

05 de Julho de 2017

SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL SOBE MAIS QUE A INFLAÇÃO

Folha de São Paulo –04/07/2017

A maioria (81%) das empresas tiveram aumentos de gastos com seguro saúde acima da inflação nos últimos 12 meses, aponta pesquisa da ABRH (Associação Brasileira de Recursos Humanos).

Para 44,5% das companhias, os dispêndios com os planos dos empregados e seus dependentes cresceram mais que o dobro do IPCA.

As empresas precisam começar a orientar os seus funcionários a usar os planos, afirma Luiz Edmundo Rosa, diretor da associação.

“A maioria das companhias já adotou o seguro com sistema de coparticipação, em que o funcionário paga uma parte dos atendimentos, mas mesmo isso não tem sido eficaz para reduzir o número de exames”, diz ele.

Na década passada, gasto com a saúde passou a educação e se tornou o segundo maior para as empresas, atrás da folha de pagamentos.

O Brasil tem 31,6 milhões de beneficiários de planos de saúde suplementar ligados a empresas (ou seja, funcionários ou dependentes).

Esse é o grupo com maior representatividade entre os segurados, segundo a ANS.

PRESTADORES DE SERVIÇO DIZEM QUE SÃO PREJUDICADOS PELA MÁ REMUNERAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –04/07/2017

Relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde adia apresentação de relatório para meados de agosto

Representantes de médicos e hospitais privados disseram que são prejudicados pela má remuneração das operadoras de planos de saúde. Eles participaram de audiência pública na Comissão Especial sobre Planos de Saúde nesta terça-feira (4). O colegiado analisa o Projeto de Lei [7419/06](#) e mais 140 propostas apensadas que alteram a Lei dos Planos de Saúde (Lei [9.656/98](#)) e que tramitam em regime de urgência na Câmara.

O relator da comissão, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), informou que o substitutivo às propostas será apresentado em meados de agosto, e não mais antes do recesso parlamentar, como inicialmente previsto.

“Solicitei ao presidente [da Câmara] um pouco mais de paciência da Casa, para ouvirmos segmentos da sociedade organizada”, afirmou. A ideia é realizar pelo menos mais três audiências públicas antes da apresentação do relatório.

Marinho acredita que há um conflito instalado na sociedade nessa área, já que os interesses dos beneficiários, dos prestadores do serviço e das operadoras de planos de saúde são díspares. “E é nossa responsabilidade tentar conciliá-los”, acrescentou. Hoje o número de pessoas com planos de saúde no Brasil hoje chega a 47 milhões.

Desequilíbrio

O representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), Salomão Rodrigues Filho, foi um dos que apontou desequilíbrio na correlação de forças atual entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde.

“Hoje o prestador é mal remunerado dentro do sistema”, salientou. “É necessária boa remuneração para o prestador”, reforçou. Conforme ele, a lucratividade das operadoras é bem elevada, acima de 10%.

Na opinião dele, não devem ser instituídas novas formas de remuneração, mas devem ser adotadas as já previstas na Lei [13.003/14](#), que modificou a Lei 9.656/98. Entre outros pontos, a lei de 2014 define que o contrato entre médico e operadora tenha cláusulas sobre o reajuste anual dos procedimentos. Se o reajuste não for definido até o final de março, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá estabelecer o valor.

Lucro de 4%

O presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados, Francisco Balestrin, também acredita que o setor hoje é “totalmente desequilibrado”. Para ele, após 20 anos, a lei precisa de aperfeiçoamentos.

A premissa principal das mudanças na lei, na opinião dele, deve ser a centralidade do cidadão, além do equilíbrio e sustentabilidade do setor. “Precisamos trabalhar a qualidade da rede assistencial”, defendeu ainda.

O presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Leandro Fonseca, disse que o lucro médio do setor é 4%, mesmo que o de algumas empresas seja maior. De acordo com ele, a cada R\$ 100 que o consumidor paga de plano de saúde, R\$ 85 são para despesas assistenciais, e o restante é de gastos administrativos e lucro.

O deputado Odorico Monteiro (PSB-CE), que pediu a audiência, afirmou que o Estado banca, por meio da renúncia fiscal, o sistema privado de saúde, deslocando dinheiro que seria do Sistema Único de Saúde (SUS). Para ele, há um subfinanciamento do sistema público.

Sem contraponto

Odorico lamentou a ausência de representante da entidade Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que, na visão dele, poderia fazer contraponto à visão dos médicos e hospitais.

O relator Rogério Marinho também criticou a ausência do debatedor, assim como de representante da Confederação Nacional das

Santas Casas, que também foi convidado para a reunião e não compareceu.

Segundo ele, representantes da sociedade não debatem as propostas no momento de sua reformulação, mas querem modificá-las durante ou após a votação.

RESCISÃO UNILATERAL DE PLANO É TEMA DE AUDIÊNCIA NA CÂMARA

O Globo –03/07/2017

A quebra unilateral de contrato por parte das operadoras de planos de saúde é tema da audiência que a Comissão de Defesa do Consumidor realiza no dia 04/07. Já Comissão Especial sobre Planos de Saúde realiza audiência pública, quando o colegiado analisa o Projeto de Lei 7419/06, que obriga os planos e seguros privados de assistência à saúde a cobrir as despesas do acompanhante de paciente menor de 18 anos internado em unidade de terapia intensiva (UTI), quando houver recomendação médica.

Autor do pedido para a realização do debate na Comissão de Defesa do Consumidor, o deputado Marco Tebaldi (PSDB-SC) critica que são frequentes em nosso país, há décadas, os relatos de descaso dos planos de saúde, “que rompem contratos da noite para o dia, e deixam milhares de segurados sem atendimento médico”.

O parlamentar lembra que a Lei 9.656/98, que trata de planos e seguros privados de assistência à saúde, proíbe a suspensão ou

rescisão unilateral do contrato dos planos e seguros de saúde contratados unilateralmente, salvo por falta de mensalidade por mais de 60 dias.

A deputada Maria Helena (PSB-RR), que apresentou um requerimento sugerindo a inclusão de outros convidados, lembra que o direito à saúde é garantido pela Constituição, que dispõe como dever do Estado estabelecer políticas sociais e econômicas visando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Foram convidados para discutir o assunto o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), José Carlos de Souza Abrahão; o presidente da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização, Marcio Serôa de Araujo Coriolano; o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Reinaldo Camargo Scheibe; a coordenadora institucional da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste), Maria Inês Dolci; o subprocurador-geral da República e Coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, José Elaeres Marques Teixeira; e o secretário da Secretaria Especial da Micro e Pequena Empresa da Previdência da República (Sempe), José Ricardo de Freitas Martins de Veiga.

OPERADORAS AMPLIAM RECEITA, APESAR DE PERDA DE CLIENTES

O Globo –02/07/2017

A recessão e o desemprego fizeram com que mais de 1,5 milhão de pessoas deixassem de ter plano de saúde no ano passado. Mesmo assim, as operadoras conseguiram aumentar seus ganhos: a receita das empresas cresceu 12%, e o lucro líquido aumentou 66%, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo especialistas, a estratégia para obter resultados melhores em ano de crise é repassar a conta para o consumidor. Há reajustes de planos coletivos — equivalentes a 80% do mercado — que chegam a 40%. Nos planos individuais, o aumento foi de 13,55%, índice similar aos dos últimos dois anos. A própria ANS reconhece o problema e diz que a tendência é que os planos de saúde se tornem um serviço de elite.

O reajuste dos planos foi muito superior à inflação, que fechou o ano passado com alta de 6,29%. Mesmo assim, as contas não fecham para as operadoras, muito menos para os usuários. Os planos individuais, cujo reajuste é fixado pela ANS, praticamente não estão disponíveis no mercado. O consumidor, muitas vezes, é levado a contratar planos coletivos por adesão, nos quais o reajuste é livremente negociado entre operadora e empresa ou associação que contratou o serviço. Ao aumentar o preço da mensalidade, as operadoras empurram mais consumidores para fora dos planos e não resolvem a pressão de custos médicos e hospitalares, que subiram 14% no último ano. Para analistas, há risco até de se inviabilizar o segmento.

— As operadoras estão lucrando num contexto de crise em que outros setores estão indo mal. Se está havendo prejuízo pelo aumento maior de despesas que de receita, ele não está sendo repassado ao acionista, mas ao consumidor — diz Ana Carolina Naverrete, pesquisadora de saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

PLANOS ATRASAM PAGAMENTO

Segundo José Cechin, diretor-executivo da Fenasaúde (federação com 23 grandes empresas do setor) e ex-ministro da Previdência, as operadoras fecharam as contas com déficit em seis dos últimos dez anos. De acordo com Cechin, o resultado positivo de 2016 — de R\$ 6,46 bilhões — foi influenciado por ganhos obtidos com a aplicação financeira das reservas obrigatórias exigidas pela ANS. A regra é uma forma de assegurar que as empresas tenham recursos para garantir a operação futura. Outro fator que contribuiu para o salto de 66% nos ganhos do segmento foi a reversão de depósito judicial de uma das empresas.

— A preocupação das nossas associadas é que a despesa com a assistência está crescendo mais rapidamente do que as receitas. E a sinistralidade (frequência de uso) também cresceu de uma média de 75% para 85% em 2016 — destaca Cechin.

Pedro Ramos, diretor da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), que reúne os planos, afirma que 30% das operadoras que atuam no mercado estão no negativo. Ele argumenta que o setor sofreu com reajustes represados em governos anteriores e que, mesmo com os aumentos recentes, o equilíbrio dos contratos ainda não foi retomado. O setor busca fechar um acordo com os hospitais — que representam 40% das despesas — com duração de cinco anos para reduzir custos. A proposta é trocar o pagamento por procedimento por um modelo de pacote de serviços:

— Estamos reescrevendo a relação com os hospitais no Brasil.

Ramos diz ainda que só um modelo adequado de reajustes permitiria mensalidades mais baixas no futuro:

— Precisamos aumentar a oferta de produtos, acabar com o imbróglio dos reajustes por faixa etária, que sobrecarregam os jovens. Estão todos embalados por uma canção que diz que os planos têm que dar tudo, mas tudo tem um custo. Isso não pode ser suportado.

Nos hospitais, por sua vez, os efeitos da crise se refletem nos atrasos dos pagamentos das operadoras, que variam de 15 a 60 dias, nos casos mais graves, segundo Fernando Boigues, vice-

presidente da Federação dos Hospitais do Estado do Rio (Feherj). Ele afirma que é necessário fazer mudanças no modelo.

— É preciso fazer um estudo sobre esse pagamento por pacotes e trabalhar em prevenção de custo — diz Boigues.

Rodolfo Garcia Maritano, superintendente executivo da Unimed Brasil, admite que o ritmo de reajuste não é sustentável para o consumidor.

— Ao aplicar um aumento elevado, você estimula quem usa pouco o plano a sair. Ficam aqueles que usam com maior frequência. Isso não é sustentável. No entanto, os custos na área de saúde sobem de elevador, enquanto os reajustes vão pela escada. Para mexer no custo, é preciso mexer na abrangência da cobertura e em gestão assistencial — afirma.

Até agora, a solução apresentada pelas empresas para resolver a crise é diminuir ainda mais a regulação sobre o setor. Na Câmara dos Deputados se discute, em regime de urgência, a mudança na Lei 9.656/1998, que rege a saúde suplementar. Simultaneamente, a ANS discute com especialistas uma proposta do Ministério da Saúde de criação de planos acessíveis. Nas duas frentes, as iniciativas preveem uma regulação ainda menor dos reajustes — hoje, somente planos individuais ou coletivos com até 30 beneficiários são acompanhados pela agência. Outras sugestões incluem reajustes baseados em planilha de custos das empresas, prazo maior para atendimento e redução de coberturas.

ANS: PLANO DEVE VIRAR SERVIÇO DE ELITE

PLANOS DE SAÚDE DEVEM CUSTEAR TRATAMENTO DE AUTISTAS

SaúdeBusiness –30/06/2017

Estima-se que no Brasil cerca de 2 milhões de pessoas convivem com o transtorno do espectro autista (TEA). No mundo, são mais de 70 milhões. O TEA é uma condição geral para um grupo de desordens complexas do desenvolvimento do cérebro, antes, durante ou logo após o nascimento e esses distúrbios podem ser caracterizados pela dificuldade na comunicação social e comportamentos repetitivos.

Especialistas destacam que logo após o diagnóstico é importante que a criança autista inicie os tratamentos após o médico informar em quais terapias a criança deve ser inserida. E é nesse ponto que

PROJETO SUA SAÚDE: INFORMAÇÕES SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS

ANS –29/06/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou em seu portal na internet, na página do [projeto Sua Saúde](#), novas orientações aos beneficiários de planos de saúde, desta vez sobre o uso adequado de medicamentos. O projeto tem por objetivo estimular uma participação mais proativa de pacientes em relação à tomada de decisão pertinente a tratamentos e cuidados essenciais em saúde, com base na informação de qualidade compartilhada com os responsáveis pelo seu cuidado – médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Arthur Rollo, titular da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), propôs à ANS, na última semana, o fim da figura das administradoras de benefícios, obrigatórias pela regulação do setor na contratação de planos coletivos:

— Em toda cadeia produtiva, o intermediário onera o custo. As administradoras têm a função de proteger o consumidor, mas, se assim fosse, não estariam como réis, ao lado dos planos, em ações judiciais.

Leandro Fonseca da Silva, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras e diretor-presidente substituto da ANS, diz que a trajetória de custos das operadoras é insustentável e que a única saída é repassar o custo ao consumidor:

— A tendência é que plano de saúde vire um serviço de elite. Temos que fazer uma discussão mais ampla, como a que está sendo feita para a Previdência, sobre como fechar essa equação da saúde, seja ela pública ou privada. Essa conta vem pelo imposto ou pela mensalidade.

Indagado sobre como a ANS vai atuar para evitar que o consumidor seja muito onerado, ele foi lacônico:

— O desafio é grande.

Perguntada sobre o fato de não exigir maior oferta de planos individuais, a ANS disse, em nota, que não há previsão legal para obrigar as empresas a ofertarem estes planos. Em relação aos planos coletivos, a agência argumenta que neste caso há livre negociação entre empresas e operadoras

os problemas com os planos de saúde podem começar, pois os pais descobrem que o plano se negará a oferecer os serviços pretendidos.

Para o advogado Jairo Corrêa, do escritório Corrêa, Ongaro, Sano Advogados Associados, quando há expressa prescrição médica, torna-se absolutamente abusiva e ilegal a postura do plano de saúde em negar a cobertura de qualquer tratamento. “Como grande parte das operadoras de saúde não está preparada para oferecer, em sua rede credenciada, os tratamentos específicos e fundamentais às pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista, em especial aqueles que requerem atendimento multiprofissional e psicoterapia comportamental (que são os que apresentam melhores resultados comprovados), e a contratação desses profissionais de forma particular gera um elevado custo à operadora, certamente o segurado, ao solicitar tais serviços, enfrentará uma enorme burocracia administrativa e, ao final de todo o procedimento, terá grandes chances de ter seu pedido negado”, explica.

O uso adequado de medicamentos é tema de preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que lançou este ano um desafio global pelo uso seguro. Segundo a OMS, mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais da metade dos pacientes que os utilizam o fazem incorretamente. Esses erros podem ser causados por diferentes fatores que interferem na prescrição, na dispensação, na administração, no consumo e no monitoramento de medicamentos, o que pode ocasionar sérios prejuízos para a saúde e até mesmo a morte. Portanto, a participação do paciente no processo de uso dos medicamentos é fundamental, a partir de conversas de qualidade com os profissionais de saúde esclarecendo dúvidas, riscos envolvidos e os benefícios dos medicamentos que venham a ser necessários.

Por meio do projeto, a ANS reforça os riscos do uso de medicamentos sem orientação de um profissional de saúde; entre eles estão: retardar o diagnóstico de uma doença grave, causar

intoxicação, alergias e interações medicamentosas e provocar gastos desnecessários, com prejuízo para a saúde. Sendo assim, deve-se evitar ao máximo o uso de medicamentos indicados por outras pessoas, como amigos, vizinhos e parentes, lembrando sempre que doenças diferentes podem ter sintomas parecidos ou até iguais, mas não necessariamente o mesmo tratamento.

Em um vídeo disponível na página do projeto, são abordados pontos de atenção para o uso seguro de medicamentos, divididos em diferentes momentos. [Confira aqui.](#)

[Confira as orientações do projeto Sua Saúde sobre o tema Depressão](#)

PLANO INDIVIDUAL CONTINUA A SER EXCEÇÃO

Valor Econômico –29/06/2017

Ter um plano de saúde individual não é só um desejo da população brasileira. É uma necessidade, em especial para muitos dos 14 milhões de brasileiros desempregados. No entanto, poucas operadoras oferecem o produto. E o preço raramente cabe no apertado orçamento familiar. Como consequência, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser a única opção para muitos nessa situação. Com recursos públicos cada dia mais escassos, ter uma solução para a saúde suplementar torna-se um tema urgente para todos os envolvidos, que, sem exceção, se queixam da atual dinâmica do setor.

Consumidores querem ser mais bem atendidos; operadoras de saúde exigem respeito aos contratos; a agência reguladora opera para garantir direitos e deveres; prestadores de serviços pleiteiam melhor remuneração e o governo, que deve garantir saúde universal, de acordo com a Constituição, quer desafogar o SUS. O desgaste é tamanho que há vários projetos na Câmara dos Deputados e no Senado. Desde os que pedem mudanças na Lei 9.656/98, que regula o setor, até o Projeto de Lei do senador José Reguffe (sem partido-DF) que visa obrigar as operadoras de saúde a vender planos individuais.

José Claudio Ribeiro Oliveira, superintendente jurídico da Unimed do Brasil, uma das poucas que ainda ofertam planos individuais, afirma que as discussões estão mais focadas nas consequências do que na causa do problema. “As operadoras não vendem planos individuais por duas questões. Uma é o reajuste controlado pela ANS, que sempre é menor do que os índices dos custos médicos. E outra é a judicialização.” Cerca de 25% de toda as ações do Judiciário envolvem saúde.

O diretor-executivo da Federação Nacional de Planos de Saúde (FenaSaúde), José Cechin, informou em audiência pública promovida no último dia 20 que, de 2007 a 2016, o reajuste de preços feitos pelas operadoras de planos de saúde foi de 115,4%, diante da inflação de 74,7% (IPCA), mas destacou que a despesa assistencial per capita paga pelas operadoras aumentou 158,7%.

Cechin cita, entre os itens mais judicializados, os contratos antigos; reajustes anuais e por mudança de faixa etária; negativas de coberturas; mudanças na rede credenciada; aposentados e demitidos; carências; e reembolsos. “Para mitigar a judicialização é preciso mudar a lei para tornar mais claras as coberturas em situações de urgência e emergência e a exclusão de cobertura de tratamentos não-contratados ou de caráter experimental”, afirma.

Todos concordam que é preciso mudar. Para quem acaba de chegar e olha o setor como um bom nicho de negócios no futuro, o melhor caminho é o equilíbrio. Philippe Jouvelot, CEO da AXA, uma das maiores seguradoras do mundo, já investiu pesado em pesquisas sobre a saúde suplementar no Brasil. “Não temos planos de atuar em saúde individual no momento”, diz ele, sem descartar o interesse em um futuro próximo. Para Jouvelot, repassar um aumento de preço ao consumidor maior do que ele teve em seu

orçamento é um dos principais problemas do desequilíbrio. Em sua visão, não se trata de uma inflação médica e sim, de uma mudança no consumo. Médicos passaram a pedir mais exames para se livrar de acionamentos por má conduta, clientes se auto diagnosticam e vão direto para um especialista sem antes passar por um generalista que poderia resolver a questão.

“Não ter esse controle de custos causou o desequilíbrio, que foi seguido do fim das vendas dos individuais”, diz o executivo. Sem novos entrantes, a carteira passou a contar com clientes cada dia mais velhos e que, por uma razão óbvia, demandam mais serviços médicos e hospitalares. “No total, entre planos individuais e empresariais, foram mais de 4 milhões de procedimentos por dia em internações, consultas, exames, terapias e serviços odontológicos durante 2016. A queda de 1,5 milhão de consumidores em razão do desemprego não levou à diminuição da quantidade de procedimentos pagos pelas operadoras”, afirma a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

“Importante entender que não basta obrigar as operadoras a terem produtos, ofertá-los e comercializá-los. O principal aqui é qual o valor mensal que será cobrado”, alerta Rafaella Matioli, diretora técnica de saúde e benefícios da Aon Brasil. Para a advogada Angélica Carlini, especializada em saúde, “o que o governo e a sociedade precisam entender é que, para alterar o sistema vigente na saúde suplementar, não existem caminhos rápidos e indolores. Precisamos repensar e modificar a estrutura do setor e, consequentemente, a Lei 9.656, de 1998. Por medida provisória teremos mudanças ancoradas no histórico autoritarismo que permeia a atuação do Estado brasileiro em todas as épocas e que precisa ser substituído por eficiência e objetividade”, diz.

A opção de todos tem sido caminhar juntos nas discussões. “ANS, seguradora, operadoras e clientes certamente encontrarão uma forma do uso mais equilibrado do sistema”, defende o CEO da AXA. Uma das medidas que ajudaram muito o sistema de saúde em outros países foi a adoção do médico de família, similar ao adotado pelo SUS. Isso ajudaria a direcionar prestadores e médicos à saúde básica e preventiva, e não à saúde de alta complexidade, como é hoje, evitando a submeter, de forma desnecessária, pacientes a exames que apresentam riscos. Investir na prevenção da saúde com o auxílio da tecnologia também é um ponto alto dos debates.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece que não cabe ao órgão regulador comentar proposta de medida provisória e informa que cumpre a legislação vigente. De acordo com as normas do setor de planos de saúde, não há obrigatoriedade com relação à oferta de planos de saúde individual/familiar por parte das operadoras. No entanto, caso a operadora tenha planos individuais registrados na ANS, não pode negar a venda aos consumidores. “A ANS entende que a opção de vender ou não planos individuais e coletivos é uma decisão estratégica de cada operadora”, afirmou a agência em nota.

Mitigar o desperdício, a fraude e o risco de judicialização, com um sistema mais fluido, transparente e com contratos claros já derrubaria o preço atual em no mínimo 30%, além de estimular a livre concorrência do setor em benefício do consumidor, afirmam os especialistas. “Sem propósitos claros e transparentes, a discussão é estéril e desnecessária. Não será proveitosa e tampouco resultará em maior eficiência do setor”, diz Angelica.

CENÁRIO DA SAÚDE TENDE A PIORAR COM AUMENTO DE CUSTOS

DCI –29/06/2017

Embora a expectativa para a despesa assistencial per capita na saúde suplementar continue menor para o acumulado de 2017 na comparação com 2016, a perspectiva de margem das operadoras de planos se mantém baixa.

De acordo com dados de projeção da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), é provável que a variação da despesa assistencial per capita desacelere e chegue a 15,02% em 2017 contra 19,17% em 2016. A variação de custos médico-hospitalares (VCMH), por sua vez, deve chegar a 17,67% no ano, enquanto em 2016 atingiu 18,22%. “O que nos aflige é que embora a expectativa de despesa seja menor, a variação da receita segue inferior”, diz a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

Com a inclusão de novas tecnologias no Rol de Procedimentos, o aumento de utilização per capita do plano de saúde e a variação do preço de produtos e medicamentos colocou as operadoras de saúde em um cenário apertado e sem perspectivas de melhora. Segundo a entidade, mesmo com a perda de beneficiários no setor – que chegou a 1,5 milhão no ano passado – o volume total de procedimentos nos planos de saúde aumentou 6,4% ante 2015, totalizando 1,465 bilhão de procedimentos.

De acordo com a executiva da FenaSaúde, não existe um levantamento sobre o assunto, mas uma das hipóteses que pode ter levado a alta do gasto per capita é o medo de uma possível demissão e a perda do benefício. Além disso, questões como aumento de absenteísmo e os sintomas decorrentes de estresse durante a crise econômica podem ter influenciado um maior uso dos planos. Mesmo sem estudos no País que comprovem isso, experiências no mundo mostram que o reflexo pode existir.

Precificação

Outra questão discutida pela executiva é o aumento dos preços dos procedimentos. No ano passado, estudo da entidade aponta que o tratamento quimioterápico apresentou, em média, uma variação de 21% no preço, passando de R\$ 5 mil para mais de R\$ 6 mil, entre setembro de 2015 e o mesmo mês de 2016. Já os medicamentos

imunobiológicos registraram um acréscimo de 11% no preço de R\$ 5 mil para R\$ 5,6 mil, no mesmo período.

Somada ao aumento dos preços, o avanço da cobertura através da atualização do Rol de Procedimentos tem impactado os custos assistenciais. Em 2016, quando foram incorporados 21 novos procedimentos, foram adicionados procedimentos de alto custo, como o medicamento oral para tratamento de câncer em casa. Apenas esse remédio, utilizado no tratamento de câncer de próstata, tem um custo mensal de R\$ 14 mil. Em um ano, vai a chega a custar R\$ 166 mil.

De acordo com Solange, hoje o maior pleito das operadoras é a falta de informações que são disponibilizadas antes de se incluir um novo procedimento no Rol. “Muitas ainda estão na mão de alguns players e nem o consumidor tem ideia do preço do tratamento. Às vezes até a operadora desconhece o preço de mercado”, diz.

Mesmo que a obrigatoriedade de apresentar informações exista, as informações que chegam sobre materiais e medicamentos não são suficientes para dar previsibilidade de gasto às operadoras.

Isso tudo se soma à perspectiva do novo Rol – atualmente em consulta pública – que passará a valer em 2018 e inclui 15 novos procedimentos. Entre eles, o Ranibizumabe/Aflibercepte que possui um custo per capita anual de quase R\$ 50 milhões. “A grande questão é que o Rol é mínimo, no entanto, ele não é visto como mínimo e quando isso acontece vemos uma população não conseguindo pagar, porque a tendência é que fique mais caro [o plano]. A ANS tem que ver o interesse dos beneficiários. Não adianta incorporar para um se isso implica em um aumento para todos”, diz Solange acrescentando que a demonstração de eficácia de alguns medicamentos e o custo não é apresentada pelo player que pediu a incorporação.

“Essas incorporações devem ser acompanhadas com protocolos testados e comprovados, porque salvaguarda até o cliente, porque nem sempre significa resultados melhores para ele”, afirma o presidente da CNU, Alexandre Ruschi, acrescentando que é importante levar em consideração o impacto financeiro na operadora. Na CNU, em 2012, a atualização do Rol aumentou em 1,56% os custos assistenciais da operadora, em 2014 a variação foi de 2,28% e em 2016 passou a 4,81%.

“Somos obrigados a assumir um novo procedimento e ele é só avaliado um ano depois. Se incorporo e sou obrigado a dar a partir de janeiro tiro de onde existe. Não tenho receita para cobrir isso e acabo agravando ainda mais o resultado da saúde suplementar que já são muito comprometidos. Vemos resultados líquidos de 2%, praticamente insustentável”, completa Ruschi.

FEDERAÇÃO SUGERE UNIR PLANO DE SAÚDE E PREVIDÊNCIA

Agência Estado –29/06/2017

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasau) vai propor à Comissão Especial da Câmara dos Deputados, criada para reformar a Lei de Planos de Saúde, a criação de um plano com capitalização. Nesse novo formato, pessoas formariam reservas durante sua vida profissional para mais tarde usá-las no pagamento de despesas de planos de saúde, com mensalidades mais elevadas.

“É uma proposta antiga, de acoplar o plano de saúde ao da Previdência”, afirmou ao Estado o diretor executivo da Fenasau, José Cechin. Nesse formato, usuários teriam assistência do plano enquanto estivessem no mercado de trabalho. Ao se aposentar, parte dos recursos de capitalização seria usada para pagar a mensalidade, que ao longo dos anos se torna mais cara.

Essa estratégia, na avaliação de Cechin, poderia ser usada caso mudanças no teto de reajuste por faixa etária também fossem feitas. Atualmente, os aumentos são permitidos até a faixa 59. “Mas o gasto médio de quem tem 70, 80 e 90 anos é muito diferente”, afirma. Se houvesse um desmembramento, com criação de mais faixas, diz, mensalidades de pessoas com 60 anos poderiam ser mais baixas. “Mas para isso seria necessário cobrar mensalidades ainda mais caras das idosas. Teríamos um drama pela frente”, reconhece.

Questionado se era favorável à criação de novas faixas, Cechin disse estar apenas trazendo o problema para a discussão. “Não tenho convicção de que é necessário ou não.” Para ele, é questionável a afirmação de que mensalidades de plano de saúde de pessoas idosas são caras. “Idosos que aparentemente pagam muito caro por plano de saúde na verdade pagam menos do que o

custo. Os outros mais jovens, pagam mais. Há uma solidariedade implícita entre gerações.”

Crítica

Em 27/06, entidades ligadas ao direito do consumidor e à saúde afirmaram que as discussões em curso na Câmara dos Deputados beneficiam apenas as empresas e podem trazer retrocesso aos direitos de usuários. Assinado por 14 entidades, entre elas Instituto de Defesa do Consumidor, Procons e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o documento ressalta que a discussão não deve ser feita de forma apressada e chama a atenção para os riscos de algumas propostas que estão em discussão, como a autorização de planos populares, a liberação do reajuste de planos individuais e a mudança no rol mínimo de cobertura.

“Alertamos que o momento não é adequado para mudar a toque de caixa uma lei que afeta a saúde e a vida de 47,6 milhões de consumidores de planos de assistência médico-hospitalar individuais, familiares e coletivos”, diz o texto, em uma referência à crise política.

A nota observa ser crescente a insatisfação dos brasileiros que usam planos de saúde e critica o método de trabalho da comissão. “Com a realização de poucas audiências públicas sobre um tema que requer discussões aprofundadas e com ampla participação de todos os segmentos interessados”, diz.

O texto afirma ainda que as mudanças poderiam trazer uma desregulamentação do setor. “O mercado precisa ser melhorado, fiscalizado, e não desregulamentado.”

PLANO DE SAÚDE É DECISIVO NA ESCOLHA DO EMPREGO

IESS –28/06/2017

Há algum tempo temos apontado, aqui no Blog, as relações que o setor de saúde suplementar tem com o mercado de trabalho no Brasil. Analisamos tanto a relação entre a redução dos postos de trabalho formal com o total de beneficiários; quanto o total de empregos gerados pela cadeia da saúde suplementar, foco do nosso mais novo boletim mensal, o [Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#).

Agora, a partir da pesquisa que encomendamos ao [IBOPE Inteligência](#), pudemos detectar outra relação muito importante: 95% dos brasileiros consideram o plano de saúde um fator decisivo para escolher entre um emprego e outro.

De acordo com a pesquisa, 79% dos brasileiros consideram este um fator “muito importante” e 16% o consideram “importante”. Isso significa, por exemplo, que oferecer um plano de saúde pode ser fundamental para manter colaboradores essenciais para o desenvolvimento da empresa. Uma questão que empregadores precisam ter em mente, especialmente no atual momento econômico do País.

AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PREJUDICA O PRÓPRIO CONSUMIDOR

O Globo –28/06/2017

O fenômeno da judicialização da saúde é crescente nos tribunais brasileiros. Na avaliação da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), isso causa a desorganização do sistema de saúde, o desequilíbrio orçamentário do setor, além de desigualdades de direito na sociedade. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) contabilizou, somente em 2016, 103.896 processos na saúde suplementar. O gasto aproximado com demandas judiciais ligadas à saúde pública e privada foi de R\$ 8,2 bilhões em 2015.

– O acesso ao Judiciário é um direito inalienável do cidadão, um valor da sociedade moderna. Essa instância deve ser respeitada, mas o que se vê com constância, atualmente, é que a indústria do direito individual vem se sobrepondo ao coletivo. E a consequência disso acaba, paradoxalmente, sendo injusta, porque, quando ocorrem decisões que concedem procedimentos não previstos em lei ou no contrato, prejudica todos os beneficiários daquele plano de quem moveu a ação. Todos pagam a conta – afirma a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

A maioria das ações que diz respeito à saúde é relativa ao sistema público. Segundo dados do site do Ministério da Saúde, desde 2010 houve um aumento de 727% nos gastos da União com processos para aquisição de medicamentos, equipamentos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Ainda segundo o Ministério, os gastos com as demandas judiciais ligadas à saúde pública foram na ordem de R\$ 7 bilhões em 2015, enquanto na Saúde Suplementar esse número gira em torno de R\$ 1,2 bi, diz estudo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a cumprir sentenças judiciais, mesmo em casos não previstos no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou no contrato firmado entre o consumidor e a operadora, segundo a presidente da FenaSaúde.

– O juiz deve estar amparado por parecer técnico de profissional de saúde para subsidiar a decisão. Com esse apoio técnico, as decisões são mais bem fundamentadas, reconhecendo o direito de quem efetivamente o tem. A Justiça deve também levar em conta os contratos celebrados. Reconhecer demandas a quem não tem direito é poderoso estimulante da judicialização.

Entre os itens mais demandados, na Justiça, em relação às operadoras que fazem parte da FenaSaúde, estão a negativa de cobertura (geralmente de contratos antigos), rede de atendimento (quando o médico não atende por determinado plano, e mesmo assim o beneficiário quer ser atendido por ele), carência (uso do plano antes da carência mínima), procedimentos que não são oferecidos pelo plano e reajuste de mensalidades.

Contudo, os planos de saúde não estão na lista dos dez assuntos mais reclamados. No ranking geral do Boletim do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) de 2016, o segmento aparece na 13ª posição dentre os 20 listados, com 1,5% do total de reclamações. Em relação à quantidade de atendimentos registrados em 2015, houve recuo de 4,4% nas contestações ligadas aos planos de saúde.

Para diminuir os impactos da judicialização, as operadoras estão investindo constantemente na qualificação e aperfeiçoamento dos canais de atendimento ao consumidor, como os SACs e Ouvidorias (89,3% respondem aos seus demandantes em até 7 dias úteis, 10,4% dentro de prazo pactuado (do 8º até o 30º dia útil) e somente 0,2% fora do prazo (após 30 dias úteis). A ANS também pode ser um canal para resolução de problemas não solucionados diretamente com a operadora antes do judiciário. Na esfera judicial,

por sua vez, o Núcleo de Apoio Técnico – NAT, iniciativa do judiciário, foi criado para auxiliar tecnicamente os magistrados nas tomadas de decisões sobre saúde.

De acordo com a coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor (NUDECON), Patrícia Cardoso, o consumidor deve inicialmente procurar a empresa para tentar uma solução amigável.

– No NUDECON, temos um projeto muito consistente de não judicialização de casos. Assinamos com as principais operadoras termos de cooperação criando canais efetivos de solução dos problemas. As empresas, nesses termos, se comprometem a enviar

resposta, positiva ou negativa, nos casos de urgência e emergência em até três horas para o defensor público. Com isso, temos alcançado índices de solução em torno de 90% – explica.

A presidente da FenaSaúde destacou três pontos importantes para se evitar o crescimento desordenado da judicialização na saúde: no caso do paciente, o conhecimento prévio do contrato firmado com a operadora; aos profissionais da saúde, privilegiar os procedimentos cobertos pelo rol sem, hipótese alguma, trazer prejuízo ao cuidado à saúde; e, por fim, a conscientização de todos os atores do sistema, do paciente aos profissionais e magistrados, sobre a utilização mais adequada dos meios jurídicos.

A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE CUSTOS NAS OPERADORAS

SaúdeBusiness –29/06/2017

O crescente aumento das despesas assistenciais, as regulamentações da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a alta sinistralidade das operadoras e o acirramento da concorrência mostram a urgência do controle de custos de operações de serviços de saúde suplementar. Segundo estudo elaborado pela Federação Nacional de Saúde Suplementar, em março de 2015 as despesas das operadoras de planos de saúde filiadas à federação cresceram 18,1% em relação ao mesmo período do ano anterior. O mesmo estudo mostra que a relação entre custos administrativos, pagamento de impostos, despesas assistenciais e as receitas das operadoras nem sempre é equilibrada.

Considerando a complexidade do setor, a gestão de dados da saúde com informações organizadas e integradas para permitir o acompanhamento das movimentações que chegam à operadora é crucial para evitar problemas como a repetição de procedimentos clínicos, por exemplo. Para isso, as operadoras devem contar com tecnologia em saúde para fazer uma melhor administração das autorizações de procedimentos, evitando assim glosas às instituições de saúde e desgastes nessa relação.

Um exemplo de situação que pode resultar na negativa de pagamento é a questão da cobertura para internações, por exemplo. Não é rara a internação de pacientes por meio dos serviços de emergência, que muitas vezes são beneficiários de planos ambulatoriais sem cobertura de internação ou restrição de estabelecimento.

Outras situações que impactam diretamente nos custos da operadora de saúde são relacionadas ao volume de distorções vindas das instituições, tais como colocação de órteses e próteses, receituário de medicamentos, utilização de equipamentos, indicações equivocadas de serviços de diagnóstico e tratamento, internações desnecessárias e tempo excessivo de permanência.

A tecnologia em saúde é fundamental para ajudar a controlar esse custo e evitar tais situações, pois moderniza e integra os controles da operadora de saúde, com histórico de saúde dos pacientes, gestão de planos, regras, limites e carências, criando uma operação com mais fluidez, permitindo controle efetivo da estruturas de custos, e ao mesmo tempo, uma relação menos conflituosa com as instituições de saúde, ao dispor dessas informações online.

O uso da tecnologia em saúde auxilia as empresas a estruturarem todos os elementos de seu negócio impactando diretamente na diminuição de custos. Para isso, é importante pensar em um modelo de unificação da gestão de dados de saúde, para garantir excelência no atendimento ao cliente e a sustentabilidade para a operadora.

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