

21 de Junho de 2017

DESTAQUE DA SEMANA:**ENCONTRO VAI DEBATER FUTURO DO MERCADO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

Operadoras em Movimento –20/06/2017

A primeira edição do Encontro Brasileiro de Operadoras de Planos de Saúde (Ebrops) vai reunir empresários e executivos das principais empresas do segmento, representantes de órgãos reguladores, membros do judiciário e dirigentes de entidades associativas para discutir o futuro do setor. O evento ocorre nos dias 10 e 11 de julho no Bourbon Ibirapuera Convention, em São Paulo (SP). A programação inclui debates sobre temas como compliance, judicialização e rentabilidade das empresas do setor. Entre os palestrantes confirmados estão a jornalista Cristiana Lobo, o fundador do Reclame Aqui, Maurício Vargas, a Executiva de Auditoria Interna, Riscos e Compliance do Hospital Beneficência Portuguesa, Florence Monteiro, o Health Care Compliance Officer na Johnson & Johnson, João Ximenes, o

Ex Ministro- Chefe da Controladoria Geral da União e atual Conselheiro da Comissão de Ética Pública da Presidência da República, Luiz Navarro (foto), entre outros.

Inscrições: operadorasemmovimento.com.br

**DECISÕES CONTRA PLANOS:
JUÍZES PRATICAMENTE IGNORAM
RESOLUÇÕES**

O Globo – 20/06/2017

As resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estão em baixa com a Justiça. Estudo que analisou, entre 2013 e 2014, 4.068 ações que tramitaram no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), envolvendo contratos de planos de saúde coletivos, mostra que apenas 1% das decisões foram embasadas nas resoluções da ANS. No ranking, as normas da agência que regula os planos ficaram em 18º lugar.

Em primeiro lugar aparece o Código de Defesa do Consumidor (56,7%), seguido pela Lei de Planos de Saúde (56,5%), Código Civil (10,5%) e Estatuto do Idoso (9,8%).

O estudo foi feito pelo mestre em gestão e políticas em sistemas de saúde Rafael Robba, que também é advogado especializado em direito à saúde.

Desconhecimento

Gente do setor de planos acredita que o Judiciário “desconhece ou ignora a regulação da ANS, o que invariavelmente causa distorções”. É que quando a Justiça concede algo que não foi contratado, todos os demais usuários do sistema arcam com aquele custo, o que acaba contribuindo para o encarecimento da saúde suplementar. E isto, como se sabe, reflete até na redução do número de pessoas que tem plano de saúde.

**MÉDICO PEDE MAIS EXAMES NO
BRASIL DO QUE EM PAÍS RICO**

Estadão –17/06/2017

SÃO PAULO - Eliane Ferreira Santiago, de 37 anos, convive desde criança com dores fortes em todo o corpo e uma fadiga crônica. Foi em diversos médicos e conta que fez, em diferentes faixas etárias, vários exames. Os médicos de planos de saúde brasileiros já pedem mais exames de tomografia e ressonância do que profissionais de países desenvolvidos, segundo dados inéditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obtidos pelo Estado.

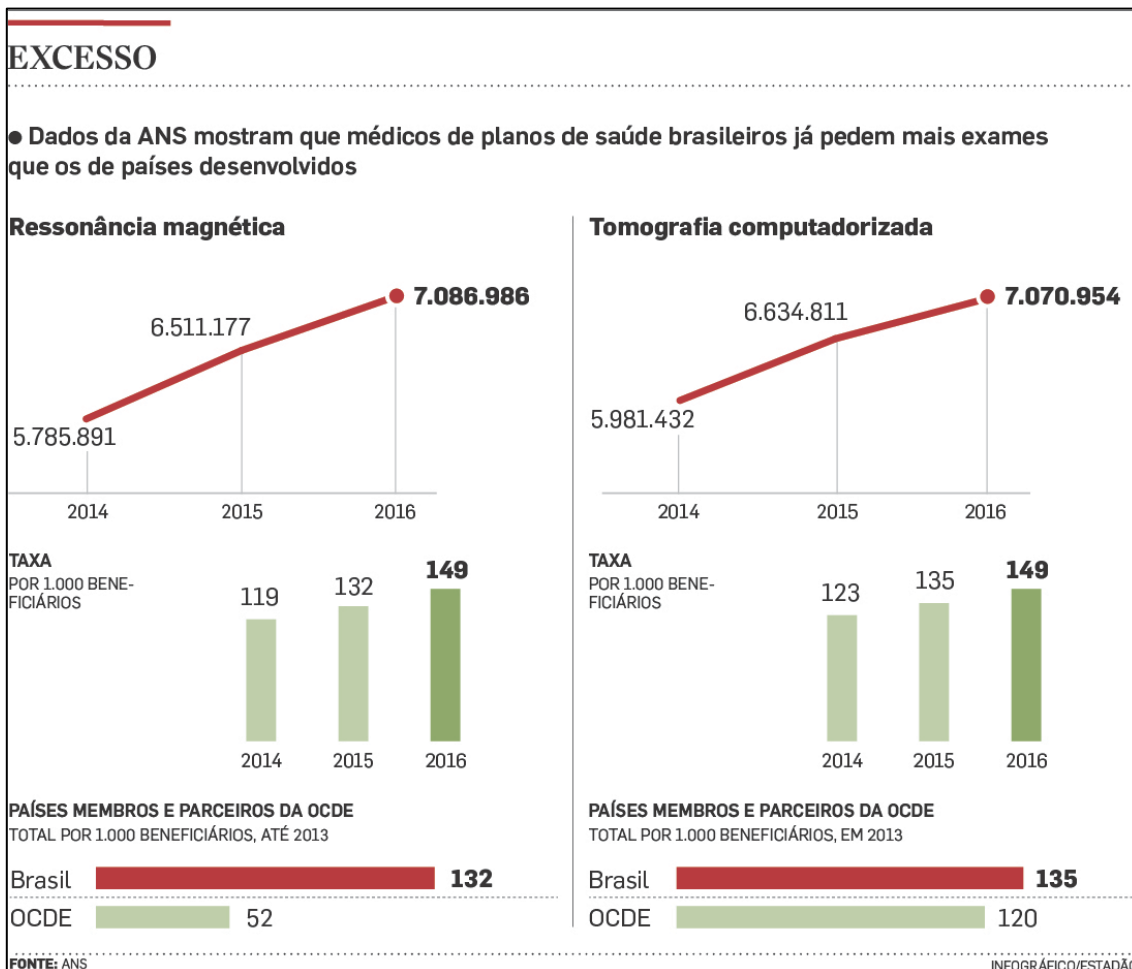
O número desses procedimentos por pacientes de convênios médicos no País cresceu 22% em apenas dois anos, o que,

segundo a ANS e especialistas, indica que muitas solicitações podem estar sendo feitas indevidamente. Entre as principais razões para a realização excessiva dos procedimentos estão falhas na formação médica, interesses financeiros de hospitais e laboratórios e má remuneração por parte das operadoras aos prestadores de serviço. O fenômeno, além de aumentar o desperdício de recursos no sistema privado, ainda traz riscos aos pacientes, como a exposição frequente a radiações comuns em exames de imagem.

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são usadas como referência pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para avaliar o acesso aos recursos de saúde na área de tecnologia médica. Enquanto nessas 35 nações - incluindo algumas das mais desenvolvidas do mundo, como Alemanha, França e Estados Unidos -, a média anual de ressonâncias é de 52 por 1 mil habitantes, no sistema suplementar brasileiro o índice foi de 149 por

1 mil beneficiários em 2016, segundo o mais recente Mapa Assistencial da Saúde Suplementar da ANS, que será publicado nesta semana. A média de tomografias realizadas também é superior nos planos de saúde do Brasil em 2016 em comparação

com países ricos: 120 exames por 1 mil habitantes nas nações da OCDE ante 149 por 1 mil beneficiários dos convênios médicos brasileiros.



Considerando os números absolutos, o número de ressonâncias feitas por pacientes de convênios passou de 5,7 milhões em 2014 para 7 milhões em 2016, alta de 22%. Já o de tomografias passou de 5,9 milhões para 7 milhões no mesmo período, crescimento de 18%. Mesmo se avaliados todos os tipos de exames feitos por beneficiários de planos, houve aumento de 12% no número de procedimentos entre 2014 e 2016.

Desperdício

Para Karla Coelho, diretora de normas e habilitação de produtos da ANS, a diferença entre os índices do Brasil e de outros países traz um alerta. “É um desperdício de recursos. Enquanto os prestadores de serviço, como hospitais e laboratórios, forem pagos por procedimento e não por qualidade, o número de exames será infinito”, diz ela.

Já o professor da Faculdade de Medicina da USP Mario Scheffer destaca que “os convênios não trabalham tanto com prevenção e promoção de saúde, ficam focados na atenção especializada e, muitas vezes, ainda pressionam os médicos a fazerem atendimentos rápidos para que seja possível atender mais pacientes no mesmo dia”. “Assim, o tempo que deveria ser gasto com anamnese e conversa com o paciente é substituído pela indicação de exame.”

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Mauro Aranha ressalta que, além da questão da baixa remuneração pelos planos de saúde, as falhas na formação médica podem estar contribuindo para esse cenário de dependência do uso de tecnologia nos diagnósticos. “O médico que não tem competência suficiente para uma avaliação clínica vai tentar compensar com pedidos de exames.”

Exemplo

Eliane foi diagnosticada com reumatismo, mas as dores nunca passavam. “Há uns dez anos, comecei a pesquisar por conta própria e vi que tinha todos os sintomas de fibromialgia. Procurei um médico e depois disso é que ele conseguiu me diagnosticar”, diz. Hoje, criou até um grupo sobre a doença nas redes sociais. “Quase todo mundo com a síndrome demorou anos para descobrir porque os médicos não prestam atenção aos sintomas que o paciente descreve. É uma negligência que traz sofrimento.”

30% dos resultados nunca chegaram a ser consultados

Diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Pedro Ramos afirma que são os hospitais, laboratórios e até mesmo alguns médicos os responsáveis pelo excesso de exames realizados. “Os tomógrafos no Brasil viraram máquinas de fazer dinheiro. Os prestadores de serviço lucram e há profissionais que chegam a ganhar comissão por prescrever mais procedimentos. Saúde não é isso. Não somos contra a tecnologia, mas ela tem de ser usada quando necessária”, comenta.

Ele relata que 30% dos exames de imagem realizados por pacientes de convênios médicos nem sequer têm os resultados retirados (já considerando os que são acessados pela internet). “Isso aumenta gastos das operadoras e, por consequência, as mensalidades dos planos.”

Segundo a diretora da ANS Karla Coelho, a agência tem apostado, como principal estratégia para minimizar o problema, na discussão de novos modelos de contrato entre prestadores de serviço e operadoras. O ideal, diz ela, é que o pagamento fosse feito por resolatividade e não por procedimento feito. No formato almejado, os planos deveriam remunerar melhor também os prestadores que investissem em ações de prevenção de doenças. “Há algumas iniciativas de algumas empresas e um grupo de trabalho interno na ANS.” / COLABOROU ISABELA PALHARES.

MAPA ASSISTENCIAL: INFORMAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

ANS –17/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza a 5ª edição do Mapa Assistencial. A publicação traz a quantidade de internações, consultas, terapias e exames realizados pelos planos de saúde de assistência médico-hospitalar e odontológica no país e os custos assistenciais relativos a esses procedimentos. Nesta edição, os indicadores de saúde tradicionalmente já analisados na publicação apresentam uma breve análise temporal, cobrindo os anos de 2014 até 2016. A ideia é fornecer informações que permitam análises comparativas com base em indicadores selecionados sobre: internação hospitalar, consultas médicas, exames de ressonância magnética e de tomografia computadorizada e cirurgias bariátricas por beneficiário e proporção de partos cesáreos.

Em 2016, foram realizados 272,9 milhões de consultas médicas e 141,1 milhões de atendimentos ambulatoriais, números que mostram relativa estabilidade em relação aos anos anteriores (comparativo com 2014 e 2015). Também foram realizados 796,7 milhões de exames complementares – o que representou um aumento de 12% em relação a 2014 – e 69,9 milhões de terapias, procedimentos que registraram um incremento de 28% no período. Entre os exames mais realizados, os destaques foram tomografia computadorizada (aumento de 21%) e ressonância magnética (aumento de 25,2%).

O Mapa Assistencial traz ainda o número de internações. Em 2016, foram 7,8 milhões de procedimentos, um aumento de 6% em relação a 2014. Nesse item, chama a atenção o crescimento de 20% no número de cirurgias bariátricas por mil beneficiários realizadas nos dois últimos anos. Já a proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos teve leve queda, passando de 85,6% em 2014 para 84,1% em 2016.

Segundo a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Santa Cruz Coelho, “a publicação desse levantamento é de fundamental importância para a saúde suplementar, uma vez que permite uma análise mais aprofundada dos indicadores de desempenho do setor, sendo objeto de estudo para os interessados no assunto e servindo de base para o desenvolvimento das políticas de saúde e de regulação do setor”. De acordo com Karla, os dados revelados sobre o aumento das cirurgias bariátricas são um exemplo da necessidade e importância da implementação de ações para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade entre os beneficiários de planos de saúde e o estímulo à adoção de um modo de vida saudável, com a inclusão de práticas constantes de atividades físicas e alimentação equilibrada.

“A ANS tem incentivado a adoção, pelas operadoras, de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) voltados para diminuir o excesso de peso e obesidade entre os beneficiários. Recentemente, foi criado o grupo multidisciplinar para condução do Projeto de Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar, que planeja reunir diretrizes que apontem para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado do excesso de peso e da obesidade, compondo uma diretriz única, adequada ao contexto da saúde suplementar”, explica a diretora.

Os dados contidos no Mapa Assistencial da Saúde Suplementar têm como principal fonte informações fornecidas pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema de Informações de Produtos (SIP), por meio do qual as operadoras enviam dados agregados de eventos em saúde. Atualmente, o SIP é uma das fontes de dados para o acompanhamento e avaliação da ANS em relação ao setor.

[Confira aqui a publicação.](#)

Confira as informações detalhadas do Mapa Assistencial 2016

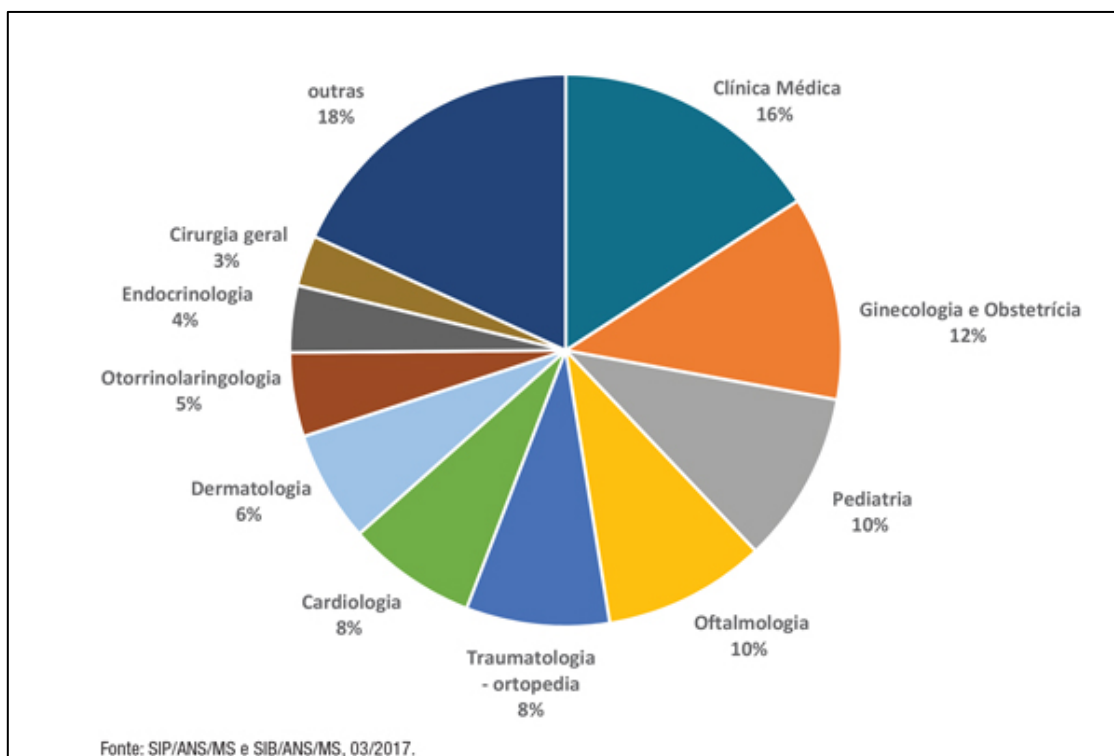
Consultas médicas

O número de consultas médicas informadas pelas operadoras entre 2014 e 2016 apresentou relativa estabilidade ao longo dos três anos, tendo sido observada uma variação de 5,4 consultas por beneficiários em 2015 a 5,7 consultas por beneficiários em 2016.

As consultas médicas em pronto-socorro representam aproximadamente 20% do total das consultas realizadas, enquanto as consultas médicas em regime ambulatorial respondem por 80%.

As consultas médicas em regime ambulatorial realizadas apenas em 2016 foram divididas em 25 especialidades, especificadas no SIP. As três especialidades que tiveram maior ocorrência em 2016 foram: clínica médica, ginecologia e obstetria e pediatria. As três especialidades responderam, respectivamente, por 16%, 12% e 10% das consultas médicas em regime ambulatorial.

Veja no gráfico abaixo a distribuição das consultas médicas por beneficiário, em 2016, por especialidade:



Outros Atendimentos Ambulatoriais

No item "Outros atendimentos ambulatoriais", que inclui consultas/sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicólogo, houve pouca variação entre 2014 e 2016, tendo passado de 3,1 consultas/sessões em 2014 para 3,0 consultas/sessões em 2016.

Dentre os procedimentos identificados, o que apresentou maior incidência foram as consultas/sessões com fisioterapeutas, que corresponderam a 31,4% dos atendimentos. Em segundo lugar, estão as consultas/sessões com psicólogos (7,5% do total de procedimentos).

Terapias

As terapias constantes do SIP referem-se aos atendimentos utili-

zando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas. Entre 2014 e 2016 pode ser observado um incremento no número de terapias realizadas por beneficiários da saúde suplementar da ordem de 28%.

Exames Complementares

O Mapa Assistencial mostra também que, em 2016, foram realizados 796,7 milhões de exames complementares. Entre 2014 e 2016, verificou-se um aumento de 12% no número de exames informados ao SIP. O número de exames de tomografia computadorizada por mil beneficiários apresentou um incremento de aproximadamente 21% entre 2014 e 2016, tendo passado de 123 exames por mil beneficiários em 2014 para 149 exames por mil

beneficiários em 2016. O número de exames de ressonância magnética, por sua vez, passou de 119 exames por mil beneficiários em 2014 para 149 exames por mil beneficiários em 2016 (o equivalente a 25,2%).

Internações

Em 2016 houve 7,8 milhões de internações. As internações são classificadas, para fins de informação ao SIP, conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta hospitalar em: clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas. Entre 2014 e 2016 verificou-se um aumento médio de 6% para a totalidade do setor – tendo passado de 160 internações por mil beneficiários em 2014 para 170 internações por mil beneficiários em 2016.

Do total de internações em 2016, aproximadamente 700 mil foram internações obstétricas, de acordo com os dados informados ao SIP. Os partos cesáreos representaram 84,1% do total de partos informados em 2016. A ANS vem desenvolvendo diversas estratégias com o objetivo de sensibilizar o setor, na tentativa de aprimorar a atenção obstétrica e neonatal, incentivar o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias.

Com aproximadamente 1,5 milhão de internações informadas entre 2014 e 2016, estão as doenças do aparelho respiratório. Também com cerca de 1,4 milhão de internações registradas pelo SIP, estão as doenças do aparelho cardiovascular.

Outra questão objeto de atenção pela ANS é o aumento do número de cirurgias bariátricas. De acordo com os números informados ao SIP, o número de procedimentos desse tipo por mil beneficiários elegíveis passou de 1,36 em 2014 para 1,63 em 2016, equivalente a um aumento de aproximadamente 20%.

O elevado número de cirurgias bariátricas realizadas no setor de saúde suplementar associado com aspectos relacionados ao

aumento do excesso de peso e da obesidade identificados por meio da pesquisa VIGITEL levaram a ANS a desenvolver o Projeto de Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar, junto com representantes da sociedade.

Procedimentos Odontológicos

A 5ª edição do Mapa Assistencial também mostra dados de planos odontológicos, que mostraram evolução nos últimos três anos. Tomando como base as informações prestadas pelas operadoras desse tipo de plano, foram realizados 176,9 milhões de procedimentos realizados em 2016. Desse montante, 67,9 milhões foram procedimentos preventivos.

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: ANS REFORMULA IDSS

ANS –16/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal na internet as regras do Programa de Qualificação de Operadoras com reformulações importantes no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS 2018 (ano-base 2017). O IDSS é conhecido como a “nota” das operadoras. O resultado do índice demonstra como o mercado está se comportando nos itens avaliados anualmente e é um importante parâmetro para beneficiários de planos de saúde. Entre as novidades estão a simplificação da nomenclatura dos indicadores, a revisão do peso das dimensões avaliadas e a inclusão de uma pesquisa de satisfação de beneficiário, cuja pontuação será utilizada para a composição do índice.

As dimensões que medem a qualidade da atenção à saúde, a garantia de acesso aos serviços e a sustentabilidade do mercado ganharam mais peso na avaliação. Com isso, é dada mais ênfase a indicadores que possibilitem avaliar e mensurar aspectos diretamente relacionados ao atendimento prestado ao beneficiário.

“A intenção da ANS é incentivar as operadoras a melhorarem questões que afetam diretamente o usuário, como por exemplo o modelo de atenção a populações prioritárias, como idosos, gestantes e crianças, a disponibilidade de prestadores de serviços e a resolução rápida e efetiva das queixas dos beneficiários”, explica a diretora-adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS, Michelle Mello. Ela destaca que os nomes dos indicadores também foram simplificados, medida que contribui para facilitar que o consumidor entenda os quesitos que compõem o índice.

Também houve mudança nos pré-requisitos para elegibilidade ao programa, aplicando-se mais rigor para operadoras que demonstrem falta de regularidade ou inconsistência no envio de dados. As novas regras ainda obrigam as operadoras a divulgar anualmente os resultados do IDSS em seus sites. A informação deve ser prestada em até 30 dias após a divulgação dos dados pela ANS.

As mudanças estão contempladas na Resolução Normativa (RN) nº 423, que altera a RN nº 386, de 2015; e na Instrução Normativa (IN) nº 68, que altera a IN nº 60, de 2015. Para a reformulação, a ANS levou em consideração as contribuições recebidas por diversas entidades do setor.

[Clique aqui e acesse a área do Programa de Qualificação de Operadoras, onde são encontradas todas as informações do IDSS 2018 \(ano-base 2017\).](#)

Pesquisa de satisfação

A Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários tem como finalidade acompanhar a qualidade do setor, conhecendo de perto o grau de satisfação dos usuários de planos de saúde no país. A metodologia da pesquisa foi desenvolvida pela ANS para ser realizada de forma padronizada pelas operadoras, de forma que os resultados possam ser comparáveis e que permitam criar uma série histórica de resultados.

Os dados obtidos serão utilizados na composição do IDSS e para conhecer os fatores relacionados à satisfação e o que diferencia positivamente os serviços, viabilizando a indução de práticas que gerem qualidade para o setor e para divulgar informações para auxiliar melhores escolhas.

O questionário busca verificar a frequência com que o beneficiário foi atendido pelo plano quando precisou, se recebeu algum tipo de comunicado do plano esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas e exames preventivos, como o consumidor avalia o atendimento dos canais da operadora e se foi atendido quando fez alguma reclamação para a operadora, entre outras questões.

A pesquisa é voluntária e, caso seja feita para obter pontuação no IDSS, deve ser aplicada de acordo com as diretrizes previstas no [documento técnico elaborado pela ANS para orientar as operadoras – acesse aqui](#).

Se as operadoras se dispuserem a fazer a pesquisa para o ano-base 2017, devem realizar e divulgar os resultados até dia 30 de abril de 2018 (data de corte do Programa de Qualificação das Operadoras).

SALA DE SITUAÇÃO: DADOS DE MAIO ESTÃO DISPONÍVEIS

ANS –14/06/2017

O número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica e demais dados relacionados ao setor relativos ao mês de maio estão disponíveis para consulta na Sala de Situação. As

informações foram atualizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 14/06.

No referido mês, o setor registrou 47.364.049 beneficiários em planos médico-hospitalares e 22.552.159 em planos exclusivamente odontológicos.

[Clique aqui e acesse a Sala de Situação para visualizar as informações completas do período.](#)

Confira nas tabelas abaixo o número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica detalhados por modalidade de contratação (são disponibilizadas três competências distintas para

verificar a evolução do setor no último ano e em relação ao mês imediatamente anterior):

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES (POR TIPO DE CONTRATAÇÃO)						
competência	total	coletivo			individual	não informado
		empresarial	por adesão	não identificado		
MAIO/16	48.411.999	32.069.720	6.598.262	9.893	9.507.296	226.828
ABRIL/2017	47.436.850	31.474.878	6.467.245	8.995	9.283.048	202.684
MAIO/2017	47.364.049	31.414.927	6.459.873	8.970	9.279.360	200.919

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS (POR TIPO DE CONTRATAÇÃO)						
competência	total	coletivo			individual	não informado
		empresarial	por adesão	não identificado		
MAIO/2016	20.944.806	15.500.684	1.830.943	4.145	3.568.641	40.393
ABRIL/2017	22.484.529	16.427.016	1.894.756	4.058	4.125.544	33.155
MAIO/2017	22.552.159	16.491.859	1.900.212	4.052	4.123.489	32.547

Confira na tabela abaixo o número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica por UF (são disponibilizadas as

competências de maio de 2016 e maio de 2017 para possibilitar a análise da evolução do setor nos últimos 12 meses):

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	MAIO/2016	MAIO/2017	MAIO/2016	MAIO/2017
Acre	46.132	47.520	12.060	11.631
Alagoas	412.657	394.138	247.102	272.892
Amapá	73.330	69.958	35.068	38.552
Amazonas	496.933	539.113	352.760	396.789
Bahia	1.601.273	1.581.185	1.203.759	1.257.502
Ceará	1.249.831	1.254.547	745.028	850.147
Distrito Federal	894.881	870.455	799.655	779.089
Espírito Santo	1.113.401	1.086.419	405.560	409.047
Goiás	1117633	1.095.214	541364	586.767
Maranhão	472.887	462.978	141.296	178.405
Mato Grosso	554.320	538.190	135.721	153.995
Mato Grosso do Sul	557.393	555.189	106.861	121.159
Minas Gerais	5.097.005	5.056.000	1.717.870	1.801.392
Pará	825.345	800.332	390.090	436.202
Paraíba	423.513	422.875	226.800	265.434
Paraná	2.844.192	2.819.082	1.073.810	1.111.846
Pernambuco	1.364.678	1.349.951	761.414	875.482
Piauí	292.582	296.998	60.181	66.798
Rio de Janeiro	5.727.644	5.445.107	2.782.467	2.817.709
Rio Grande do Norte	518.193	509.233	273.416	313.530
Rio Grande do Sul	2.645.249	2.603.469	647.066	685.786
Rondônia	170.026	158.272	92.694	98.211
Roraima	30.327	31.347	5.702	8.264
Santa Catarina	1.482.632	1.480.492	412.300	445.170
São Paulo	17.924.233	17.421.225	7.006.458	7.820.882
Sergipe	318.162	313.496	171.928	188.262
Tocantins	103.368	104.880	31.607	36.899
Não Identificado	54.179	56.384	564.769	524.317

ANS CONVIDA SOCIEDADE A DEBATER SOBRE PLANOS ACESSÍVEIS

ANS –14/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza nos dias 28, 29 e 30/06, no Rio de Janeiro, encontro com especialistas e integrantes do setor de planos de saúde para debater a proposta de criação de Plano de Saúde Acessível encaminhada à reguladora pelo Ministério da Saúde.

Conforme já divulgado pela ANS, a avaliação da proposta está sendo realizada em duas etapas: uma interna, por parte dos técnicos da Agência, e outra externa, que prevê a participação das instituições mencionadas na Portaria nº 8.851 e de demais pessoas interessadas no tema.

Para participar, é necessário fazer inscrição com o envio de mensagem para eventos@ans.gov.br informando nome e profissão/instituição que representa/vínculo empregatício. Importante destacar se atua no setor (prestador de serviços de saúde, advogado de consumidor ou empresa, indústria farmacêutica, corretor de planos de saúde).

Após a etapa de participação social, a ANS fará a compilação de todas as contribuições recebidas e apresentará um relatório à Diretoria Colegiada da Agência para deliberação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

[Análise da proposta de criação de plano de saúde acessível – etapa de participação social](#)

Data: 28, 29 e 30/06

Local: Centro de Convenções Bolsa do Rio: Salas Moduláveis – Praça XV de Novembro, 20 – Centro, Rio de Janeiro

Horário: 8h30 às 18h

Inscrições: eventos@ans.gov.br

[Confira a Portaria nº 8.851](#)

[Acesse aqui a página do Grupo de Trabalho criado pela ANS para discutir o tema](#)

PLANO DE SAÚDE É O MAIOR GASTO DO PACOTE DE BENEFÍCIOS

Revista Apólice –14/06/2017

Depois do salário, o plano de saúde representa o maior gasto que as empresas têm com os funcionários. Por conta do encarecimento dos serviços de saúde, esse gasto vem aumentando ano após ano. De acordo com estudo divulgado pela consultoria de benefícios e capital humano Aon, para 36% das empresas a assistência médica representa de 5% a 10% da folha de pagamento.

Para 32% das companhias que participaram do levantamento, o custo de saúde é menos impactante e equivale a até 5% da folha. Só que para 25%, os custos de assistência médica são de 10,1% a 20% do total gasto com os colaboradores. As 7% restantes têm custos superiores a 20%.

De acordo com Rafaella Matioli, diretora técnica de Saúde e Benefícios da Aon Brasil, o principal fator do elevado gasto com planos de saúde dentro das empresas brasileiras é a inflação médica. “Nos últimos cinco anos, a inflação médica registrou um acumulado de 108%, contra 42% da inflação geral”, explica.

A inflação médica, por sua vez, é principalmente impactada pelas novas e caras tecnologias, pelo alto índice de judicialização na saúde e pelos desperdícios na utilização dos planos. “No período de crise é notável o registro no aumento de frequência para todos os procedimentos. O gasto médio por usuário chegou a aproximadamente R\$ 3.600, em 2016, ante R\$ 2.890, em 2014. Dessa diferença, R\$ 324,00 correspondem apenas ao aumento de frequência, o que representa quase 10% de impacto neste custo crescente”, diz Rafaella.

Mesmo assim, a assistência médica é o benefício com maior prevalência nas empresas: 99,8% das companhias pesquisadas oferecem seguro saúde aos colaboradores. Na mesma proporção aceitam os cônjuges e estendem o benefício aos filhos.

Mas o custo elevado faz com que o plano de saúde esteja sob constante análise dentro das empresas. A pesquisa da Aon revelou que, no último ano, 70% das companhias redesenharam o benefício saúde. Além disso, 40% consideraram importante rever todos os anos as regras da assistência médica.

“Diante a esse cenário, precisamos tomar algumas ações de curto prazo, como mudanças nas regras de elegibilidade e nas formas de custeio. Mas também precisamos pensar em soluções de médio e longo prazo para que o benefício seja sustentável” diz Rafaella Matioli. Para isso, é importante que as empresas realizem a implantação de programas de gestão de saúde.

Atualmente, as principais ações desse tipo são gestão de internação, gestão dos casos de alto custo, programas de ergonomia e ronda postural. Além dessas iniciativas, também é fundamental fazer a gestão de doentes crônicos e desenvolver programas de auxílio medicamentos. Essa iniciativas são complementares e podem garantir a melhor utilização dos planos.

A pesquisa

A Pesquisa de Benefícios contou com a participação de 536 empresas, totalizando 2,1 milhões de funcionários. A maior parte da amostragem (65,9%) representa empresas brasileiras. Mas também foram ouvidas multinacionais dos Estados Unidos (12,9%), França (4,2%), Alemanha (2,8%), Japão (1,9%) e outros países (12,3%).

No Brasil, 82,8% das empresas estão localizadas na região Sudeste e 14,6% na região Sul.

Estudo que analisa mais de 30 benefícios e este ano incluiu a avaliação do seguro D&O – contratado pela empresa para proteger diretores e administradores contra reclamações de terceiros sobre os atos de gestão praticados no exercício de suas atribuições, cobrindo custos de defesa e indenizações – que tem sido cada vez mais valorizado e procurado pelos executivos.

A pesquisa analisa benefícios concedidos pelas empresas, como assistência médica, odontológica, previdência complementar, seguro de vida, check-up, vale-refeição, alimentação, entre outros.

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