

28 de Junho de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 28/06/2017

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman do mês de Junho. O artigo “IN54 – Movimentação dos Ativos Garantidores” que trata sobre autorização prévia anual para a movimentação dos ativos garantidores.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

**22º CONGRESSO ABRAMGE E 13º
CONGRESSO SINOG**

Abramge –27/06/2017

Entre os dias 17 e 18 de agosto serão realizados os 22º Congresso Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) 13º Congresso Sinog (Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo), em São Paulo, no Hotel Renaissance.

No evento, voltado à Saúde Suplementar, o cenário da saúde e as perspectivas para os próximos 5 anos são temas de destaque. E, para tratar do assunto, foram convidados os principais CEOs do

Brasil e do mundo: Barbara Crawford da Kaiser Permanente, Helton Freitas da Unimed Seguros, Claudio Lottenberg da UnitedHealth Group Brasil, Maurício Lopes da SulAmérica Saúde, Manoel Peres do Bradesco Saúde.

Gerson Camarotti e João Borges, ambos da Rede GloboNews, terão a difícil missão de traçarem uma perspectiva para os próximos anos em relação ao Cenário Político nacional.

Para mais informações acesse o site do evento www.abramge.com.br/congresso.

**ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA
PARA ATUALIZAR COBERTURA DE
PLANOS DE SAÚDE**

Agência Brasil –27/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dá início nesta terça-feira (27) a uma consulta pública para atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Isso significa que, a partir da contribuição pública, poderão ser incluídos novos procedimentos na lista daqueles que devem ter cobertura obrigatória por parte dos planos de saúde. A proposta estabelece a incorporação de 15 novos procedimentos e inclusão de seis novos medicamentos orais contra vários tipos de câncer. O novo rol entrará em vigor em janeiro de 2018.

As contribuições podem ser enviadas pelo site da agência até 26 de julho. Entre os procedimentos previstos na consulta pública estão a cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário e para desobstrução das tubas uterinas; terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório em crianças; radiação para tratamento de ceratocone, no campo oftalmológico; medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla, entre outros.

A atualização dos procedimentos, segundo a ANS, tem como objetivo garantir o acesso dos pacientes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças por meio de técnicas que permitam melhores resultados em saúde, de acordo com critérios científicos de segurança e eficiência comprovados.

A diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Karla Coelho, informou que a agência realiza a cada dois anos um processo de revisão e de consulta pública referente ao rol. No período de novembro de 2016 a março deste ano, foram feitas mais de 15 reuniões com especialistas do setor, médicos, órgãos de defesa do consumidor, profissionais de saúde, representantes de pacientes e das operadoras para discutir quais seriam as principais demandas desse setor de saúde para incorporação no rol de saúde suplementar. A esse grupo, foi disponibilizado um formulário com as principais características para se fazer uma avaliação de tecnologias.

A diretora informou que foram encaminhadas 171 solicitações via formulário eletrônico, o que representa incremento de 500% em relação ao número de pedidos de alteração discutidas na revisão do rol de 2016. “Essas solicitações são avaliadas de acordo com a questão da segurança, eficácia, acurácia desses novos procedimentos e tecnologia. Se são baseados em evidência científica, para que sejam seguros para a população, e também os custos envolvidos e o que representa isso para a sustentabilidade do setor”, disse Karla. A partir daí, foram elencadas as principais demandas.

Finalizado o prazo da consulta pública, a ANS vai avaliar todas as sugestões da população. Depois, o rol é submetido novamente à diretoria colegiada da ANS que publica o documento para que as operadoras tenham um período de adaptação às novas regras, inclusive para contratação de prestadores de rede para atender a população a partir de 1º de janeiro de 2018.

CRESCE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS COM SEUS PLANOS DE SAÚDE

IESS –26/06/2017

A cada 10 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalar, 8 estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o benefício. O resultado faz parte da nova pesquisa de “Avaliação dos Planos de Saúde” que encomendamos ao Ibope. Em comparação à pesquisa anterior, realizada em 2015, o resultado apresenta um crescimento de 5 pontos percentuais (p.p.).

O levantamento aponta, também, que 82% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares afirmam que recomendariam (“com certeza” ou “provavelmente”) para um amigo ou parente o plano que possuem, um crescimento de 3 p.p. ante à pesquisa anterior; e 87% declaram a intenção de (“com certeza” ou “provavelmente”) manter o plano atual, alta de 1 p.p. sobre os resultados de 2015.

Os números constataam que os planos de saúde são um elemento-chave na estrutura da saúde do Brasil e o sistema de saúde suplementar é bem avaliado e recomendado pela maioria dos beneficiários.

A pesquisa traz, ainda, uma série de informações que iremos apresentar e analisar aqui no Blog ao longo dos próximos dias.

PLANO DE SAÚDE É O 3º ITEM MAIS DESEJADO POR BRASILEIROS

Agência Brasil –25/06/2017

O plano de saúde é a terceira conquista mais desejada pelos brasileiros, perdendo apenas para educação e casa própria, segundo pesquisa do Ibope, feita a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O benefício também é fator decisivo na hora de aceitar ou não um emprego.

Em relação à pesquisa anterior, do ano de 2015, cresceu a proporção de brasileiros que classificam o plano de saúde como um

dos bens mais importantes para se ter. Entre a população que não contava com o benefício há dois anos, 53% tinham essa percepção, sendo que o percentual subiu para 57%. O total de brasileiros não beneficiários que classificam o plano de saúde como o bem mais importante subiu de 13% em 2015, para 16% este ano.

Entre os brasileiros que já contam com o benefício, ele é o terceiro bem mais desejado, de acordo com 67% dos entrevistados. O percentual de beneficiários que colocam o plano como mais importante que casa própria e educação é de 18%.

Os principais motivos para desejar ter plano de saúde são qualidade e agilidade no atendimento, bons médicos e hospitais, comodidade e conforto, além da rejeição à precariedade da saúde pública. Os motivos apontados por quem não tem plano são preço alto e falta de necessidade.

UNIMED PROCESSA O RIO DE JANEIRO: COBRANÇA EXCESSIVA DE IMPOSTOS

O Globo –24/06/2017

A Unimed está processando o Rio de Janeiro por uma suposta cobrança a mais de ISS — tributo sobre a prestação de serviços. O pagamento foi feito, e o plano de saúde pede o dinheiro de volta.

Caso o processo seja bem-sucedido, parte dos médicos associados entendem que a empresa deveria deixar de cobrar dos seus cooperados a taxa de contribuição para o pagamento do imposto.

Desde 2008, planos de saúde podem retirar até 30% do valor pago a um médico por uma consulta através do convênio para saldar tributos federais e municipais.

ENTIDADES DO SETOR DISCUTEM IMPACTOS DA LEI DO ISS

UNIDAS –23/06/2017

Evento reuniu advogados e representantes de operadoras para debaterem os impactos da derrubada do veto presidencial à lei de ISS dos planos

A UNIDAS participou no dia 21 de junho de um debate promovido pelo AssPreviSite, no auditório do Instituto Metrus, em São Paulo. A pauta foi a derrubada do veto presidencial de itens da Lei do ISS sobre os planos de saúde e suas consequências para o setor.

Consultor tributário da UNIDAS explica que existem fortes argumentos jurídicos no sentido de afastar eventual cobrança de ISS das autogestões

Wellington Luiz Paulo (sócio do escritório TMPL Advogados e consultor tributário da UNIDAS) diz acreditar que, pela literalidade da lei, o ISS é devido pelas operadoras de planos de saúde, mas não pelas autogestões, pois não possuem fins lucrativos, motivo pelo qual está caracterizada a não incidência e/ou imunidade tributária do ISS, a depender do formato da autogestão e dos documentos que ela tiver para fins de comprovação. Quando ocorre de “sobrar” algum valor, não é lucro, e sim superávit, que apenas pode ser usado para a própria instituição, no que diz respeito a despesas de obras e instalações, segundo o advogado. Com

relação às autogestões classificadas sob o formato de RH (ausência de cnpj próprio), também é possível afastar a cobrança do tributo, pois é impossível que a empresa preste serviço para seus próprios funcionários/empregados.”

Ricardo Ramires Filho (Advocacia Dagoberto) explicou os aspectos do imposto, que está regido pela lei complementar 116 de 2003 e levantou um questionamento já comum sobre a operação de planos de saúde ser ou não uma prestação de serviços. Segundo ele, é uma atividade administrativa, “pois o serviço de fato é realizado pelo médico”. Ele finalizou dizendo que a decisão do Congresso vai “trazer consequências danosas aos planos de saúde”, e alertou que se as operadoras não se unirem para lutar contra esta decisão, vai acabar sobrando para o beneficiário “pagar a conta” no final.

Fernanda de Oliveira Melo, advogada da Oliveira Rodarte Advogados também enfatizou que os serviços tributados não são aqueles prestados diretamente pela rede contratada/credenciada. E apresentou um estudo de caso, mostrando que o custo médio de

um beneficiário pode aumentar 4,5 vezes para determinada operadora com a cobrança do novo ISS.

O terceiro painel foi apresentado pela advogada Marina Lopes (Barroso Muzzi e Associados), que complementou algumas informações sobre o ISS e compartilhou sua visão de que as operadoras de saúde não devem ser vistas como prestadoras de serviços, uma vez que apenas intermediam o paciente com o médico. Ela comentou a importância de as operadoras entenderem bem o lado jurídico-tributário para terem argumento para se contraporem ao imposto. Segundo a jurista, há inconstitucionalidade na lei do ISS, pois ele deve ser cobrado no local em que a prestação de serviço é realizada, e isso indica que pode alcançar o contribuinte que está estabelecido e presta serviço em outra localidade, causando uma invasão territorial. Também foi destacada no painel a dificuldade de obter de volta o valor em casos de pagamento incorreto do ISS. Marina finalizou incentivando a união das operadoras para enfrentarem esse grande desafio.

SAÍDA DE BENEFICIÁRIOS NÃO REDUZ NÚMEROS ASSISTENCIAIS DO SETOR

Monitor Digital –22/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou o Mapa Assistencial 2016, que apresenta informações sobre o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde de assistência médico-hospitalar e odontológica no país. A publicação reúne dados sobre internações, consultas, exames, terapias e serviços odontológicos. A partir da análise desses indicadores, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) constatou que o volume total de procedimentos do segmento de planos de saúde aumentou em 6,4% em relação a 2015 – totalizando 1,465 bilhão de procedimentos. Entretanto, o ano passado foi marcado pela perda de 1,5 milhão de beneficiários de planos de saúde, totalizando 47,7 milhões em dezembro.

“Esses números mostram que o setor não tem problema de entrega, já que são mais de 4 milhões de procedimentos por dia. Muito pelo

contrário, a queda elevada do número de consumidores não levou a diminuição da quantidade de procedimentos pagos pelas operadoras. O que se vê hoje no setor é o aumento das despesas assistenciais acima das receitas, com maior entrega do que o ano anterior e um número menor de consumidores. Essa conta não fecha. É preciso se indagar as razões dessa expansão”, questiona a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

Todos os itens elencados no Mapa Assistencial 2016 – consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames complementares, terapias e procedimentos odontológicos – apresentaram crescimento na comparação com 2015, com exceção de internações. Embora internação tenha registrado retração de 1,1%, na verdade, levando-se em consideração a redução de 2% do número de beneficiários entre os dois períodos, pode se concluir que houve aumento per capita de 2,4%.

Atualmente, a saúde suplementar tem aproximadamente 70 milhões de beneficiários, sendo 47,3 milhões de assistência médica e 22,5 milhões de planos exclusivamente odontológicos.

PARA IDEC, NOVA LEI DE PLANOS DE SAÚDE É PREOCUPANTE

IDEC –22/06/2017

O Idec participou no dia 20/06, de uma audiência pública na Câmara dos Deputados sobre a criação de uma nova lei de planos de saúde. A proposta, que tramita em caráter de urgência na casa, agrupa 140 projetos que sugerem alterações à Lei nº 9.656/98, responsável por controlar o setor.

De acordo com o relator da proposta, a comissão deve apresentar um parecer dentro de um mês. O Idec considera o projeto de lei (PL) preocupante, tanto pela emergência para a discussão, quanto pela alteração do objetivo da matéria.

“É impossível tratar de um assunto tão complexo sobre o setor em tão pouco tempo. Além disso, essa discussão está acontecendo muito mais para se admitir planos de saúde mais baratos, e sem as garantias mínimas estabelecidas na lei, do que por qualquer outra

razão”, afirma Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Instituto.

Alguns deputados também mostraram-se preocupados com a proposta. Jorge Solla, por exemplo, enfatizou que o caminho não pode ser desconstitucionalizar a saúde, mas sim criar políticas públicas para garantir que esse direito seja cumprido.

Mudança de foco

A discussão a respeito dos planos de saúde acessíveis deixou de ser um assunto apenas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e passou a ser debatido também no legislativo.

O representante da Federação Nacional de Planos de Saúde (FenaSaúde), presente na audiência, afirmou que o serviço mais barato seria uma saída para a redução dos custos do setor.

O Idec há meses critica a proposta. Para o Instituto, as alterações na lei de planos de saúde que promovam a redução dos parâmetros

mínimos da oferta de serviços e diminuíam a competência da agência são um retrocesso para o setor.

Diminuindo os problemas dos consumidores

O Idec acredita que uma eventual alteração na lei de planos de saúde deve incluir os problemas enfrentados pelo consumidor, sendo o principal a negativa de cobertura.

Outro assunto que merece atenção é a respeito do descredenciamento de profissionais e estabelecimentos durante a

vigência do contrato do usuário. De acordo com Navarrete, é necessário garantir a flexibilização das regras de portabilidade, facilitando ao consumidor portar sua carência para um plano que melhor atenda às suas necessidades.

Além disso, para o Idec, o projeto deve criar normas que deixem as condições dos planos individuais e coletivos iguais. “Existem diferenças nas regras sobre rescisão unilateral e reajustes que fazem com que os consumidores fujam para o setor menos regulado, que é o de contatos coletivos, fazendo com que os planos individuais se esvaziem”, aponta a pesquisadora.

DOBRAM AÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE EM UM ANO

Agência Estado –22/06/2017

O número de ações judiciais contra planos de saúde no País dobrou entre 2014 e 2015, segundo dados do relatório Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça. Saltou de 209.427 ações em andamento para 427.267 processos – alta de 104%. Entre as principais demandas estão negativas de coberturas, reajustes anuais e por faixa etária, além de pedidos para fornecimento de remédios. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atualmente há 47,6 milhões de usuários de planos.

Dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), divulgados em abril, mostram que a tendência segue neste ano: só nos três primeiros meses, 4.775 ações judiciais contra operadoras de planos foram julgadas em primeira instância em São Paulo. As principais razões são parecidas: negativas de cobertura, rescisão de contratos por parte da operadora e reajuste das mensalidades.

Para Douglas Henrique Marin dos Santos, professor e procurador da Advocacia-Geral da União (AGU), o aumento da demanda de ações judiciais em saúde – contra planos de saúde ou o SUS (rede pública) – tem várias razões. Inclui a ampliação do acesso à informação e, conseqüentemente, o acesso à Justiça; a ineficiência dos serviços públicos; a atuação da indústria farmacêutica, prescrevendo novas drogas ainda não fornecidas pelo SUS; entre outros.

“Hoje, a judicialização é um fenômeno envolvendo vários setores, entre eles saúde e educação”, diz Santos. “Isso acontece porque direitos fundamentais não estão sendo cumpridos. E existe uma percepção social de que a única forma de garantir um direito é procurando o Poder Judiciário”, afirma.

Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, diz que o perfil das ações contra operadoras de saúde é um pouco diferente de ações contra o SUS. “Nesses casos, os processos estão mais ligados a práticas abusivas das operadoras, piora dos serviços, problemas com a rede credenciada, negativas de cobertura. É um conjunto de fatores que, mesmo em momento de retração do mercado de saúde suplementar, a judicialização só cresce.

SAÚDE, É A HORA DA SINTONIA FINA

Agência Estado –21/06/2017

Não é segredo que, ao longo dos últimos três anos, as operadoras de planos de saúde privados perderam mais de 3 milhões de vidas. Também não é segredo que isso teve um impacto grande na rede pública, com o SUS assumindo o atendimento dessa massa de pessoas sem a contrapartida do aumento de seus recursos. Como não poderia deixar de ser, o resultado foi ruim para todos.

Os dois movimentos afetaram milhões de pessoas, que tiveram suas condições de saúde agravadas pelo aumento do congestionamento da rede pública, pela demora no atendimento e pela falta de condições do SUS prestar assistência no momento necessário, postergando intervenções muitas vezes indispensáveis para preservar a vida dos pacientes.

Mas se as pessoas foram diretamente afetadas, o SUS e as operadoras de planos de saúde privados também o foram, e severamente. Os dois sistemas sentiram o impacto da crise no caixa, na capacidade de prestar atendimento e na deterioração de seus números.

No sistema de saúde privado houve a queda do faturamento e o aumento da sinistralidade. Movimento lógico. Ao perceber que a

possibilidade da perda do benefício é concreta, é humano antecipar a utilização do plano de saúde para examinar, descobrir e tratar todo e qualquer problema real ou imaginário, incluídos os que não eram conhecidos.

De acordo com números da FENASAÚDE, a Federação Nacional das Operadoras de Planos de Saúde Privados, o resultado industrial do negócio ficou em 102%, ou seja, como o faturamento representa um máximo de 100 pontos, os planos de saúde privados tiveram prejuízo na operação direta.

A sinistralidade em alta é um dado negativo em qualquer circunstância, mas ele fica pior num cenário em que as despesas administrativas e comerciais já foram espremidas ao máximo, não sobrando gordura para mais cortes.

A sinistralidade dos planos passou a casa dos 80% e não há nada que indique uma queda, seja pelo aumento do faturamento pelo ingresso de novos segurados, seja pela redução do atendimento, seja pela melhora nos resultados.

O aumento autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para os planos individuais foi de pouco mais de 13%. De acordo com dados fornecidos pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) a inflação da saúde no mesmo período foi de mais de 19%. Esta conta não fecha e explica porque grande parte das operadoras simplesmente deixou de oferecer planos individuais e familiares.

O cenário de curto prazo é dramático para dezenas de operadoras pequenas, que não têm massa crítica para encarar a crise. Não há como elas sobreviverem enfrentando o aumento dos custos e a redução das despesas. Mas não são apenas elas que enfrentam dificuldades. Algumas operadoras de maior porte também não estão dando conta do recado. Até os dirigentes das grandes operadoras nacionais estão preocupados.

A retomada do crescimento é crucial para se evitar o agravamento da situação. O país ainda tem 14 milhões de desempregados e outros milhões de subempregados. Enquanto esta situação persistir, não há o que fazer. Tanto as operadoras de planos privados como o SUS amargarão dias muito difíceis, inclusive com resultados negativos, e até a eventual deterioração das condições de atendimento.

Como no longo prazo o sistema de saúde privado tem data para acabar, em função de deficiências na própria lei que o criou, sobra o médio prazo para as operadoras se refazerem da crise e ganharem fôlego para aprovar as modificações legais indispensáveis para sua sobrevivência e para o bom atendimento da população.

Até lá, especialmente enquanto a crise atual permanece, é indispensável a gestão do negócio ser feita com foco integral na sintonia fina da operação. Se, de um lado, é inadmissível que o atendimento seja prejudicado, de outro, é fundamental o controle de cada custo, por menor que seja. Sem isso, o risco de quebra cresce significativamente.

ANS DIVULGA NOVOS DADOS SOBRE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

ANS –21/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou uma nova versão do D-TISS, painel interativo que permite pesquisas sobre a quantidade de determinados procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde e os valores médios cobrados por essas consultas, exames e cirurgias. As novidades desta versão são as inclusões das pesquisas por Porte da Operadora, do item Visão Financeira na área sobre os Procedimentos Hospitalares que permite a visualização dos valores médios dos procedimentos hospitalares, e do item CID (Classificação Internacional de Doenças), que permite que o usuário confira a quantidade de prestadores que tratam determinada patologia (gráfico de barra), por competência, e a quantidade de procedimentos realizados por tipo de patologia (no mapa).

Para Michelle Mello, diretora adjunta da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, “o D-TISS é uma ferramenta que dá transparência aos dados de custo e utilização dos procedimentos realizados pelos beneficiários dos planos de saúde, permitindo uma análise regionalizada da produção assistencial no setor”. Atualmente, o banco de dados do D-TISS conta com quase 3 mil procedimentos, provenientes de informações enviadas para a ANS por operadoras e prestadores de serviços de saúde por meio da TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar. Estão disponíveis na base de consulta os dados de janeiro a dezembro de 2016. Os dados disponibilizados nesta versão correspondem a 901 operadoras de planos de saúde.

Os procedimentos podem ser consultados tanto pelo código TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) quanto pelo nome, aplicando

sexo, porte da operadora e competência (período da pesquisa). A visualização dos dados se dá por meio de gráficos e mapas e os arquivos com a base de dados estão disponibilizados para download, por tipo de atendimento – hospitalar ou ambulatorial – e por unidade da federação (UF), mantido o sigilo da identificação dos prestadores, operadoras e beneficiários.

Sobre o D-TISS

O D-TISS (Detalhamento da Troca de Informações de Saúde Suplementar) foi lançado pela ANS em dezembro de 2015. A ferramenta reúne informações de grande importância para a melhor compreensão do sistema de saúde, permitindo acesso aos dados

de frequência de eventos em saúde e suas despesas, por variáveis demográficas e por unidade federativa.

Por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra-chave, o usuário do sistema identifica o procedimento; em seguida, tem acesso à quantidade realizada e ao número de prestadores que realizaram aquele procedimento. Essas informações poderão ser filtradas por Unidade da Federação (UF), sexo, faixa etária, porte da operadora e/ou competência. Há ainda a possibilidade de obtenção de dados na forma de mapa, no qual é possível identificar frequências por UF e por prestador.

Em relação à visão financeira, o D-TISS possibilita o acesso aos valores da despesa média dos procedimentos e sua dispersão, com a apresentação dos dados selecionados em gráfico box-plot. Os filtros por UF, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também poderão ser utilizados.

Há, ainda, a apresentação de informações de indicadores internacionais (OCDE) relacionados aos procedimentos, quando disponíveis. Desse modo, busca-se integrar os dados de utilização dos serviços de saúde com informações técnico-científicas que apoiem a tomada de decisão de todos os agentes, propiciando uma visão integrada dos eventos inseridos no setor de saúde suplementar e os conhecimentos científicos na área de saúde.

O Padrão TISS

O objetivo da TISS é padronizar as ações administrativas e subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico-financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. As informações sobre as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos são enviadas mensalmente pelas operadoras de planos privados desde setembro de 2014. A partir delas, a ANS dispõe de um banco de dados significativo referente a toda produção assistencial da saúde suplementar.

A exploração e a tabulação desses dados possibilitam a geração de uma gama de informações que, ao serem disponibilizadas para a sociedade, garantem transparência e contribuem para a qualidade e para a concorrência setorial.

[Clique aqui para acessar a página com a nova versão do D-TISS.](#)

[Acesse diretamente o painel de procedimentos.](#)

[Confira o tutorial.](#)

FENASAÚDE: DESPERDÍCIO DE 30% NOS GASTOS DA SAÚDE PRIVADA

Monitor Digital –21/06/2017

A presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz, estima que em torno de 30% dos gastos em saúde privada no Brasil são desperdícios. De acordo com a entidade, as despesas assistenciais dos planos médico-hospitalares subiram mais que as receitas das operadoras, com expansão dos procedimentos e um número menor de consumidores, tanto em 2016 como em 2015, uma tendência que vem ocorrendo nos últimos dez anos.

Solange citou como exemplo desse desperdício o crescimento da quantidade de exames complementares por pessoa, como tomografia computadorizada (21%) e ressonância magnética (25,2%) entre 2015 e 2016. “Dentre as razões para esse salto,

podem estar a má formação médica e incentivos financeiros de hospitais, médicos e laboratórios que, na maioria das vezes, são remunerados por procedimentos prescritos, o modelo conhecido como fee for service (pagamento por procedimento)”, explicou.

O diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin, concordou que os desperdícios existem e são importantes. Nos Estados Unidos, por exemplo, a perda mínima de desperdícios seria 20%, o que corresponderia a US\$ 600 bilhões, em 2016. Se esse percentual prevalecesse no Brasil, o desperdício de 20% em uma despesa total de cerca de R\$ 140 bilhões significaria R\$ 28 bilhões. “É um volume expressivo”.

Cechin informou que na saúde suplementar se fazem no Brasil entre 150 e 160 procedimentos de ressonância magnética e tomografia computadorizada para cada mil pessoas, enquanto nos países ricos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a média são 60 exames desse tipo por mil pessoas.

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