

04 de julho de 2018

## **ANS DEFINE REGRAS PARA COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA EM PLANOS DE SAÚDE**

ANS –28/06/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta quinta-feira (28/06), no Diário Oficial da União, a [Resolução Normativa nº 433](#), que atualiza as regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde. A norma protege o consumidor ao estabelecer um percentual máximo a ser cobrado pela operadora para realização de procedimentos; ao determinar limites (mensal e anual) para exposição financeira do consumidor (o máximo que o consumidor pode pagar, no total, por coparticipação e franquia); e ao isentar a incidência de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos, como exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise. Com a medida, a reguladora supre lacunas existentes na legislação, garantindo maior previsibilidade, clareza e segurança jurídica aos consumidores.

Outra novidade trazida pela norma é a possibilidade de operadoras de planos de saúde oferecerem descontos, bônus ou outras vantagens aos consumidores que mantiverem bons hábitos de saúde. A expectativa é que a medida incentive a adesão de beneficiários a iniciativas como programas de promoção da saúde e prevenção de doenças mantidos pelas operadoras.

Segundo o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, a norma tem, entre suas premissas, “a transparência nas relações, a prestação de informações claras ao beneficiário,

previsibilidade e segurança jurídica, liberdade na formatação dos produtos dentro de parâmetros claros e objetivos definidos, garantindo uma variabilidade dos produtos, conferindo mais opções de escolha ao beneficiário”. O diretor destaca que o tema é de grande relevância, visto que, em 10 anos, a participação desses planos subiu de 22% para 52% do mercado. “Hoje, mais de 50% dos quase 48 milhões de beneficiários de planos de saúde estão vinculados a planos com coparticipação ou franquia”, explicou.

**A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.**

**A franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.**

Um dos principais pontos da nova normativa é o estabelecimento de limites (mensal e anual) de exposição financeira do beneficiário: ou seja, o valor máximo a ser pago pela coparticipação não pode ultrapassar o valor correspondente à própria mensalidade do consumidor (limite mensal) e/ou a 12 mensalidades no ano (limite anual).

**Limite de exposição financeira é o valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de coparticipação ou franquia.**

As novas regras também preveem isenção de cobrança de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos e eventos em saúde, tais como: consultas com médico generalista, exames preventivos e de pré-natal e tratamentos crônicos. Atualmente, os mecanismos incidem em qualquer procedimento. Com o estabelecimento de isenções, a ANS busca incentivar o adequado cuidado à saúde. Veja abaixo os procedimentos que não poderão ter cobrança de coparticipação e franquia:

## PROCEDIMENTOS EM QUE **NÃO** PODE HAVER COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA



### CONSULTAS

**4 consultas por ano** (em consultório ou em domicílio) realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia)



### EXAMES PREVENTIVOS

- Mamografia em mulheres de 40 a 69 anos: **1 exame a cada 2 anos**
- Citologia oncótica cérvico-uterina em mulheres de 21 a 65 anos: **1 exame por ano**
- Sangue oculto nas fezes em adultos de 50 a 75 anos: **1 exame ao ano**
- Colonoscopia em adultos de 50 a 75 anos
- Glicemia de jejum: **1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos**
- Hemoglobina glicada: **2 exames ao ano para pacientes diabéticos**
- Lipidograma em homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos: **1 exame ao ano**
- Teste HIV e sífilis: **1 exame ao ano**



### TRATAMENTOS CRÔNICOS

**Sem limite de número** para hemodiálise, radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas Diretrizes de Utilização (DUTs)



### EXAMES DE PRÉ-NATAL

- Sorologia para sífilis, hepatites e HIV
- Ferro sérico
- Citologia cérvico-uterina
- Cultura de urina
- Tipagem sanguínea (ABO) e RH
- Pelo menos **3 exames de ultrassonografia**
- EAS
- Glicemia de jejum
- Teste de COMBS direto
- **10 consultas** de obstetria
- Toxoplasmose



### EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL

- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Teste do coraçãozinho

**Caso seja ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos de utilização do plano de saúde passarão a ser integralmente arcados pela operadora, sendo proibida a cobrança de valores excedentes no ano seguinte.**

No caso de atendimentos em pronto-socorro, somente poderá ser cobrado valor fixo e único – não importando a quantidade e o tipo de procedimento realizado. O valor deverá ser previamente conhecido pelo beneficiário e não poderá ser superior a 50% do valor da

mensalidade, nem maior que o valor pago pela operadora ao prestador.

Outro aspecto importante é a determinação de um percentual máximo de coparticipação a ser cobrado do beneficiário, que não poderá ultrapassar 40% do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora ao prestador ou do valor da tabela de referência de procedimentos sobre os quais incidirá a coparticipação.

## COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA PRINCIPAIS REGRAS



O valor máximo pago pelo beneficiário **não pode ultrapassar o valor correspondente à mensalidade** (limite mensal) ou a 12 mensalidades (limite anual)

- ▶ Por exemplo, se o beneficiário paga R\$ 100 de mensalidade, o limite mensal da coparticipação não pode ultrapassar R\$ 100. Com isso, o beneficiário irá pagar, neste mês, R\$ 200 (máximo)



Isenção de cobrança para mais de **250 procedimentos**, como exames preventivos, tratamento de doenças crônicas e exames de pré-natal e neonatal



Proibido uso de coparticipação e franquia **diferenciado por doença ou patologia**



**Para atendimento em pronto socorro ou durante internação**, deve ser aplicado valor monetário fixo e único contemplando todos os serviços e procedimentos



**Informações** devem ser detalhadas no contrato



Operadoras deverão divulgar extrato de utilização dos procedimentos com os valores aplicados em seus sites, na área do **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)**



**Percentual máximo** de coparticipação não pode ultrapassar 40% do valor do procedimento

A regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação foi discutida pela ANS em diversas oportunidades. Em meados de 2016, os debates ganharam mais vigor, tendo sido constituído um Grupo Técnico específico sobre o assunto para ampla discussão com a sociedade. Na sequência, o tema passou por audiência pública, consulta pública, e, por último, foi realizada pesquisa aberta à participação de toda a sociedade. A consulta pública recebeu cerca

de 1.140 contribuições da sociedade e a pesquisa contou com 645 contribuições.

As novas regras entrarão em vigor em 180 dias.

[Confira a íntegra da Resolução Normativa nº 433.](#)

## PAGAMENTOS POR COPARTICIPAÇÃO TIVERAM ALTA DE 20%, MAS PODEM CAIR COM NOVA REGRA

Folha de S. Paulo –04/07/2018

**Nos últimos anos, a alta foi de cerca de 20% em termos monetários nominais**

O valor que os beneficiados de planos de saúde desembolsaram por procedimentos médicos a título de coparticipação ou franquia aumentaram nos dois últimos anos.

A soma foi de R\$ 5 bilhões no último trimestre de 2017, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Nos anos de 2016 e 2017, a alta foi de cerca de 20%, sem levar em conta a inflação.

A tendência pode ser invertida com a publicação, no fim do mês passado, de normas da agência que colocam limites à coparticipação.

A regra anterior era mais genérica: o plano não poderia cobrar do beneficiado um valor pelo procedimento que fosse um fator restritivo ao uso da apólice de seguro.

Com as novas normas da ANS, as seguradoras poderão cobrar, no máximo, 40% do custo do procedimento médico. Há outro limite: a conta do cliente não pode ser maior que o valor mensal do prêmio.

“As operadoras têm dúvidas sobre como operacionalizar, são muitos fatores de limites colocados”, afirma Marcos Novais, economista da Abramge (associação dos planos).

O setor está preocupado com aspectos técnicos, mas considera que agora há a possibilidade de criar diferentes tipos de contratos, o que é um avanço, segundo Novais.

As novas regras não vão aumentar a receita das operadoras, mas podem reduzir os custos, diz Orestes Pullin, presidente da Unimed Brasil.

“A coparticipação estimula o uso racional dos serviços, e a regulamentação publicada tornou as regras mais claras para as empresas. Isso pode baratear as mensalidades e aumentar a clientela.”

### **Custo de plano de saúde gerido por empresas cresce 13,3%**

Os custos médico-hospitalares subiram 13,3% em 2017 nos planos de saúde geridos pelas empresas para seus funcionários e familiares, segundo a Unidas (do setor).

A variação deverá ser menor neste ano, diz João Paulo dos Reis Neto, vice-presidente da entidade.

“Como o aumento foi muito grande em 2016 e 2017, quando entraram novas tecnologias [no rol de tratamentos], a tendência é que a inflação não seja tão alta em 2018.”

Há também um esforço maior para conter os gastos desnecessários ou abusivos, diz Ariovaldo Câmara, presidente do Postal Saúde, que administra planos de funcionários dos Correios.

“Em alguns parceiros a consulta custa R\$ 80, mas, no final, o atendimento sai por R\$ 800. Temos priorizado outros que fazem o mesmo por R\$ 400, por exemplo, além de auditorias. Com isso, nosso custo subiu só 1,7% em 2017.”

“A solução que buscamos é evitar um uso desnecessário do plano. Investimos R\$ 78 milhões por ano em programas de prevenção”, diz Luciana Rodriguez, diretora da Geap, dos servidores federais.

## PLANOS DE SAÚDE REALIZARAM 1,5 BILHÃO DE PROCEDIMENTOS EM 2017

ANS –03/07/2018

Já está disponível a sexta edição do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, publicação elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que traz os dados sobre procedimentos realizados pelos beneficiários de planos de saúde. Em 2017, o setor contabilizou mais de 1,51 bilhão de consultas médicas, outros atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos. O número representa um aumento de 3,4% em relação à produção assistencial registrada em 2016 (em números absolutos), ano em que o setor totalizou 1,46 bilhão de procedimentos efetuados.

Com exceção do número de consultas, que apresentou pequena redução em relação aos dados do ano anterior, todos os demais procedimentos tiveram aumento, em especial o volume de atendimentos ambulatoriais (11,2% de aumento) e terapias (10,3% de aumento).

Dentre as consultas, o maior volume foi registrado na especialidade clínica médica (28 milhões), seguido de ginecologia e obstetrícia (19,8 milhões). Entre os exames mais realizados, os destaques foram

radiografia (33 milhões), hemoglobina glicada (12 milhões) e ressonância magnética (7,4 milhões). O número de exames de ressonância magnética por mil beneficiários, de acordo com as informações encaminhadas pelas operadoras à ANS, passou de 149 em 2016 para 158 em 2017. Outro exame que é realizado em grande volume, a tomografia computadorizada passou de 149 em 2016 para 153 em 2017 (por mil beneficiários).

Entre os demais atendimentos ambulatoriais, o destaque ficou por conta das consultas/sessões com fisioterapeuta (43,27 milhões). No rol das terapias, quimioterapia e hemodiálise crônica se destacaram (2,25 milhões e 2,15 milhões, respectivamente).

As internações por mil beneficiários passaram de 170 para 180 entre 2016 e 2017, tendo apresentado um aumento de 6% no período. Dentre as causas selecionadas de internação informadas à ANS, o maior volume se deu entre as doenças do aparelho respiratório (551,16 mil), doenças do aparelho circulatório (506,77 mil) e as neoplasias (333,05 mil).

Nesta edição do Mapa, é apresentada uma análise das internações cuja motivação principal refere-se a uma das quatro neoplasias discriminadas pelas operadoras nos dados de produção assistencial: câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de próstata e câncer de colón e reto. De acordo com as estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o biênio 2018/19, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, o

somatório das estimativas desses quatro tipos de câncer responde por 43,3% do total estimado de novos cânceres para 2018, o que demonstra a relevância do estudo da questão na saúde suplementar.

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), que agrega informações dos eventos em saúde, além do quantitativo de beneficiários fora de carência e a despesa assistencial líquida para alguns procedimentos.

As informações contidas na publicação são insumos estratégicos para a qualificação da gestão em saúde. A produção e a organização dos dados são essenciais para a análise da sustentabilidade do setor e contribuem para um maior conhecimento da assistência prestada aos beneficiários e para a melhoria da qualidade de vida da população.

[Confira aqui a íntegra da publicação Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2017.](#)

## REVISTA LIDE TRAZ PANORAMA DOS 20 ANOS DA LEI DOS PLANOS

FenaSaúde –03/07/2018

**Diretor da FenaSaúde ressalta avanços da Lei 9656 e necessidade de atualização.**

A nova edição da Revista LIDE aborda a Lei nº 9.656/98, mais conhecida como a Lei dos Planos de Saúde, que ao completar 20

anos de regulação, precisa de revisão para acompanhar a mudança de comportamento da sociedade e da economia do país.

Na oportunidade, o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, ressaltou na matéria que a lei trouxe avanços para o mercado na época de sua validação, cuja atualização é necessária para os dias atuais.

[>> Confira a matéria na íntegra clicando aqui](#)

## DESPESAS ASSISTENCIAIS DEVEM ULTRAPASSAR R\$ 383 BILHÕES EM 2030, AFIRMA IESS

IESS –02/07/2018

**Projeção do Instituto aponta a necessidade de repensar questões como modelo de remuneração e falta de transparência, sob risco de inviabilizar a sustentabilidade econômico-financeira do setor**

As operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência de seus beneficiários em 2030. O montante representa um avanço de 157,3% em relação ao registrado em 2017 segundo a [“Projeção das despesas assistenciais da saúde suplementar”](#), realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). “Esse valor representa mais do que o dobro do que foi gasto em 2017 e acende uma luz amarela, de alerta, para o setor”, analisa Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

O executivo destaca que, para manter a sustentabilidade econômico-financeira do setor, todos os envolvidos nessa cadeia precisam repensar questões como o modelo de remuneração de prestadores de serviço, a falta de transparência e o desperdício gerado por erros, fraudes e eventos adversos, além da inclusão de novos produtos na saúde suplementar. “A projeção de aumento de despesas assistenciais que realizamos é bastante conservadora, sem levar em conta questões como o avanço tecnológico ou pioras na situação de saúde da população, o que tende a acontecer com o envelhecimento”, alerta. “É fundamental olharmos essa projeção com atenção e repensarmos o sistema de saúde suplementar atual.”

De acordo com o levantamento, considerando uma taxa de cobertura constante, o efeito do crescimento populacional e a mudança na composição etária da sociedade brasileira, o setor de saúde suplementar deve firmar mais 4,3 milhões de vínculos até 2030. O que elevaria o total de beneficiários para 51,6 milhões. Considerando apenas o aumento do total de vínculos com planos de saúde médico-hospitalares e o avanço do percentual dos beneficiários com 59 anos

ou mais, as despesas assistenciais de 2030 já subiriam para R\$ 190,7 bilhões. Um aumento de 27,9%.

Contudo, ainda pesa (e muito) nessa conta a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH), que tem crescido sistematicamente acima da inflação geral. Em 2016, por exemplo, a inflação medida pelo IPCA foi de 6,3%, enquanto a variação dos custos médico-hospitalares avançou 20,4%, de acordo com o VCMH/IESS.

### Composição das despesas por faixa etária

Hoje, os beneficiários com 59 anos ou mais representam 14,2% dos vínculos com planos de saúde, mas, até 2030, eles devem passar a representar 20,8% dos beneficiários. Inclusive ultrapassando os beneficiários com até 18 anos, que hoje respondem por 24% dos vínculos com planos médico-hospitalares e, em 2030, devem responder por 18,7% desse total.

Juntamente com a mudança no perfil etário, segundo o estudo do IESS, também veremos um aumento dos gastos assistenciais. Especialmente entre os beneficiários com 59 anos ou mais. Entre 2017 e 2030, os gastos assistenciais com os beneficiários que têm até 18 anos devem crescer 31,8%. Já o dos beneficiários com 59 anos ou mais deve subir 264,7%.

Em 2030, os planos de saúde devem ter despesas assistenciais da ordem de R\$ 213,8 bilhões com beneficiários com 59 anos ou mais. Já os beneficiários com até 18 anos devem gerar despesas assistenciais de “apenas” R\$ 15,7 bilhões.

Mesmo os beneficiários com idades de 19 anos a 58 anos, que continuarão respondendo pelo maior número de vínculos com planos médico-hospitalares em 2030 (60,5% do total), irão gerar uma despesa assistencial de R\$ 154 bilhões; inferior a dos beneficiários na última faixa etária.

### Utilização de procedimentos

Até 2030, o total de procedimentos assistenciais (consultas, exames, terapias e internações) realizados por beneficiários de planos de saúde deve crescer 16,9%, saindo de 1,7 bilhão de procedimentos realizados em 2017 e ultrapassando a marca de 2 bilhões de procedimentos em 2030.

De acordo com a projeção do IESS, os exames são e continuarão sendo o tipo de procedimento mais comum. Em 2017 foram realizados 1,2 bilhão de exames e, em 2030, devem ser feitos 1,4 bilhão. Alta de 17,5%.

Contudo, a frequência de internações é a que mais deve crescer. Especialmente por conta do envelhecimento dos beneficiários. Em 2017, foram feitas 8,6 milhões de internações. Já em 2030, segundo a projeção, devem ser realizadas 10,4 milhões de internações. Avanço de 20,9%.

O total de consultas deve subir 12,6%, de 325 milhões para 365,9 milhões. Já o total de terapias deve sair de 186,1 milhões e chegar a 223,5 milhões, impulso de 20,1%.

Apesar de o total de internações ser o menor entre os grupos de procedimentos, o IESS destaca que esse grupo responde por mais da metade das despesas assistenciais. “É fundamental que os planos de saúde e as empresas, que são o maior contratante de planos, avancem em programas de promoção da saúde focados em manter a qualidade de vida dos beneficiários, ao invés focar apenas em solucionar os problemas de saúde”, comenta Carneiro.

## EMPRESAS DRIBLAM ALTA DE GASTOS COM PLANOS DE SAÚDE

O Estado de S. Paulo –01/07/2018

Felipe Tringoni  
ESPECIAL PARA O ESTADO

Saúde não tem preço, mas cuidar dela tem custos cada vez mais altos. A situação afeta não apenas a folha de pagamento das empresas, mas também a cultura organizacional. Segundo levantamento da consultoria Mercer Marsh Benefícios, o valor médio gasto por colaborador com o seguro saúde disparou 19% entre o ano passado e o anterior e mais do que dobrou nos últimos cinco anos.

Essa escalada de preços preocupa as empresas, afinal a assistência médica, em média, já representa 12,71% dos custos da folha de pagamento, ante os 10,38% verificados em 2012. Mas há casos de companhias onde essas despesas representam 25% dos gastos com pessoal.

A pesquisa da Mercer foi realizada este ano e envolveu 690 médias e grandes empresas nacionais e multinacionais de 30 segmentos da economia, que contam com 1,7 milhão de funcionários. “A saúde é o segundo maior peso na folha e sua curva de preços cresce, no mínimo, duas a três vezes a inflação.”

Com a escalada nos valores, muitas companhias buscam redesenhar seus programas e o cenário de crise facilita a negociação. “Cabe às organizações buscar alternativas. Se minha empresa oferece um amplo leque de benefícios e meus concorrentes não, tenho margem para renegociar contratos e tratar com outras operadoras”, diz a diretora da Mercer, Mariana Dias.

Na negociação entre empresas e operadoras de saúde, vale tudo. Um hospital retirado da rede ou a alteração do valor de reembolsos já faz diferença. Se a rede será nacional ou estadual também pode aliviar custos, assim como o pagamento da coparticipação dos funcionários em consultas e exames ou a participação em programas de qualidade de saúde.

Nos próximos dois anos, 52% das companhias pesquisadas disse que investirá em programas de saúde (como gerenciamento de funcionários com doenças crônicas, gestantes, nutrição, saúde mental, qualidade de vida) e 50% farão redesenho dos programas de benefícios, com foco no controle de custos e também para se equiparar às práticas de mercado. A troca de fornecedor, decorrente da insatisfação com os serviços, está no radar de 47%.

Segundo Mariana, todas as alternativas são válidas já que, depois do salário, o plano de saúde é o benefício mais valorizado pelos empregados. Para os empregadores, da mesma forma, a manutenção de uma equipe saudável é garantia de produtividade. “Nossos colaboradores percebem positivamente os benefícios e as faltas da empresa estão em patamares confortáveis”, diz Thiago Moro, médico do trabalho e responsável por saúde coletiva na fabricante de tubos e conexões Tigre.

Ela tem 90% dos funcionários segurados e paga a operadora por procedimentos feitos. “Por isso, precisamos de uma gestão muito próxima aos colaboradores. Não podemos perder o controle de gastos”, diz Moro. O plano da empresa é compulsório, sem carências, extensivo a dependentes e de abrangência nacional.

Na Avon, segundo Meire Blumen, gerente de saúde e qualidade de vida, a empresa paga mensalidade definida em contrato – o chamado prêmio – e quando ocorre uma despesa médica é gerado o “sinistro”. “Nesse modelo, estabelecemos um limite técnico. Se utilizo até a meta, é um contrato saudável. É bom para empresa e para a operadora.” No caso de o uso ultrapassar o limite, são acordadas revisões do prêmio.

Além de um leque de opções de médicos e hospitais mais restrito, entre as alternativas mais adotadas pelas empresas para reduzir seus custos na área, duas se tornaram corriqueiras e têm impacto no bolso dos colaboradores: a coparticipação e o compartilhamento do custo.

Na primeira, além do valor mensal fixo pago pelo empregador, o usuário é cobrado à parte sempre que faz um procedimento, como consultas e exames. Com isso, espera-se mensalidades mais baixas e maior conscientização de funcionários.

“O modelo de coparticipação cresceu de 51% em 2015 para 66% em 2017”, diz a diretora da Mercer. “Esse número deve chegar próximo a 100% no futuro. É uma forma de controlar a sinistralidade e de conscientizar o colaborador de que ele só deve usar quando precisa.”

Outra alternativa adotada pelas empresas é o compartilhamento da mensalidade nos planos sem coparticipação. “Nem todas as empresas conseguem financiar 100% do custo. Hoje, o subsídio médio está em torno de 80%.”

Segundo a executiva, no ano passado, 43% das empresas adotavam a divisão da mensalidade. O número era de 51% em 2016. A queda, diz Mariana, ocorre porque muitas empresas não querem arcar com o passivo do colaborador que deixa a empresa. A legislação garante que o demitido possa continuar no plano, dependendo do tempo de casa.

O foco na prevenção de doenças e a implementação de uma cultura de saúde é, cada vez mais, prioridade nas empresas – e não apenas para aquelas que não dispõem de margens para renegociação de contratos ou de modelos de benefícios.

Programas de identificação de doentes crônicos e específicos para gestantes ou pacientes ortopédicos agregam produtividade e acarretam em gastos menores. “São esses acompanhamentos que vão fazer as empresas diminuírem a curva de gastos”, diz Mariana Dias, diretora da consultoria Mercer.

“Como é difícil calcular o retorno dos planos, é importante a atuação dos setores de RH para conscientizar os níveis diretos de que é importante a prevenção e que ela beneficia a todos”, afirma. Segundo ela, o retorno vem no longo prazo. “É um investimento que reduz o que chamamos de custo evitável. Evita-se que cresça mais do que o necessário”, conta.

## Proximidade

A Avon é uma das empresas que vêm gerenciando de perto esses custos. Ela implantou, em 2015, um modelo de gestão de saúde para mapear o perfil de seus colaboradores. Com base em dados, a empresa revisou todos os seus programas na área. “Nossa preocupação é ter uma cultura de saúde e sensibilizar os indivíduos de forma educativa, modificando hábitos para evitar o adoecimento”, afirma a gerente de saúde Meire Blumen.

Em sua fábrica em Interlagos e nos centros em Cabreúva (SP), Simões Filho (BA) e Maracanaú (CE), a Avon possuía ambulatórios médicos que foram expandidos. “São locais para manter a saúde e tirar dúvidas”, diz Meire. Nos centros, há médico generalista, ginecologista, nutricionista, fisioterapia e consultório odontológico. “Com esse trabalho preventivo, já conseguimos evitar muito do uso indevido do serviço de pronto socorro”, afirma Meire.

## NÚMERO DE CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE COM MAIS DE 80 ANOS AUMENTA 62%

O Estado de S. Paulo –01/07/2018

**Grupo etário é o que mais cresceu no País nos últimos dez anos entre os usuários de convênios médicos particulares; envelhecimento da população explica fenômeno, que deve elevar custos para as operadoras e também os preços das mensalidades**

Grupo etário que paga as mais altas mensalidades ao contratar um plano de saúde, os idosos são o público que mais cresce entre clientes de convênios médicos no País, principalmente na faixa a partir de 80 anos. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tabulados pelo Estado mostram que em dez anos o número de beneficiários com mais de 80 anos saltou 62%. O índice é mais que o triplo do registrado no volume geral de clientes (18%) e superior à taxa de crescimento desse grupo populacional no período – de 55%, de acordo com o IBGE.

A clientela idosa foi a única que cresceu no setor nos últimos três anos, período de crise econômica em que o número de usuários da saúde suplementar caiu no Brasil. O fenômeno, explicado principalmente pelo aumento da longevidade, deve se manter. Em 2030, 20% de todos os clientes de planos serão idosos, segundo projeção feita em estudo inédito do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) obtido pelo Estado. Hoje, esse índice é de cerca de 14%.

O envelhecimento da população terá como resultado o aumento expressivo dos custos das operadoras e, por consequência, das mensalidades. Um paciente com mais de 80 anos custa, em média, R\$ 19 mil por ano ao convênio, ante R\$ 1,5 mil de um com menos de 18 anos.

Considerando o impacto do envelhecimento da população e a variação dos custos médicos hospitalares no período, o IESS estimou que as despesas assistenciais dos planos saltarão 157,3% – de R\$ 149 bilhões para até R\$ 383 bilhões em 2030.

Para o instituto, o estudo acende um alerta: se o sistema de saúde não mudar para barrar a alta nas despesas, o plano pode tornar-se um serviço muito caro e quase “impagável” para a maioria.

“Não há como imaginar que um aumento tão substancial seja absorvido pelas operadoras. Essa alta se refletirá em reajustes para

## Mapeamento

Em movimento similar, a Tigre dispõe de corpo médico nas unidades em Rio Claro (SP) e em Joinville (SC). Como resultado do programa e do mapeamento de dados, teve redução de 6% em internações e de 11% em pronto socorro em um ano. “Vamos acertar muito mais conhecendo quase 100% do nosso público”, diz Thiago Moro, responsável por saúde coletiva da empresa.

As formas de se ampliar a consciência dos colaboradores em relação ao uso dos serviços médicos variam. “No passado parecia que as empresas tinham vergonha de falar sobre esses temas. Hoje, ajudamos com palestras e campanhas de conscientização. São serviços que têm um cunho estratégico importante”, diz Mariana.

É fundamental pensar na diversidade dos grupos a serem conscientizados. “Executivos têm a atenção capturada de formas diferentes de funcionários de fábricas. A comunicação deve ser estudada caso a caso.”

os beneficiários ou no fim da sustentabilidade econômico-financeira do setor”, diz Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “Isso seria péssimo para operadoras, beneficiários e para o restante do País, pois mais 47,3 milhões dependeriam do SUS, que já tem um excesso de demanda”, afirma.

“O estudo acende uma luz de atenção. Especialmente porque nossa projeção é bastante conservadora e não considera questões como o avanço tecnológico ou pioras na situação de saúde da população com o envelhecimento”, complementa Carneiro.

Atualmente, o valor médio da mensalidade do convênio para um idoso já é quatro vezes maior do que o cobrado de jovens com menos de 18 anos, segundo a ANS. A professora aposentada Aico Nakamura, de 84 anos, se esforça para pagar a mensalidade de R\$ 800. “Não é fácil, é muito caro.” Mesmo sem problemas graves de saúde, ela contratou um convênio por medo de ter problemas nesta fase da vida. “Minha saúde, graças a Deus, está bem, mas, mesmo usando pouco, não dá para ficar sem.”

## Soluções

Para Carneiro, deveriam ser implementadas medidas como o combate a fraudes e desperdícios no sistema, que, segundo ele, consumiram 19% dos gastos das operadoras em 2016. “Também é importante incentivar a prevenção de doenças e o envelhecimento saudável.”

Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Mendes destaca a necessidade de adoção de um modelo de remuneração aos prestadores de serviço “com base na qualidade e eficiência dos tratamentos, e não na quantidade de procedimentos feitos, para evitar consultas e exames desnecessários”.

Economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais diz que operadoras e hospitais também terão de se adaptar. “Já há empresas trabalhando principalmente com rede própria, outras focando em um certo público. A especialização pode ser uma forma de criar bons resultados com menores custos.”

Questionada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar afirmou que o rápido envelhecimento é “uma das questões mais urgentes a serem discutidas” e destacou que a solução passa por uma mudança no modelo de assistência, com maior foco em ações de prevenção e promoção de saúde.

Nesse contexto, a ANS ressalta a criação do projeto Idoso Bem Cuidado, iniciativa que envolve “instituições parceiras e

comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores.”

#### Irmãos dividem valor de convênio para os pais

A massoterapeuta Celi Maria Nunes, de 57 anos, e seus três irmãos se dividem há cerca de seis anos para conseguir pagar um plano de saúde especializado em idosos para os dois pais, João Batista Nunes, de 90 anos, e Maria Aparecida Nunes, de 80. O convênio custa R\$ 1.500.

O contrato é recente e foi fechado depois que a empresa contratada anteriormente quebrou e passou o casal para outro grupo. “O serviço foi caindo muito”, explica a massoterapeuta.

De acordo com Celi, o novo plano foi feito para que o casal tivesse tranquilidade e também evitar contratemplos. “É fundamental (ter um plano de saúde). Sempre fizemos questão de pagar para ter uma assistência melhor, um atendimento rápido para eles”, afirma ela.

A cada seis meses, a família leva Nunes e Maria Aparecida para fazer uma bateria de consultas e exames de check-up.

Além do casal, o tio de Celi, Ozorimbo Dias Miranda, de 84 anos, que mora com os dois, também tem plano de saúde sênior. “Se hoje, por exemplo, um deles passa mal, a gente leva para o pronto-socorro e imediatamente é atendido.”

## PLANOS DE SAÚDE: FATIA DE EMPRESAS QUE ADOTAM COPARTICIPAÇÃO SOBE DE 51% PARA 66%

O Globo –30/06/2018

#### Prática cresceu entre 2015 e 2017, mostra pesquisa.

RIO - A coparticipação de funcionários nos planos de saúde, que foi regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na última quinta-feira, tem sido uma prática cada vez mais comum, principalmente entre grandes empresas. Levantamento da consultoria Mercer March Benefícios, que faz a gestão de 1,7 milhão de beneficiários de planos coletivos, mostra que, em 2015, 51% das companhias adotavam esse modelo. No ano passado, a fatia subiu para 66%. No entanto, não havia regulamentação para essa cobrança, e casos extremos acabavam na Justiça. Um dos objetivos da nova legislação foi justamente estabelecer tetos para a coparticipação e franquia. Foi fixado o limite de 40% no valor dos procedimentos para todos os planos de saúde. Apenas no caso dos coletivos empresariais há a possibilidade de esse percentual alcançar 60%.

As empresas não podem, porém, elevar a coparticipação dos funcionários unilateralmente. As novas regras abrem a possibilidade de ampliar em 50% o teto aplicado aos planos individuais, desde que aprovados em convenção ou acordos coletivos entre sindicatos de trabalhadores e patronais ou entre sindicatos de trabalhadores e empresas específicas. A situação não se aplica aos planos coletivos por adesão, mesmo que estes sejam oferecidos pelos sindicatos a seus filiados. Para que o teto de coparticipação chegue a 60%, portanto, deve haver uma relação de emprego, um vínculo empregatício, diz a ANS.

— Sou favorável à coparticipação, mas elevar o percentual cobrado do empregado não será tão simples. A Justiça trabalhista entende que, se há uma alteração no contrato que prejudique o trabalhador, isso só pode ser feito com a anuência dele, via negociação com o sindicato. Isso vale para qualquer empresa, de qualquer porte, e qualquer trabalhador — diz Jorge Gonzaga Matsumoto, sócio da área trabalhista do Bichara Advogados.

As novas regras atingem apenas os novos contratos e entrarão em vigor em 180 dias. A estimativa da ANS é que, hoje 52% dos 47 milhões de contratos de planos de saúde tenham coparticipação ou franquia. No caso de coletivos empresariais, há 31,409 milhões de

beneficiários. Na avaliação da agência, os funcionários terão mais previsibilidade na cobrança. No caso de planos coletivos, segundo a ANS, as empresas poderão optar por aderir às novas regras na reapetuação do contrato, que ocorre anualmente.

Para Marcelo Borges, diretor da Mercer Marsh Benefícios, as mudanças reduzirão os custos das empresas com saúde, que representam a segunda maior despesa relacionada a pessoal e vêm crescendo acima da inflação. O valor pago pelas empresas com as mensalidades de planos de saúde estava em R\$ 225,23 por funcionário, em 2015. No ano passado, alcançou R\$ 321,51. A amostra em que se baseia o levantamento da Mercer foi de 630 empresas em 2017 e de 513 companhias dois anos antes.

— Como as empresas vão poder compartilhar o risco (mediante a coparticipação), as mensalidades ficarão mais baratas para elas, o que tende a beneficiar o trabalhador, pois ele também terá uma redução da contrapartida exigida na mensalidade — disse Borges. — O objetivo é ter um uso mais racional do plano de saúde.

#### ‘EMPREGADO ESTÁ NO PIOR DOS MUNDOS’

Segundo a ANS, porém, a maior parte dos trabalhadores não arca com qualquer fatia da mensalidade dos planos. Na avaliação do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o limite de gastos fixado para franquia e coparticipação é muito alto. A resolução normativa 433, que introduziu as mudanças, prevê que esses gastos podem chegar a uma vez e meia a mensalidade. Ou seja, se a mensalidade do plano for de R\$ 500 por mês, a cobrança pode chegar a R\$ 750 mensais. Ao fim de um ano, isso pode equivaler a 18 mensalidades.

— O empregado está no pior dos mundos. Ele não se beneficia da redução da mensalidade, pois a maior parte das empresas não exige a contrapartida no pagamento, para que não haja vinculação após a aposentadoria. E ainda tem de arcar com um limite de coparticipação muito alto, que faz com que a resolução tenha pouca eficácia — diz a advogada Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec.

Além disso, lembra a advogada, a nova norma se sobrepõe aos instrumentos previstos na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, que “veda restrições severas ao uso do plano”.

Especialistas em direito do consumidor lembram que um documento da ANS de 2009, que embasava ações na Justiça questionando cobranças abusivas, orientava que percentuais acima de 30% poderiam ser considerados “fator de restrição severa de uso do plano”. A ANS, por sua vez, afirma não haver qualquer limite preestabelecido como parâmetro.



## PLANO DE SAÚDE, CADA VEZ MAIS CARO

Valor Econômico –29/06/2018

O reajuste médio dos planos de saúde empresariais, modalidade que representa 67% do setor, deve ser de 19% neste ano, de acordo com dados da consultoria Aon. Trata-se de um percentual acima do aumento de 17,9% aplicado em 2017. O argumento das operadoras de planos de saúde é que a introdução de novas tecnologias, o envelhecimento da população e o uso excessivo dos convênios médicos puxam para cima o custo da saúde, conhecido no setor como inflação médica. No entanto, outras modalidades de planos de saúde que enfrentam esse mesmo cenário estão praticando reajustes menores em relação ao índice adotado em 2017. No plano individual, a correção neste ano será de 10%, o que representa uma redução de 3,55 pontos percentuais. Os planos de saúde coletivos por adesão estão aumentando em média 18%, contra 22% do ano passado.

Chama atenção também o fato de que um dos critérios considerados para calcular o reajuste dos convênios individuais é a variação dos custos médicos hospitalares dos planos empresariais.

A diferença fica ainda mais gritante quando se considera que a inflação medida pelo IPCA fechou em 2,95% em 2017. Despesas como aluguel e dissídios de funcionários, que acompanham a inflação geral, poderiam ajudar a baixar o custo, mas a Abramge, entidade que representa as operadoras, justifica que os ganhos foram impactados negativamente pela queda de 5,3% no número de usuários, enquanto a quantidade de exames e terapias avançou 11,9% e 24%, respectivamente, de 2014 a 2016.

Considerando o acumulado entre 2013 e 2018, o preço do plano empresarial aumentou 158,35% e do convênio individual, 92,59%. Nesse período, os preços de serviços de saúde, que compõem o IPCA, variaram 79,65%, enquanto o próprio IPCA subiu 41,93%.

## A SAÚDE VIROU UM FARDÃO

Veja –29/06/2018

**A crise tirou 3 milhões de brasileiros dos planos médicos privados, e a classe média sofre para pagar as mensalidades, que sobem bem acima da inflação**

O publicitário Luiz Sztutman, de 39 anos, pagava em torno de 200 reais por seu plano básico de saúde e, em pouco tempo, viu a mensalidade subir para 400 reais. Depois que deixou o trabalho fixo, a conta ficou pesada para ele. Vivendo como autônomo e sem carteira assinada, tomou uma decisão difícil: encerrou o plano e hoje tem seguro médico. Sua história é o retrato fiel de um problema que vem atormentando a classe média. Nos últimos três anos, em decorrência do arrocho econômico, mais de 3 milhões de brasileiros deixaram de pagar o plano privado de saúde. Essas pessoas, na grande maioria, contavam com o seguro da empresa em que trabalhavam. Demitidas, não tiveram condições de contratar planos individuais ou familiares, bem mais caros que os coletivos oferecidos pelas companhias. Sem os planos privados, elas agora precisam cobrir suas despesas de exames, consultas e internações exclusivamente com dinheiro do próprio bolso ou aguardar na fila do atendimento da rede pública — e isso em um momento no qual a qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente mal avaliada, tem sido ainda pior nos estados em crise financeira. Uma pesquisa divulgada na semana passada, feita pelo Datafolha sob encomenda do Conselho Federal de Medicina (CFM), atesta a insatisfação dos brasileiros: 54% avaliam o atendimento público

Diante de um cenário com índices tão distintos, afloram questionamentos sobre qual o indicador mais adequado para precificar os planos. Neste mês, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou um acréscimo de 10% no preço dos convênios voltados à pessoa física. O Idec, organização de defesa do consumidor, questionou e entrou na Justiça defendendo um reajuste de 5,7%, com base no IPCA-Saúde (que leva em consideração também produtos como óculos de grau e por isso é inferior ao IPCA-Serviços de Saúde). O caso chegou ao Tribunal Regional Federal (TRF) que manteve o percentual proposto pela ANS.

Há algum tempo interlocutores da área da saúde vêm sugerindo a criação de um indicador que sirva de balizador, a fim de evitar o atual problema. As conversas, no entanto, nunca avançaram. "O setor da saúde suplementar carece de um índice de referência que reflita o real custo da saúde no Brasil. Os atuais indicadores, além de confundirem a cabeça do consumidor, não cabem mais no seu bolso. Um índice dessa natureza vai fomentar uma saudável competição dentro do setor, em prol dos consumidores e das empresas mais eficientes", disse José Seripieri Junior, fundador da Qualicorp, administradora de planos coletivos por adesão. Para a Abramge, a criação de um indicador dessa natureza vai engessar o setor. "Todo mercado regulado concentra, engessa, tira a liberdade e acaba aumentando o preço", disse Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge.

Os questionamentos devem se agravar com o percentual médio de 19% pleiteado neste ano pelas operadoras para planos empresariais - o benefício representa a segunda maior despesa da área de recursos humanos, ficando atrás apenas da folha de pagamento. A negociação entre operadoras e as companhias contratantes do benefício é livre, ou seja, há espaço para embates que podem chegar à Justiça. "O número de ações contra o reajuste dos planos vêm aumentando. O problema é que falta transparência por parte das operadoras, que não deixam claro quais os critérios adotados para se chegar aos índices de reajuste", disse o advogado Rafael Robba, do escritório Vilhena Silva Advogados.

como ruim ou péssimo, 28% como regular e somente 17% como ótimo ou bom.

Atualmente, apenas um quarto da população (47,1 milhões de pessoas) tem algum tipo de seguro médico. Os outros 160 milhões de brasileiros precisam recorrer ao serviço público. O índice de cobertura privada, que havia avançado nos anos de bonança e crescimento do número de trabalhadores com carteira assinada, recuou. A explicação é uma só: o preço. Para os que conseguem bancar um plano privado, com ou sem a ajuda do empregador, a dificuldade é enfrentar o custo crescente das mensalidades. O encarecimento das despesas médicas é uma realidade vivida em muitos países, por causa do envelhecimento populacional e da incorporação de novos tratamentos. No Brasil, os reajustes dos planos de saúde, ano após ano, ficam acima da inflação. Na semana passada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão do governo que regula o setor, autorizou um aumento de até 10% para os planos individuais, retroativo a 1º de maio. É simplesmente o triplo da atual inflação corrente no país (veja o quadro abaixo). Em 2017, o repasse máximo permitido para os planos (13,6%) já havia sido mais que o quádruplo da inflação (3%) e, nos anos anteriores, a situação não foi muito diferente. A ANS controla apenas o reajuste dos planos individuais.

Nos planos coletivos, a negociação é feita livremente entre as empresas e as operadoras do serviço de saúde, mas os reajustes nas mensalidades pagas pelos beneficiários também têm se mantido acima do índice geral de custo de vida. Os aumentos autorizados motivaram a ação de institutos de defesa do consumidor e do Tribunal de Contas da União (TCU), que consideraram as razões para os valores

aplicados um tanto obscuras. Segundo o diretor da ANS Leandro Fonseca, os reajustes devem refletir os custos dos procedimentos e o aumento no uso. “Precisamos zelar pela manutenção da solvência das operadoras. Limitar os ajustes por ação judicial pode ameaçar a sustentabilidade do sistema. Os penalizados serão os próprios usuários”, diz Fonseca. José Seripieri Junior, presidente da Qualicorp, uma das maiores administradoras de planos de saúde do país, defende a formulação de um indicador mais transparente: “Faz-se necessário um novo índice de referência, acima do bem e do mal. Só assim será possível discutir reajustes sustentáveis e justos para todos”, afirma.

O fato é que os gastos com saúde mordem uma fatia cada vez maior do orçamento das famílias. Cerca de 40% das despesas totais dos brasileiros na área médica dizem respeito ao pagamento dos planos. Para quem trabalha em uma grande empresa, a conta é dividida com o patrão. São 38 milhões de pessoas nessa situação hoje privilegiada. Outros 9,1 milhões de brasileiros pagam integralmente o custo para utilizar um plano individual, e, nesse tipo de contrato, as mensalidades são bem mais caras. O preço médio para uma pessoa de 40 anos fica ao redor de 500 reais (para os idosos, a mensalidade é ao menos o dobro disso). Para que se tenha direito a usar os hospitais de primeira linha em São Paulo, como o Albert Einstein e o Sírio-Libanês, por exemplo, a conta explode. É tão pesada que nem existem planos individuais com esse tipo de cobertura em comercialização. Essa modalidade só é disponibilizada para quem está ligado a uma empresa ou associação. As mensalidades para as pessoas de até 40 anos ficam em torno de 3 000 reais e, para os idosos, sobem para a casa dos 8 000 reais. Como o salário médio dos trabalhadores é de 2 100 reais, fica evidente que são poucas as famílias capazes de arcar com esses preços.

Dentro do possível, os brasileiros vêm procurando encontrar maneiras para driblar a pressão dos gastos. Uma das alternativas é trocar de operadora, buscando opções mais econômicas. Existem planos em que os exames e atendimentos médicos são feitos exclusivamente na rede hospitalar do próprio convênio. É mais barato, embora o cliente não possa escolher o hospital de sua preferência (os preços variam sempre de acordo com o perfil da pessoa e seu histórico médico). Outra saída é procurar os planos por adesão, ligados a associações ou sindicatos. Essa é uma situação comum entre executivos e profissionais de salários elevados que tenham perdido o emprego e deixaram de ter plano coletivo. Trabalhando como autônomos, engenheiros, médicos e advogados podem aderir aos planos conveniados de suas associações, com mensalidades inferiores às de plano individual. Para as operadoras, esse tipo de contrato dilui riscos e custos, da mesma maneira que ocorre nos contratos coletivos com as grandes empresas. Daí por que as mensalidades são mais baixas.

Um bom contingente de brasileiros da classe média, entretanto, vive atualmente à margem do coberto do seguro médico. De acordo com uma pesquisa da consultoria SPC Brasil, quase metade das famílias das classes A e B não tem plano de saúde. “Quem contrata o plano, no entanto, considera o serviço como de primeira necessidade, tanto que a inadimplência é baixíssima”, diz a economista-chefe da SPC Brasil, Marcela Kawauti. Entre as pessoas que já tiveram plano mas não têm mais, a maior parte afirma que perdeu o emprego ou que não tem condições de pagar as mensalidades, enquanto um pequeno percentual diz que o utilizava pouco e não via necessidade de contratar o serviço privado. Essas pessoas recorrem ao atendimento público ou pagam do próprio bolso as eventuais despesas com consultas particulares e exames.

Outra opção, que começa a ganhar espaço, são os grupos privados que oferecem consultas a preços mais em conta. São companhias como Dr. Consulta, GlobalMed e Doutor Agora. Antes focados na classe C, esses serviços vêm conquistando público entre as classes B e até mesmo A. É a esse nicho mais abastado que pertence mais da metade da clientela do Dr. Consulta, afirma Renato Velloso, vice-presidente de desenvolvimento de mercado da companhia. “São pessoas atraídas pela facilidade para marcar o atendimento, tudo feito via aplicativo, e também pelo custo”, diz Velloso. Outra parte dos

clientes são pessoas insatisfeitas com o serviço público. O valor das consultas dessas novas empresas varia de acordo com a especialidade, mas as mais caras não passam de 180 reais — e quem tem algum plano sempre poderá pedir o reembolso.

Os grupos de consultas a preços populares são um paliativo, mas não lidam com situações mais complexas. Por isso, segundo os especialistas, é necessário reavaliar os procedimentos — e, como consequência, os custos da saúde por aqui. Em termos de gasto em relação ao tamanho do PIB, o Brasil tem índices similares aos das nações europeias e fica atrás dos Estados Unidos, um país notório pelo excesso de despesas na área e onde existe um esforço para reformular o sistema de atendimento. Na comparação com os europeus, os americanos fazem mais consultas, mais exames, mais cirurgias — e nem por isso são mais saudáveis. Nos Estados Unidos, assim como no Brasil, o sistema regulatório incentiva o gasto excessivo. Os hospitais e laboratórios são remunerados pela quantidade de serviço prestado, e não pela qualidade. É um estímulo ao desperdício. Muitos países mudaram esse modelo e partiram para a adesão a padrões de atendimento de acordo com os sintomas do paciente. É necessário seguir protocolos predeterminados, o que impede abusos na requisição de exames, por exemplo. O médico e o hospital têm pouca liberdade para pedir análises adicionais. Países como Alemanha, França e África do Sul passaram a adotar esse modelo. No caso alemão, as despesas hospitalares caíram 25%, segundo o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS).

As operadoras de saúde, tantas vezes criticadas por dificultar a realização de procedimentos requeridos pelos médicos, dizem que tentam coibir os abusos para evitar que as contas fujam do controle. “Existe um uso abusivo”, afirma Reinaldo de Camargo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abram-ge). “Batemos no teto. Os consumidores precisam ser chamados para discutir a questão dos custos.” De fato, existem fatores inexoráveis de pressão sobre o preço, sobretudo o envelhecimento populacional e o aumento no custo dos tratamentos de alta complexidade. Mas, de acordo com os especialistas na área, a inflação médica seria bem menor caso o país seguisse o exemplo de nações que equilibraram as despesas sem perda na qualidade, em vez de seguir o modelo em crise dos americanos. Se houver desperdício — como no caso da realização de exames caros e desnecessários —, a conta fatalmente terá de ser rateada entre todos os segurados.

Chama atenção o caso das ressonâncias magnéticas. Entre os brasileiros com plano privado, são feitos, a cada ano, 148 exames para cada grupo de 1 000 pessoas. É um número ligeiramente superior ao dos exagerados americanos — e vergonhoso quando comparado aos de outros países. Na Austrália, por exemplo, são feitos 42 exames para cada 1 000 habitantes. No Canadá, cerca de 56. Exames mais sofisticados são uma importante fonte de receita financeira tanto para médicos como para hospitais. Outro exemplo de disparidade nacional é o famoso excesso de cesarianas. Segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa ideal de partos naturais deve ficar entre 90% e 85%. No Brasil, é de ridículos 16%. “As cesáreas são dominantes, seja pela opção da mãe, seja pela comodidade do médico — e, é claro, são procedimentos mais caros do que partos normais”, diz o consultor Luiz Edmundo Rosa, diretor da Associação Brasileira de Recursos Humanos. “Precisamos corrigir esse escândalo nacional.” A inflação da medicina não pesa apenas no bolso das famílias. Para as empresas, essa já é uma de suas maiores despesas no orçamento, atrás apenas da folha de pagamento dos funcionários (e dos impostos). Mais uma vez, o Brasil copiou uma anomalia americana. Como os tributos não baixam e a prioridade é manter a mão de obra, as companhias estão se esforçando para controlar os gastos com a saúde dos funcionários. Isso significa que mesmo aqueles que estão empregados vêm paulatinamente pagando mais e tendo menos benefícios. De acordo com os especialistas em gestão de recursos humanos, as companhias devem avaliar melhor as despesas médicas dos trabalhadores e acompanhar a saúde dos funcionários. Os grupos que não tratam o assunto com o devido cuidado correm o risco de enfrentar no futuro uma bola de neve de gastos crescentes.

Nos Estados Unidos, uma experiência inédita com o intuito de controlar o aumento de gastos com saúde das empresas estará sob a atenção de todo o mundo: a Amazon, em associação com o banco JP Morgan e a empresa de investimentos Berkshire Hathaway, pretende investir em uma nova companhia, que vai explorar maneiras de reduzir as despesas com saúde. Os três grupos possuem ao todo mais de 1 milhão de funcionários nos Estados Unidos. A iniciativa será capitaneada pelo médico e consultor Atul Gawande, que escreveu alguns livros sobre o tema e colaborou também com reportagens para a revista The New Yorker. Em uma delas, publicada em 2009, ele tratou justamente dos gastos excessivos em alguns hospitais. No texto, comparava a prestação de serviços médicos à construção de uma casa. Imagine, dizia ele, se, em vez de pagar um empreiteiro pelo projeto como um todo, você pagasse o electricista de

acordo com o número de tomadas sugeridas por ele, o encanador pelo número de torneiras que ele julgasse necessárias, da qualidade e da marca que ele escolhesse, e assim por diante. A conclusão, óbvia, é que isso seria um incentivo para que os custos do projeto fugissem do controle. Escreveu Gawande: "Você se surpreenderia se tivesse no fim uma casa com milhares de tomadas e torneiras, construída pelo triplo do preço estimado, e ainda assim ela desabasse dois anos mais tarde?". A analogia descreve, em grande medida, o que acontece atualmente no sistema privado brasileiro. Sem correções, feitas em acordo com médicos, hospitais e operadoras, o custo dos planos particulares ficará inviável para uma parcela cada vez maior da população, e eles serão, infelizmente, um privilégio para poucos. Bem poucos.

## SAÚDE ESPERA RECUPERAR CLIENTES NESTE ANO

Valor Econômico –28/06/2018

A saída de 3,3 milhões de beneficiários dos planos de saúde no Brasil, entre 2014 e 2017, impactou as operadoras do setor, mas também deu a elas um senso de urgência na busca de soluções. Segundo Rodrigo Aguiar, diretor de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras se deram conta, por exemplo, de que precisam investir no monitoramento de doenças crônicas, como a diabetes e a hipertensão, para evitar tratamentos com custos maiores. Elas também perceberam a importância de ter como porta de entrada do sistema médico o médico de família, que é capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde de um paciente sem exames de radiação ou de internações.

A mudança de comportamento das operadoras também é ressaltada por Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Complementar (FenaSaúde). Em sua opinião, após a crise econômica dos últimos anos, as operadoras intensificaram o combate à escalada dos custos para manter a operação sustentável, adotando medidas, como a compra direta de materiais médicos, como órteses, próteses e materiais especiais e investindo em campanhas e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, que possibilitam a redução dos gastos assistenciais.

"Em 2018, o mercado deve recuperar entre 700 mil e 1,4 milhão de beneficiários de planos de assistência médica, encerrando o ano com 48,3 milhões de beneficiários - crescimento entre 1,5% e 3%", diz ela. Esse resultado, porém, ressalta, depende da manutenção da atividade econômica e do crescimento da renda das famílias combinada com a redução do desemprego.

A Amil é uma das operadoras que investiu na mudança. Segundo o CEO da empresa, Sergio Ricardo Santos, o cenário econômico desafiador levou a operadora a pôr em prática novos mecanismos de gestão, de aprimoramento dos serviços e de eficiência operacional. Entre as medidas adotadas no ano passado, ele destaca a consolidação do modelo de coordenação de cuidados baseado em atenção primária e medicina de família (hoje uma das especialidades

mais procuradas na Amil). A empresa também implementou medidas de combate a fraudes, abusos, erros e desperdícios.

Além da eficiência, algumas operadoras se voltaram para alguns nichos como o de pequenas e médias empresas. É o caso da Bradesco Seguros. De acordo com Manoel Peres, diretor-presidente da empresa, novos produtos foram criados, sob a ótica nacional e regional, para oferecer novas opções de planos com melhor relação custo-benefício. "Acabamos de lançar o Bradesco Saúde Efetivo, um plano direcionado aos segmentos empresarial e de pequenas e médias empresas ("seguro para grupos"), com rede dimensionada para garantir qualidade e eficiência, a custos competitivos", diz ele.

A Porto Seguro Saúde e Odontológico e a SulAmérica são seguradoras que também apostam nesse segmento. Na avaliação de Marcelo Zorzo, diretor da Porto Seguro, boa parte dos resultados da empresa neste ano se deve aos planos para pequenas e médias empresas. A Porto Seguro cresceu 8% no ano passado em número de beneficiários em relação a 2016 e este ano deve crescer entre 8 e 10%. Nos primeiros cinco meses do ano, a receita da empresa aumentou 22% o número de vidas, 10%. "Estamos explorando bem a carteira voltada pra pequenas e médias, já que esse segmento representa 30% do PIB e responde por 27% das nossas vendas", diz Zorzo.

Na SulAmérica, o segmento de pequenas e médias empresas cresceu 10,6% no primeiro trimestre, segundo informa Maurício Lopes, vice-presidente de Saúde e Odonto da companhia. "E no fechamento do trimestre, pela primeira vez em três anos, a movimentação de beneficiários na Sul América é positiva - as contratações nos nossos clientes são maiores que as demissões", afirma. Para ele, a economia está reagindo e a SulAmérica está conquistando clientes novos e mantendo os antigos. "A sensação é que a empresa está saindo fortalecida da tempestade", diz.

Mas na opinião de Rodrigo Bacellar, CEO da Odontoprev, empresa líder do segmento de planos odontológicos, com mais de 6 milhões de beneficiários, o aumento nas vendas ainda está muito aquém do que o esperado. De janeiro a abril, a empresa registrou mais 99 mil vidas, crescendo 5,4% em receita e 18,9% em lucro líquido. "Pelo contato com os clientes conseguimos enxergar mês a mês a movimentação cadastral das empresas, suas contratações e demissões. E observamos que o movimento continua negativo - o número de demissões ainda é maior", afirma.

## COBRANÇA DE 40% DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS PODE DOBRAR MENSALIDADE DE PLANO DE SAÚDE

O Globo –28/06/2018

**Para Idec e Procon-SP, novas normas para franquia e coparticipação podem levar a endividamento do consumidor. Empresas dizem que mensalidades podem ser reduzidas**

RIO - As novas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de coparticipação e franquia para planos de saúde podem mais que dobrar o valor mensal pago pelos consumidores nestes modelos de contrato. Nos planos de coparticipação, o usuário arca com uma parcela do custo a cada consulta, exame ou procedimento. A nova regra limita o valor a ser pago às operadoras por estes serviços. No

caso de contratos individuais, a fatia máxima é de 40%; no dos coletivos, de 60%. Além destes limites, a regra estabelece tetos mensais e anuais para estes gastos. As entrarão em vigor em 180 dias e valerão apenas para contratos novos.

A mudança afeta um grande universo de usuários. Atualmente, 52% dos 47 milhões de contratos de planos de saúde têm coparticipação ou franquia. Esses instrumentos já estavam previstos na lei 9.656/1998, mas não tinham regulação, o que, segundo a ANS, poderia acarretar custos ainda maiores que os previstos nas novas regras. Especialistas em defesa do consumidor afirmam, porém, que o percentual limite autorizado pela ANS é muito alto e pode levar a endividamento dos usuários. As empresas dizem que seria possível reduzir a mensalidade.

Embora não houvesse um teto para coparticipação, órgãos de defesa do consumidor ressaltam que havia um entendimento, inclusive pela ANS, de que percentuais acima de 30% seriam abusivos, o que balisava inclusive recursos à Justiça. A agência, no entanto, resalta que esse percentual nunca foi determinado em nenhum documento ou normativa.

No caso do plano individual, o teto é o valor da mensalidade. Ou seja, quem paga R\$ 500 por mês pode ter de arcar com até mais R\$ 500 a título de franquia ou coparticipação em procedimentos. No caso dos planos coletivos — tomando-se por base também uma mensalidade de R\$ 500 —, o usuário pode ter de arcar com mais R\$ 750, ou seja, seu gasto mensal chegaria, no limite, a R\$ 1.250.

A ANS definiu ainda limites de gastos anuais com coparticipação. Se o plano for individual, o somatório das parcelas referentes a exames e consultas está limitado a R\$ 6 mil em um ano (equivalentes à soma de 12 mensalidades). Se for um plano coletivo, o limite é de R\$ 9 mil no mesmo período, porque o teto da ANS leva em conta 18 mensalidades. Tudo que for acima destes limites deve ser pago pela operadora de saúde.

A ANS estabeleceu ainda que uma série de procedimentos — 250, no total — ficará isenta de coparticipação ou franquia. Estas isenções incluem, por exemplo, consultas com médicos generalistas e exames preventivos, além do tratamento de doenças crônicas e de câncer. Até agora, as isenções eram determinadas pelas próprias operadoras. Mas elas terão direito a indicar o local onde os pacientes farão os exames e tratamentos isentos.

#### **ENTIDADES TEMEM ENDIVIDAMENTO DO CONSUMIDOR**

Segundo pesquisas feitas pela ANS, os planos com franquia e coparticipação costumam ter mensalidade, em média, 20% menor que os demais.

- Poder cobrar até o dobro da mensalidade é muita coisa, mesmo com o limitador anual. Ao contratar um plano de saúde, a pessoa já escolhe aquele cuja mensalidade consegue pagar, sem comprometer outras prioridades - diz a advogada Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em Saúde do Idec.

Paulo Miguel, diretor executivo do Procon-SP, também considera o percentual alto:

- Queria saber se a ANS fez alguma avaliação sobre a capacidade de reserva financeira dos usuários de planos de saúde para saber se eles têm condição de arcar com esses custos. Esse percentual é absurdo e pode levar ao endividamento do consumidor.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, pondera, no entanto, que, no caso dos planos coletivos empresariais, que são a grande maioria, o consumidor nem sempre arca com o total da mensalidade, que é paga pelo empregador. Ele resalta que, para que sejam incluídos nos contratos percentuais acima de 40%, será necessária a anuência do sindicato ao qual os funcionários estejam ligados. Embora admita que, com a crise, é provável que prevaleçam percentuais mais altos.

- Perdemos cerca de três milhões de usuários com a crise, fruto do fechamento de postos de trabalho e de suspensão de oferta do benefício por empresas. Hoje, os planos de saúde são o segundo maior custo administrativo das empresas, só perdendo para a folha de pagamento. Pode ser que os funcionários achem vantajoso pagar um percentual maior de coparticipação do que não ter o benefício — diz Aguiar.

Ele afirma que foram feitas pesquisas para apontar qual percentual levaria a uma racionalização do uso dos planos, evitando o que ele chama de desperdícios:

— Esse percentual não tem como objetivo financiar a prestação do serviço, mas ser um moderador do uso. A regulação traz proteções. Chegaram a nós relatos de usuários de planos que deviam mais de R\$ 30 mil à operadora. Pela nova regra, a dívida não se acumularia assim.

Embora fosse a favor de um teto de 30% para a coparticipação, a defensora Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública, vê como um avanço a limitação da exposição financeira do consumidor.

Para Solange Beatriz Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), porém, o ideal seria não ter um teto para a coparticipação. Mas considera que as regras trazem mais segurança. Ela aponta, no entanto, um desafio para operadoras e consumidores:

— A informação precisa ser acessível para o consumidor, inclusive a tabela de preços das empresas. O consumidor terá de fazer contas e entender qual é o seu perfil de uso para decidir se contrata um plano com ou sem coparticipação e franquia.

O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Reinaldo Scheibe, avalia que as empresas precisarão de pelo menos um mês para analisar o impacto das novas regras. Ele acredita que a adoção da coparticipação pode reduzir as mensalidades entre 30% e 40%.

— Nos planos tops, que incluem hospitais de ponta, essa redução pode ser menor. Mas operadoras de pequeno e médio porte, com bom relacionamento com hospitais, em que não seja tão intensivo o uso de tecnologia, podem conseguir uma diminuição maior — argumenta Scheibe, que também acredita que o pagamento por parte do usuário pode reduzir a repetição desnecessária de exames.

## **PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL TERÁ REAJUSTE MÉDIO DE 19% EM 2018**

Valor Econômico –28/06/2018

O reajuste médio dos planos de saúde empresariais -- modalidade que representa 67% do setor -- deve ser de 19% neste ano. Trata-se

de um percentual acima do aumento de 17% aplicado em 2017. O argumento das operadoras dos planos de saúde é que a introdução de novas tecnologias, envelhecimento da população e uso excessivo do convênio médico puxam para cima o custo da saúde. No entanto, outras modalidades de planos de saúde -- que enfrentam esse mesmo cenário -- estão praticando reajustes menores quando comparado ao índice adotado em 2017. No convênio individual, o aumento é de 10%, o que representa uma redução de 3,55 pontos percentuais. Os planos de saúde por adesão estão aumentando em média 18% contra 22% do ano passado.

Essa diferença fica ainda mais gritante quando se considera que o IPCA fechou em 2,95% e o IPCA Saúde em 6,52% no ano passado. As operadoras alegam que a inflação geral é sempre maior do que a inflação médica e por isso os reajustes são tão altos. No entanto, esse argumento vem perdendo força uma vez que a distância entre as "duas inflações" ficou muito grande. Há desde os 5,7% defendidos pelo Idec até os 19% pleiteados pelas operadoras para os planos empresariais.

Esse embate já chegou à Justiça. Neste mês, o Idec entrou com uma liminar defendendo um aumento de 5,7% para os planos individuais

baseado no IPCA- Saúde. A medida foi uma resposta à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que determinou um aumento de 10%. O Tribunal Regional Federal (TRF) derrubou a liminar do órgão de defesa do consumidor e manteve o índice da agência reguladora.

Neste cenário de brigas por um aumento entre 5% e 10%, as operadoras defendem um reajuste médio de 19% para os planos empresariais. No ano passado, já houve embates jurídicos entre operadoras e empresas reclamando do reajuste do plano de saúde.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com.br)