

14 de Junho de 2017

RESULTADO LÍQUIDO DE OPERADORAS SOBE 66% EM 2016

O Globo – 12/06/2017

O faturamento das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e odontológicos chegou a R\$ 161,38 bilhões em 2016, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É avanço de 12,67% na comparação com 2015. Os gastos com despesas assistenciais, contudo, subiram em taxa superior, de 14,13%, para R\$ 137,05%. O resultado líquido das empresas do segmento, porém, subiu em 66% em 2016, para R\$ 6,46 bilhões.

O relatório publicado pela agência destaca que a perda de beneficiários e o aumento das despesas e custos vêm impactando o

desempenho financeiro das operadoras. Com isso, os indicadores de sinistralidade recuaram. “A cada R\$ 100 pagos de mensalidade, cerca de R\$ 85 são destinados ao pagamento da assistência à saúde — clínicas, hospitais, laboratórios”, diz Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS em nota. Ele destaca que, com a perspectiva do aumento dos custos na saúde com o envelhecimento populacional, será preciso discutir a sustentabilidade do setor.

Ao recortar os dados apenas dos planos médico-hospitalares, o faturamento ficou em R\$ 158,34 bilhões, 12,86% mais que em 2015. As despesas indenizáveis aumentaram em 14,2%, chegando a R\$ 135,57 bilhões. Enquanto o segmento exclusivamente odontológico chegou a R\$ 3,04 bilhões em faturamento e a R\$ 1,48 bilhão em despesas assistenciais.

BRASIL REGISTRA QUASE 2 MILHÕES DE NOVOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

IESS – 12/06/2017

Entre abril de 2017 e o mesmo mês do ano passado, enquanto os planos médico-hospitalares perderam 962 mil de beneficiários, os planos exclusivamente odontológicos firmaram 1,8 milhão de novos vínculos. Com o crescimento, de 8,5%, os planos exclusivamente odontológicos já registram 22,5 milhões de beneficiários, de acordo com os dados da última edição da NAB.

Se levarmos em consideração os números absolutos, a região Sudeste apresentou o melhor resultado, com mais de 1 milhão de novos vínculos, aumento também de 8,5%. No período analisado,

foram firmados 800 mil novos vínculos apenas em São Paulo. Alta de 11,4%.

Já o Nordeste do Brasil teve alta de 12,5% e segue sendo a região que, proporcionalmente, mais avança em usuários de planos exclusivamente odontológicos. O crescimento significa o acréscimo de 474 mil novos beneficiários. O Estado do Pernambuco se destacou com 137 mil novos vínculos, o maior aumento, em números absolutos, da região Nordeste: 18,6%

A região Norte do País também registrou avanço acima da média nacional. O crescimento de 11,2% corresponde a 104 mil novos beneficiários. Desse número, 86 mil se concentram apenas nos Estados do Pará e Amazonas.

As regiões Sul e Centro-Oeste registraram o menor crescimento no período. No Sul foram firmados 104 mil novos vínculos, avanço de 4,9%. Já no Centro-Oeste, foram 59 mil, alta de 3,8%.

IDEC CRITICA FALTA DE ESTUDOS SOBRE PLANOS ACESSÍVEIS

IDEC – 12/06/2017

No dia 08/06, o Idec participou da 90ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar (Camss). O evento teve como objetivo discutir as novas regras e propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Um dos temas que gerou debate acalorado durante a reunião foi o de planos de saúde acessíveis (também chamados de populares). Segundo a ANS, a proposta, que está em análise desde março pelo Grupo de Trabalho (GT) criado pela agência, passará para a fase de discussão pública, o que gerou uma série de críticas das entidades.

“A agência partiu para a fase de participação social sem ao menos ter realizado estudos que evidenciem o impacto a dessas alterações ou antes de definirem seu posicionamento sobre a proposta. Há um grande risco de os planos acessíveis desregulamentarem o mercado, deixando o consumidor desprotegido”, afirma Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Idec.

No início de março, o Instituto já havia criticado a proposta do Ministério da Saúde que prevê a criação de planos com restrições de cobertura ou de atendimento ao consumidor. Entre os problemas apresentados estão retrocessos regulatórios importantes, como a possibilidade de reajustar planos individuais fora do teto da ANS; redução do atendimento à oferta disponível na região; planos com coparticipação de 50%; e flexibilização dos prazos máximos de atendimento.

Durante a reunião, uma representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) leu uma moção de repúdio aos planos acessíveis. Para o conselho, a iniciativa do governo federal de propor ações que favoreçam o mercado contrariam os princípios e diretrizes do Sistema Único, público, universal e de qualidade. O órgão já havia repudiado a proposta e pedido a dissolução do GT.

Reajustes em pauta

A ANS também informou durante a reunião que está estudando a possibilidade de criar uma nova agenda regulatória que abranja temas e propostas que ainda não estão em discussão.

O Idec sugeriu que a agência insira no debate o tema de reajustes de planos de saúde: propôs a abertura de um GT para discutir a metodologia de cálculo dos aumentos nos planos individuais – que vêm aumentando de forma desequilibrada nos últimos anos – e a regulação dos contratos coletivos.

ANS PUBLICA INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS DO SETOR

ANS –12/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza em seu portal o Prisma Econômico-Financeiro, com dados consolidados de 2016. A receita seguiu em expansão, apesar da redução do número de beneficiários verificada nos últimos dois anos e do cenário macroeconômico adverso. Em 2016, o setor fechou o 4º trimestre com um total de R\$ 161,38 bilhões em contraprestações efetivas (faturamento com operação de planos de saúde). O número representa um crescimento nominal de 12,67% em relação a 2015.

Por outro lado, as despesas com pagamentos de serviços de assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde tiveram variação maior que a das contraprestações: aumento nominal de 14,13% em relação a 2015, totalizando R\$ 137,05 bilhões.

Diante disso, os indicadores de sinistralidade e de variação de custos apresentaram piora no período. “A cada R\$ 100 pagos de mensalidade, cerca de R\$ 85 são destinados ao pagamento da assistência à saúde – clínicas, hospitais, laboratórios”, destacou Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

ANS –12/06/2017

O resultado final do primeiro processamento de 2017 (referente aos dados do quarto trimestre de 2016) do Monitoramento do Risco Assistencial já se encontra disponível no portal da ANS:

OPERADORAS DEPENDEM MAIS DE GANHO FINANCEIRO

Folha de São Paulo –12/06/2017

As aplicações financeiras de operadoras de saúde devem ganhar importância nos resultados das empresas, afirma o diretor da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Leandro Fonseca.

Mudança de plano

Outro tema que entrou em debate foi a respeito da necessidade de novas regras para portabilidade de carência, credenciamento e credenciamento na rede assistencial de saúde, possibilitando que o consumidor transite pelo mercado de planos.

Nesse ponto, o Idec reforçou seu posicionamento, já enviado à agência em maio, de que a imposição de multa para quem quer sair do plano de saúde é totalmente ilegal e abusiva, ferindo o direito de livre escolha do consumidor previsto no artigo 6º, II do Código de Defesa do Consumidor.

da ANS. Lembrando que a variação de custos médico-hospitalares decorre principalmente da inflação médica, incorporação de novas tecnologias e da frequência de utilização dos planos, ele ainda destacou: “Diante da perspectiva de aumento de custos na saúde com o envelhecimento populacional, será preciso discutir a sustentabilidade do setor de saúde com a mesma profundidade que se discute hoje em dia a reforma da previdência”.

Ainda segundo a publicação, pode-se depreender que houve uma melhora no resultado financeiro do setor, o que contribuiu para reverter resultados operacionais negativos e levar a uma margem de lucro líquida positiva para o setor. De fato, a robustez financeira e solvência do setor pode ser atestada pelos ativos garantidores das provisões técnicas que registraram, no último trimestre de 2016, quase R\$ 24 bilhões – crescimento nominal de 16,74%, no comparativo com 2015.

Por fim, analisando-se somente o segmento médico-hospitalar, o mesmo apresentou contraprestações efetivas de R\$ 158,34 bilhões e despesas assistenciais de R\$ 135,57 bilhões. Já o segmento exclusivamente odontológico totalizou, em contraprestações efetivas, o valor de R\$ 3,04 bilhões enquanto que a soma das despesas assistenciais chegou a R\$ 1,48 bilhão.

[Clique aqui e acesse o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.](#)

<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/acoes-da-ans-nas-operadoras/monitoramento-do-risco-assistencial>.

Em 2016, as despesas das operadoras cresceram a 14,13%, uma taxa maior que o aumento das receitas, que subiram 12,7%.

Os ativos garantidores das empresas (recursos reservados para garantir o pagamento de passivos, e que podem ser aplicados no mercado financeiro) subiram 16,8%.

“A operação em si dos planos de saúde não tem dado um retorno satisfatório. O que reverte a tendência negativa é o resultado financeiro.”

Para as operadoras, o aumento dos aportes apenas acompanha a necessidade de garantir despesas cada vez maiores, diz o economista-chefe da Abramge (entidade do setor), Marcos Novais.

“Não vejo operadoras se movimentando para aplicar mais que o necessário, que é cobrir os passivos, mas é uma receita financeira importante, em um momento em que não conseguem ter margem na operação dos planos.”

PRESTADORES PODEM TER DE PASSAR A PAGAR ALÍQUOTA MÁXIMA

Agência Estado –12/06/2017

Com a mudança da cobrança do imposto sobre serviços (ISS) da sede das empresas para o município onde o serviço é prestado, as companhias dizem que a possibilidade de dano na prestação de serviços também está no radar. As operadoras de cartões de crédito já fazem estimativas, e a representante do setor não descarta que haja uma concentração do serviço de pagamento apenas em grandes praças. No caso dos planos de saúde, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) diz que mais de 3,8 mil municípios possuem menos de mil beneficiários de várias operadoras e, portanto, correm sério risco de ficar sem assistência.

“A melhor opção seria excluir as operadoras de planos de saúde das novas regras”, diz o superintendente do Sistema Abramge, Francisco Wisneski. A entidade estuda medidas judiciais para isentar a categoria de recolher o ISS em cada município e para solucionar outras inseguranças jurídicas. Algumas prefeituras, por exemplo, permitiam ao plano de saúde excluir da base de cálculo os gastos assistenciais (com consultas, exames ou internações), nem sempre efetuados no mesmo domicílio do beneficiário. Agora, há dúvida sobre a possibilidade de seguir com esses descontos.

A Confederação Nacional dos Municípios (CNM) rebate o argumento e diz que a distribuição do ISS sobre esses serviços não será de maneira alguma danosa às atividades. “Talvez vão ter de ter um ou dois softwares a mais. Mas não vão ter elevação do custo”, diz Paulo Ziulkoski, presidente da entidade. O que já é dado como certo é que muitas prefeituras que passarão a receber uma fatia do tributo aproveitarão o momento para elevar a alíquota ao máximo permitido, 5%, para tentar incrementar as receitas.

CRESCER INTERNACÃO PSIQUIÁTRICA POR PLANOS DE SAÚDE

Agência Estado –09/06/2017

As internações psiquiátricas de pacientes de planos de saúde aumentaram 58% no País em quatro anos, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O número de hospitalizações desse tipo custeadas pelos convênios passou de 99,5 mil em 2012 para 157,4 mil no ano passado – quase 18 por hora, em média.

Embora ANS e empresas não detalhem o número de atendimentos por tipo de transtorno psiquiátrico, representantes do setor e de clínicas de reabilitação indicam que é o aumento do abuso de drogas lícitas e ilícitas o principal responsável por esse crescimento. “Com certeza o tratamento para usuários de drogas deve estar influenciando essa variação. Uma das empresas (de planos de saúde) identificou um aumento de 26% nas internações por

dependência química somente no período de 2015 a 2016”, diz Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade que representa 18 grupos de operadoras.

Segundo Nivaldo Caliman, diretor superintendente do Instituto Bairral de Psiquiatria, complexo de reabilitação no interior paulista que atende pacientes da rede pública e da privada, a ala que recebe pacientes particulares e de convênio opera com lotação máxima e fila de espera. “Temos 60 leitos exclusivos para dependência química. Todos permanecem o tempo todo ocupados e há demanda extra de mais 160 pacientes”, detalha ele.

De acordo com Caliman, ao contrário do que ocorre na ala para o Sistema Único de Saúde (SUS, da rede pública), o crack não é a droga predominante entre os pacientes do sistema privado. “Há também casos de dependência em crack entre os pacientes particulares e de convênios, mas o que mais vemos é abuso de álcool, anfetaminas, cocaína e ecstasy”, diz ele.

SUSPENSÃO DE 38 PLANOS DE SAÚDE ENTRA EM VIGOR

Exame –09/06/2017

Desde o dia 09/06, está suspensa a comercialização de 38 planos de saúde de 14 operadoras, por causa de reclamações, recebidas

no primeiro trimestre deste ano, relativas à cobertura assistencial e à demora no atendimento.

A medida é resultado do monitoramento feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento.

AMB COBRA MELHORIA DE GESTÃO PARA BARATEAR PLANOS DE SAÚDE

Câmara dos Deputados –07/06/2017

O diretor de defesa profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), Emilio Cesar Zilli, disse em audiência pública na Câmara dos Deputados que as falhas na gestão estão entre os principais problemas dos planos de saúde no Brasil

O tema foi discutido pela comissão especial que analisa mudanças nos planos de saúde (Projeto de Lei 7419/06 e outras 139 propostas que tramitam em conjunto).

“Como querem fazer divisão de custos e criar novas ferramentas de planos se os próprios gestores não sabem quantos tabagistas, hipertensos e diabéticos cobrem?”, perguntou Zilli.

Para ele, se houvesse um modelo mais eficiente de gestão, os planos de saúde poderiam ser mais baratos.

Outro exemplo citado foi o desconhecimento do público-alvo sobre os planos em relação à faixa etária. Segundo Zilli, atualmente, a maioria dos usuários está na faixa de 30 anos, embora seja disseminada a “falácia” de que a maioria é de idosos. Com o envelhecimento da população, afirmou, os idosos serão a maioria dos usuários apenas em 2060.

Acessibilidade

O representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Wanderley Gomes da Silva, questionou a acessibilidade dos planos. “A saúde suplementar é muito importante, mas nós acreditamos que o poder público deve investir na saúde pública, e não criar planos acessíveis. Acessíveis a quem? O SUS tem 70% de cobertura universal e esses novos planos vão conseguir cobrir mais que isso?”

Para o representante do CNS, o Estado deve ser o protetor social e garantir a qualidade de vida e o desenvolvimento da população.

A coordenadora-executiva da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde, Josefa René Santos Patriota, disse que a prevenção é uma parte fundamental para a questão da saúde: “A prevenção. “Se trabalharmos com isso, é possível diminuir as despesas de todos os envolvidos.”

O deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), relator do projeto na comissão, destacou o problema da judicialização da saúde, que leva o Estado a custear tratamentos muito caros. “Existem dados e contas alarmantes. Isso atinge o planejamento de todo o Estado”, avaliou.

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.

Milliman

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

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br