

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS divulga Relatório Anual de Gestão - 2018](#) - Fonte: ANS

[FenaSaúde participa de fórum da Comissão de Saúde Suplementar do CFM](#) - Fonte: Fenasaúde

[Vigitel aponta inatividade de beneficiários](#) - Fonte: IESS

[Atenção primária à saúde para conter avanço de custos](#) - Fonte: IESS

[Governo autoriza aumento de até 4,33% no preço de medicamentos já a partir deste domingo](#) - Fonte: Valor Estadão

[Diretores da ANS se reúnem com titular da Senacon](#) - Fonte: ANS

[Informações sobre planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Previsão contratual de coparticipação em internação psiquiátrica não é abusiva, diz STJ](#) - Fonte: Conjur

[Pesquisa mostra relação entre créditos tributários e maior acesso ao plano de saúde](#) - Fonte: IESS

[FenaSaúde reforça necessidade de ampliar diálogo com empresas contratantes em busca de redução de custos](#) - Fonte: Fenasaúde

ANS DIVULGA RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2018

ANS – 03/04/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em sua página na internet o Relatório Anual de Gestão do exercício 2018. O documento, cuja elaboração é coordenada pela Gerência de Planejamento e Acompanhamento (GPLAN) da reguladora, contempla todas as ações executadas no período, atendendo recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU), órgão responsável por julgar e auditar as contas dos órgãos da Administração Pública Federal.

Com o objetivo de dar mais transparência e utilidade nas prestações de contas à sociedade, este ano o relatório apresenta mudanças e aperfeiçoamento no documento, com a adoção de um modelo mais conciso e ainda assim abrangente, com foco nos resultados e redigido numa linguagem mais acessível ao público. A inovação na estrutura e linguagem toma como base o modelo do relato integrado, apoiado em sete princípios: foco estratégico e orientação para o futuro; conectividade da informação; relações com partes interessadas; materialidade; concisão; confiabilidade e completude; coerência e comparabilidade. O relato integrado representa uma evolução nos processos de gestão organizacional e comunicação corporativa.

Com pouco mais de 160 páginas, a publicação utiliza figuras e infográficos que ajudam a transformar informações complexas em dados mais facilmente compreensíveis. O foco se manteve na demonstração de alcance dos resultados, deixando o detalhamento de meios e processos para o portal da ANS, onde as informações estão disponíveis. O relatório de gestão é enviado todos os anos para análise da Controladoria Geral da União (CGU) e do TCU e, este ano, será também objeto de julgamento, o que ocorre em anos aleatórios, a critério dos órgãos de controle. A última vez que o relatório de gestão da ANS foi julgado foi no exercício de 2016.

A mensagem do diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca, abre a edição 2018 do Relatório de Gestão, que tem

também informações sobre a visão geral organizacional e ambiente externo (com organograma, dados do setor e composição da Diretoria Colegiada da ANS); planejamento estratégico e governança (com informações sobre o mapa estratégico, a agenda regulatória e boas práticas regulatórias); gestão de riscos e controles internos (com o fluxograma do processo de avaliação de riscos e medidas específicas de gerenciamento dos riscos significativos); resultados da gestão (com entregas das ações planejadas por diretoria); alocação de recursos e área especiais da gestão (com gestão orçamentária, financeira e de pessoas); além de demonstrações contábeis.

O processo de elaboração do Relatório Anual de Gestão 2018 iniciou em novembro do ano passado, quando a GPLAN analisou o conteúdo das diretrizes sugeridas pelo TCU e sugeriu a criação de um Grupo de Trabalho (GT), formado por representantes de todas as diretorias da instituição, para a construção conjunta do documento, que foi concluído em três meses.

A Gerente de Planejamento e Acompanhamento da ANS, Mirella Amorim, que coordenou a elaboração do Relatório, analisa de forma positiva o desenvolvimento do projeto: “Concluímos esse processo com a certeza de que a gente conseguiu chegar bem próximo do que o TCU tem como modelo, mas temos muito ainda a caminhar no aprimoramento não só da elaboração do relatório, mas dos nossos próprios mecanismos e interfaces de governança e planejamento”. Prova disso é que o relatório entregue no ano passado tinha mais de 400 páginas e a atual versão tem menos da metade desse documento e uma linguagem mais clara e objetiva. “Não informamos menos, mas de maneira mais direta e objetiva”, complementa a gerente.

[Acesse aqui o Relatório Anual de Gestão – exercício 2018 da ANS.](#)

FENASAÚDE PARTICIPA DE FÓRUM DA COMISSÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO CFM

FenaSaúde – 02/04/2019

Diretor executivo abordou temas como a Atenção Primária à Saúde, adoção de novas tecnologias e a ampliação do acesso

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) esteve presente na segunda edição do Fórum da Comissão de Saúde Suplementar (Comsu), do Conselho Federal de Medicina (CFM), na última quarta-feira (27), em Brasília. O evento foi uma oportunidade de aproximação entre os

protagonistas do segmento para a construção de parcerias e o fortalecimento do diálogo, com o objetivo de aprimorar o setor em prol dos beneficiários do sistema privado de saúde. “Encontros periódicos como esse são uma forma de se criar harmonia entre esse grande conjunto de atores da Saúde Suplementar. Permitem que cada um de nós se ponha do outro lado, conhecendo os limites e os compromissos de cada um e até onde se pode ceder. Cada medida adotada distribui ganhos e perdas, desigualmente. Precisamos chegar a uma

posição que seja boa para todos. Uma solução que é boa para um lado só, não é solução”, afirmou José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde.

Durante sua exposição, o executivo abordou temas como o modelo assistencial e a incorporação de novas tecnologias: “Nós defendemos e já é uma tendência nas nossas associadas, o investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), como uma nova forma de modelo assistencial. Em relação à adoção de novas tecnologias, eu recomendo prudência. A nova tecnologia que é efetiva, que atua melhor do que as anteriores e que tem menor custo não se discute, mas se envolver mais custos e estiver além do orçamento, é necessária uma avaliação”.

Cechin pontuou, ainda, a demanda da sociedade para a ampliação do acesso aos cuidados médicos de qualidade. “Outro ponto que avaliamos é o desejo de milhares de brasileiros de terem um plano de saúde, mas não possuem condições financeiras. Por que não desenhar um plano de

saúde para que eles possam ter acesso? Atenderia muitas pessoas”, destacou o executivo, defendendo também um comportamento de transparência, de ética, de remuneração justa em todos os níveis de relação do segmento.

Os participantes da mesa, presidida por Wirlande Santos da Luz, membro da Comissão de Saúde Suplementar do CFM, debateram ainda sobre pontos básicos para a construção de parcerias entre os protagonistas do Sistema de Saúde Suplementar, trazendo a visão de diferentes elos da cadeia: beneficiário; FenaSaúde; Unimed; hospital e demais estabelecimentos assistenciais de saúde; do médico e do CFM.

José Cechin participou da segunda mesa-redonda do Fórum, com Jorge Carlos Machado Curi - membro da Comissão de Saúde Suplementar do CFM; e Salomão Rodrigues Filho - coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do CFM, entre outros representantes do setor.

VIGITEL APONTA INATIVIDADE DE BENEFICIÁRIOS

IESS – 02/04/2019

A cada 5 adultos, um não pratica atividades físicas suficientes de acordo com a edição 2017 da pesquisa Vigitel Saúde Suplementar, produzida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Ministério da Saúde (MS). Entre os adolescentes, o número é ainda mais alarmante: quatro a cada cinco estão nessa situação. No total, a pesquisa indica que 45,8% dos brasileiros não praticam atividade física suficiente e 53,7% têm excesso de peso.

Ainda mais alarmante do que o percentual da população que não realiza atividades suficientes para manter boas condições de saúde é o total que afirma não ter realizado qualquer atividade nos últimos 3 meses, caracterizando inatividade: 14,6%. Analisando os dados da última edição da pesquisa é possível perceber que as beneficiárias de planos de saúde são mais inativas que os beneficiários. Em 2017, 15,7% das mulheres afirmam não ter praticado qualquer

atividade física nos três meses anteriores à pesquisa. Já entre os homens, o percentual foi ligeiramente menor: 13,2%.

Por outro lado, o resultado também aponta um aumento da inatividade entre os homens e uma redução entre as mulheres em relação aos dados registrados em 2016. No universo feminino, o total de inativas caiu 0,8 ponto percentual (p.p.) (de 16,5% para 15,7%); já no masculino, houve aumento de 1,8 p.p. (de 11,4% para 13,2%).

O levantamento ainda aponta que João Pessoa (PB) é a capital com a maior proporção de inativos: 20,3%. Já Palmas (TO) é capital com a menor proporção de inativos: 11,2%.

Os resultados dão importante indicativos para a formulação de programas de promoção de saúde e inputs valiosos para os gestores e tomadores de decisão do setor. Por isso, nos próximos dias, não perca nossas análises sobre os demais indicadores da publicação.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CONTER AVANÇO DE CUSTOS

IESS - 01/04/2019

O gasto de planos de saúde com consultas, exames e procedimentos assistenciais deverá passar dos R\$ 170 bilhões em 2018, um avanço de 8,7% em relação a 2017, de acordo com projeção da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) que já [apontamos aqui](#). Diversos fatores contribuem para esse aumento, como mostra a [reportagem “Os desafios dos planos de saúde”](#), publicada hoje pelo jornal O Estado de S. Paulo.

Nós temos, constantemente, buscado apontar caminhos para combater esse avanço e fornecer subsídios técnicos para auxiliar gestores e tomadores de decisões na busca pela sustentabilidade econômico-financeira do setor. Por exemplo, com o [estudo “Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”](#), que realizamos em parceria com a PwC Brasil, para destacar a necessidade de mudanças regulatórias no País.

Claro, como buscamos sempre fomentar o debate, não nos restringimos aos estudos que nós produzimos e buscamos sempre trazer outros trabalhos e iniciativas que possam contribuir para este debate e para a implementação de novas ações. Por isso, hoje, gostaríamos de destacar alguns materiais externos.

O primeiro é a [reportagem "Atenção primária é saída para conter custo"](#), publicada hoje no jornal Valor Econômico, que traz um relato sobre o congresso realizado pelo International Finance Corporation (IFC), no fim da semana passada, em Miami, com 450 representantes de empresas do setor de saúde de mais de 70 países.

O grande destaque da convenção foi a necessidade de focar em atenção primária e, nesse sentido, algumas empresas apresentaram cases interessantes que podem (devem) ser analisados pelo mercado. Entre elas, duas brasileiras: NotreDame Intermédica e Prevent Senior.

Maureen Lewis, CEO da Aceso Global, também falou no evento e destacou a necessidade de mudar padrões de uso dos serviços de saúde, como a procura exagerada por pronto-socorro em casos que não são nem de urgência nem emergência. Sobre o assunto, vale rever a palestra que ela deu em nosso [seminário "Qualidade e Eficiência na Saúde"](#): "Revolucionando o sistema de saúde por meio da qualidade e eficiência".

GOVERNO AUTORIZA AUMENTO DE ATÉ 4,33% NO PREÇO DE MEDICAMENTOS JÁ A PARTIR DESTE DOMINGO

Estadão – 30/04/2019

Diferentemente de anos anteriores, o reajuste em 2019 será linear para todos os tipos de medicamentos

O governo federal autorizou reajuste de até 4,33% no preço dos remédios para 2019 já a partir deste domingo, 31. O aumento está publicado em edição extraordinária do Diário Oficial da União (DOU) de ontem em decisão da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed). "As empresas produtoras de medicamentos poderão ajustar os preços de seus medicamentos em 31 de março de 2019, nos termos desta resolução", diz o ato.

Diferentemente de anos anteriores, o reajuste em 2019 será linear para todos os tipos de medicamentos. Este ano, o aumento ficará um pouco acima da inflação medida pelo [Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo \(IPCA\)](#). No acumulado de março do ano passado até fevereiro deste ano, esse índice foi de 3,89%.

O [Ministério da Saúde](#) explica em nota que o percentual não é um aumento automático nos preços, mas uma definição de teto permitido de reajuste. Com isso, cada empresa pode optar por aplicar o índice total ou menor. "Será uma correção igualitária para os três grupos de insumos: os de maior

concorrência, concorrência moderada e concentrada", diz a pasta. De acordo com o ministério, mais de 12 mil apresentações de medicamentos são comercializadas no [Brasil](#).

Outra resolução da Cmed, também publicada no Diário Oficial extra, dispõe sobre o monitoramento e liberação de critérios para o estabelecimento ou ajuste de preços dos medicamentos isentos de prescrição médica, medicamentos fitoterápicos, produtos tradicionais fitoterápicos e anestésicos locais injetáveis de uso odontológico.

A norma "aplica-se a quaisquer pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado que atuem no mercado de medicamentos, dentre as quais, as empresas produtoras de medicamentos, representantes, distribuidoras de medicamentos e o varejo".

Dentre outros pontos, a resolução classifica em três grupos os medicamentos passíveis de monitoramento e liberação dos critérios de estabelecimento ou ajuste de preços. [Veja aqui](#).

DIRETORES DA ANS SE REÚNEM COM TITULAR DA SENACON

ANS – 29/03/2019

Os diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) receberam, nesta quinta-feira (28/3), o secretário Nacional do Consumidor, Luciano Timm. O titular da Senacon veio à ANS a convite da diretora de Fiscalização, Simone Freire. Ele conheceu a Agência, viu de perto como funciona a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta

que soluciona os conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, e conversou sobre maneiras de integrar o trabalho das duas instituições em prol do consumidor.

A diretora explicou ao secretário como funciona a NIP, detalhando o conceito, objetivos e o fluxo do processo, além

de esclarecer sobre características técnicas do sistema. A partir de uma reclamação registrada pelos canais de atendimento da ANS, uma notificação automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até cinco dias para resolver o problema nos casos de demandas assistenciais e até dez dias para problemas de outra natureza.

Simone destacou que a NIP tem alcançado, ano a ano, índices cada vez mais altos de resolatividade. "Em 2018, 91% das reclamações registradas foram resolvidos pela NIP, o que demonstra a importância dessa ferramenta para agilizar a solução de maneira ágil os conflitos entre beneficiários e operadoras e evitar que as queixas resultem em medidas mais gravosas ou se transformem em questões judiciais", disse a diretora.

O secretário, por sua vez, falou sobre a plataforma consumidor.gov.br, serviço que permite a interlocução entre consumidores e empresas para solução de conflitos de consumo pela internet. De acordo com informações da Senacon, que monitora a plataforma, 80% das reclamações registradas no sistema são solucionadas pelas empresas,

que respondem as demandas em um prazo médio de sete dias.

Ao final do encontro, a diretora e o secretário Luciano Timm demonstraram interesse de que as duas instituições celebrem uma parceria para atuar conjuntamente em estratégias voltadas para a proteção dos usuários de planos de saúde. A ideia é de que a cooperação se inicie nos moldes do Programa Parceiros da Cidadania, desenvolvido pela ANS com órgãos integrantes do Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e Órgãos de Defesa do Consumidor. As especificidades do acordo estão sendo definidas e serão detalhadas em breve.

Participaram da reunião os diretores de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, e de Gestão, Paulo Rebello.

INFORMAÇÕES SOBRE PLANOS DE SAÚDE

ANS - 29/03/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entende que a melhor forma de proteger o consumidor é empoderando esse público, compartilhando informações de qualidade para que ele esteja sempre a par de seus direitos. Para isso, a reguladora preparou uma apresentação mostrando o "caminho" que o beneficiário pode fazer no setor de saúde suplementar, desde a pesquisa do melhor plano até o cancelamento do serviço.

No material, o interessado encontrará links para cartilhas orientativas que a ANS produziu sobre temas como

contratação de planos, cancelamento ou exclusão, contratação por empresário individual, entre outros. A apresentação também será disponibilizada nas redes sociais da ANS no formato de [vídeo](#).

[Confira aqui a apresentação da ANS.](#)

[Confira aqui outras informações relevantes sobre a contratação e manutenção de plano de saúde.](#)

PREVISÃO CONTRATUAL DE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NÃO É ABUSIVA, DIZ STJ

Conjur - 29/03/2019

Nos casos em que é necessária a internação para tratamento psiquiátrico por mais de 30 dias, o plano de saúde pode dividir os custos com o beneficiário, contanto que o regime de coparticipação esteja claramente previsto em contrato. Essa foi a jurisprudência reafirmada pela 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, em decisão publicada na última quinta-feira (21/3).

O relator do caso, ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, afirma que a intenção é "a manutenção do equilíbrio entre as prestações e contraprestações que envolvem a verdadeira

gestão de custos do contrato de plano de saúde, bem como a compatibilidade da limitação contratada, de forma expressa e clara".

O recorrente no caso contestava essa visão, propondo que o regime de coparticipação é uma forma de impor limite ao tempo de internação, algo que é vedado e observado pela Súmula nº302 do STJ.

No entanto, a 2ª Sessão de Direito Privado do STJ, em embargos de divergência, já havia definido por unanimidade pela validade do regime, expresso no voto da relatora,

ministra Nancy Andrighi, que diz que "não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente contratada e informada ao consumidor, para a hipótese de internação superior a 30 dias decorrentes de transtornos psiquiátricos". Assim, Villas Bôas Cueva concluiu que o "acórdão recorrido não destoou da orientação atual e específica desta Corte Superior acerca do tema, sendo acertada e imprescindível a manutenção da decisão" anterior, proferida pela 3ª Turma no julgamento do Recurso Especial nº 1.511.640-DF.

Jurisprudência Consolidada

O mesmo entendimento é partilhado pela 4ª Turma, com decisões recentes nesse sentido dos ministros Antonio Carlos Ferreira e Luís Felipe Salomão, de novembro e setembro de 2018.

Em pesquisa de jurisprudência no Tribunal de Justiça de São Paulo, 32 processos semelhantes foram julgados no último ano, todos com entendimento convergente e seguindo o precedente do STJ. Há ressalvas feitas apenas quanto a quais situações podem ser consideradas análogas à internação psiquiátrica e como está configurado o regime nos contratos.

A situação é similar no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, onde seis decisões sobre o tema foram encontradas em pesquisa de jurisprudência. A única peculiaridade observada ocorreu em agravo de instrumento no qual o desembargador relator Cezar Augusto Rodrigues Costa limitou, em janeiro deste ano, a 30% o índice de coparticipação, quando no caso concreto o beneficiário comprovou a impossibilidade de custear 50% da internação.

PESQUISA MOSTRA RELAÇÃO ENTRE CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS E MAIOR ACESSO AO PLANO DE SAÚDE

IESS - 28/03/2019

Nos Estados Unidos, um dos meios comuns para reduzir as taxas relacionadas aos planos de saúde é a utilização de créditos fiscais, que incentivam a compra e facilitam o acesso ao serviço. O Health Insurance Tax Credit (HITC) foi um complemento do Earned Income Tax Credit (EITC), de 1991 a 1993, introduzido como parte do Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990. Cada modalidade do programa é voltada para pessoas de diferentes perfis, como, por exemplo, famílias com e sem filhos ou com diferentes faixas de renda.

Pensando na importância de práticas como essa para garantir o acesso à saúde privada, o estudo "Effectiveness of tax credits for health insurance premium: Evidence from the health insurance tax credit" (Efetividade dos créditos tributários para o prêmio do seguro saúde: evidências do crédito tributário do seguro saúde), publicado na [24ª edição do Boletim Científico](#), avaliou a efetividade dos créditos fiscais na ampliação da cobertura dos planos.

Para isso, utilizou-se dados do Survey of Income and Program Participation, pesquisa que entrevista famílias a cada 4 meses, comparando dados de antes da implementação dos incentivos com os posteriores.

Como esperado, o autor apontou a importância de políticas semelhantes para o desenvolvimento do setor, propiciando, por exemplo, a melhoria do acesso por diferentes

beneficiários. A pesquisa mostrou que a cobertura de plano de saúde aumentou em 7,1 pontos percentuais após a implementação dos créditos tributários.

Apesar de não causar aumento significativo no volume de consultas médicas, a percepção dos entrevistados sobre o seu status de saúde melhorou, aumentando em 4,6 pontos percentuais aqueles que o consideraram muito bom ou excelente.

Nós já falamos sobre a questão de incentivos fiscais para os beneficiários em diferentes momentos, como pode ser visto em nossa [Área Temática](#). Em uma delas, o Dr. Ricardo Lodi, um dos mais respeitados especialistas em Direito Tributário do País, explicou que o pagamento do Imposto de Renda é calculado sobre o ganho financeiro e patrimonial do contribuinte. Quando o indivíduo ou a empresa deduzem as despesas do plano, portanto, esse valor foi extraído da renda do contribuinte. Ou seja, o contribuinte perdeu renda ao pagar a mensalidade do plano e terá uma base menor de aferição de renda.

Para saber mais sobre o tema, basta assistir à palestra do Dr. Lodi em evento realizado pelo IESS. Apesar de técnica, a explicação do advogado é bastante clara e fácil de acompanhar, promovendo o entendimento sobre o assunto até mesmo para quem não é familiarizado com questões tributárias.

FENASAÚDE REFORÇA NECESSIDADE DE AMPLIAR DIÁLOGO COM EMPRESAS CONTRATANTES EM BUSCA DE REDUÇÃO DE CUSTOS

FenaSaúde - 28/03/2019

Presidente da Federação apresenta tendências e perspectivas em saúde durante evento da ABRH-RJ

O presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), João Alceu Amoroso Lima, participou, na última terça-feira (26), do II Fórum de Gestão da Saúde, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos, seção Rio de Janeiro (ABRH-RJ). O executivo destacou a importância do setor de Saúde Suplementar se aproximar e dialogar mais com os representantes das áreas de Recursos Humanos das empresas contratantes de planos de saúde, já que são os principais consumidores do benefício – respondem por 66,9% dos 47,3 milhões de beneficiários do sistema de saúde privado.

João Alceu ressaltou também que as empresas devem participar mais efetivamente das principais discussões do setor. Afinal, são as empresas contratantes que remuneram a cadeia de saúde. Por isso mesmo, reforçou, é importante a participação dos contratantes nas questões mais relevantes debatidas em Brasília e na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que envolvem projetos de lei e regulação do setor. “Ao longo do tempo, as operadoras ganharam o apelido de ‘fonte pagadora’, mas na verdade as operadoras são apenas as gestoras dos recursos oriundos das empresas e indivíduos que pagam as mensalidades dos planos de saúde. Nosso papel é semelhante ao do síndico de um condomínio na medida em que gerenciamos a aplicação dos recursos para o bem comum dos ‘condôminos’, que são os beneficiários”.

Custos: Durante o evento, João Alceu apresentou números que mostram que o maior desafio para a Saúde Suplementar no Brasil é a gestão dos custos cuja elevação ano após ano tem sido bem superior ao IPCA, principal índice inflacionário. O executivo participou do painel ‘Tendências e perspectivas no Setor de Saúde’, ao lado da advogada Angélica Carlini e do vice-presidente executivo de Saúde e Benefícios no Brasil da consultoria Aon, Paulo Jorge. Marcelo Lima, executivo da Mediservice (Grupo Bradesco Saúde), mediu o painel.

De acordo com levantamento realizado pela FenaSaúde, entre 2012 e 2017, o crescimento das despesas assistenciais foi de 89%, enquanto o número de beneficiários manteve-se estável no período – 0,2%. Segundo João Alceu, existe a expectativa que, nos próximos três anos, o segmento de planos de saúde recupere os três milhões de beneficiários que deixaram o sistema em razão da crise econômica. “Quem experimentou, quer voltar”, enfatiza.

Diante desse cenário, João Alceu destacou que a escalada dos custos da saúde decorre de vários fatores, como a incorporação de inovações tecnológicas, inclusive a de medicamentos; e o envelhecimento da população que, no

caso brasileiro, torna-se ainda mais expressivo com o aumento da perspectiva de vida das pessoas – um dos mais importantes fatores para o aumento das despesas médicas nas próximas décadas. Temas que geram debate pelo mundo.

Se a escalada do aumento das despesas assistenciais é um fenômeno global, João Alceu destacou, por sua vez, outro elemento que impacta especialmente os custos no Brasil, a judicialização excessiva da saúde. “Esse descompasso provocado pelo aumento das despesas assistenciais é mundial, não é uma jabuticaba. Temos, entretanto, nossa jabuticabeira, que é a judicialização excessiva e que o Brasil extrapola em todos os sentidos”, sublinhou o presidente da FenaSaúde. “Quem paga a conta dessa judicialização é o fundo mutuo (como no condomínio) – mantido por todos os beneficiários de planos de saúde. Enquanto não se entender isso, o desequilíbrio econômico observado em várias operadoras do mercado tende a crescer. Há uma cultura no Brasil de processar por qualquer coisa”, completou Angélica Carlini, sócia da Carlini Sociedade de Advogados.

Desperdícios e impacto – Além do envelhecimento da população e da adoção de novas tecnologias, outro fator preponderante para a elevação de custos na Saúde Suplementar, lembrou o presidente da FenaSaúde, é a prática da prescrição de exames em excesso. Para se ter ideia, de acordo com levantamento da Federação, mesmo com a queda no número de beneficiários entre 2013 e 2017, equivalentes a cerca de 3 milhões de consumidores, a quantidade de consultas e exames cresceu 5,6% e 25,4%, respectivamente no mesmo período. “O problema não é a pessoa realizar exames, mas o desperdício que se tem nesse processo”, assinalou João Alceu.

Outro fator que tem contribuído para elevação dos custos tem sido as atualizações periódicas do Rol Mínimo de Procedimentos. Quando da última atualização do Rol, que entrou em vigor em janeiro de 2018, a FenaSaúde realizou um estudo de impacto considerando apenas 14 dos 30 novos medicamentos que estimou em R\$ 4,5 bilhões os custos adicionais em 2018, que devem representar cerca de 3,5 pontos percentuais do reajuste referente a variação de custos daquele período. O executivo ressaltou que o estudo de impacto da FenaSaúde repercutiu de tal forma, que levou outras entidades a fazerem seus próprios levantamentos, alguns dos quais com resultados semelhantes.

Atenção Primária à Saúde – João Alceu aproveitou a oportunidade de estar com representantes dos RHs das empresas para apresentar o documento “Desafios da Saúde Suplementar 2019”, no qual a FenaSaúde elenca 11 pontos que precisam ser trabalhados para reduzir custos e garantir a sustentabilidade do setor de saúde privada, além de melhorar a qualidade assistencial ofertada aos beneficiários. O

relatório foi entregue à equipe econômica do presidente Jair Bolsonaro.

O executivo destacou, entre os pontos, a Atenção Primária à Saúde (APS) – conceito assistencial no qual o foco é o paciente e não a doença, priorizando o médico da família, com rede hierarquizada, por meio do qual o beneficiário será melhor assistido. “Este é um conceito que vem ganhando ênfase, mas de forma voluntária e como produto opcional. Esse conceito deve ser cobrado pelos empregadores, inclusive a rede credenciada de hospitais públicos, com permissão da dupla porta de entrada – hospitais atendem ao SUS e à Saúde Suplementar”.

No modelo atual, ressaltou João Alceu, o custo de atendimento é elevado, ineficiente e garante somente o

tratamento de doenças. De acordo com a FenaSaúde, se aplicada conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde, além de evitar o adoecimento, reduz em 17% as demandas por internações e em 29% a procura por serviços de urgência e emergência. APS é capaz de resolver 80% das demandas por cuidados de saúde.

O vice-presidente executivo de Saúde e Benefícios no Brasil, Paulo Jorge, da consultoria Aon, destaca, no entanto, a necessidade da existência uma infraestrutura de profissionais de saúde para desenvolver a APS dentro das empresas: “Não existe atividade de Atenção Primária sem equipe multidisciplinar. Não adianta abrir um ambulatório na empresa, apenas isso não é APS”.

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.

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



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.