais os interesses dos planos do que dos consumidores. Isso procede?**

Como qualquer órgão público, a ANS está aberta a críticas. Mas precisamos fazer o filtro. É uma crítica que cabe? Qual o interesse que está por trás de quem fez a crítica?

Qualquer agência reguladora sempre tem um pouco dessa visão de que protege os interesses do mercado e não do consumidor. O que a gente precisa muito melhorar é a comunicação.

### **Outra polêmica é o reajuste de planos para os idosos. Como torná-lo sustentável?**

Uma das soluções possíveis no setor privado é uma poupança de saúde. Nos EUA isso está crescente e tem se mostrado uma das soluções do financiamento à saúde das pessoas mais idosas.

Ou seja, é feita uma poupança ao longo do tempo e quando a pessoa se aposenta e tem uma perda natural de renda, teria ali uma poupança para pagamento dos custos dele com saúde privada. Já existe um projeto de lei sobre esse assunto no Brasil e isso precisa voltar à luz.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

#### Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)