

12 de Julho de 2017

PLANO DE SAÚDE PARA IDOSO SOBE 1,7% EM UM ANO

DCI –11/07/2017

A informação faz parte do boletim Saúde Suplementar em Números, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base nos números da ANS que acabam de ser atualizados que será divulgado hoje (11). O resultado vai na contramão do mercado que perdeu 978,2 mil vínculos no período, uma queda de 2%. De acordo com o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro isso se deve, principalmente, a mudança demográfica. “Essa faixa etária é a que as pessoas mais demandam por serviços de saúde. Portanto, se tiverem condições, irão contratar um plano de saúde”, avalia.

Outro diferencial em relação ao restante do mercado é a menor dependência do mercado de trabalho. Enquanto 66,4% do total de

vínculos médico-hospitalares é de planos coletivos empresariais, entre os idosos esse tipo de plano é 40,5% dos vínculos.

A participação dos planos pagos pelo próprio beneficiário é maior entre esse público: 36,2% dos beneficiários com mais de 60 anos têm planos individuais, contra 19,6% do total de mercado; e, 22,2% dos vínculos desse público são de planos coletivos por adesão, enquanto esses planos respondem por 13,6% do total.

O boletim do IESS mostra, também, que o grupo de idosos que mais contrata planos é aquele com 80 anos ou mais. Entre março de 2016 e o mesmo mês deste ano, o total de vínculos para essa população cresceu 3,3%. O que equivale a 34,1 mil novos vínculos.

No mesmo período, o total de beneficiários com idade entre 65 anos e 69 anos cresceu 2,4%, mais de 33,2 mil vínculos; enquanto o número de vínculos com pessoas de 70 anos a 74 anos cresceu 3,1%, adesão de 30,6 mil vidas.

REAJUSTE COM PLANOS DE SAÚDE EM 2017 ESTÁ ATRASADO, DIZ SETOR

Folha de São Paulo –10/07/2017

A maioria dos hospitais, clínicas e laboratórios ainda não reajustou os preços cobrados dos planos de saúde neste ano, segundo a Fehoesp (que representa os estabelecimentos em São Paulo).

Das 127 empresas consultadas que possuem contratos formais com operadoras, 84% não haviam conseguido negociar o reajuste até maio.

A lei estipula que um acordo seja alcançado nos primeiros 90 dias do ano. Caso contrário, cabe à ANS decidir a questão, que define o IPCA como solução nos contratos em que há livre negociação.

Na prática, no entanto, a correção pela inflação não ocorre, diz Yussif Ali Mere Jr., presidente da Fehoesp.

“Cerca de 63% das prestadoras temem o descredenciamento. Força-se a negociação até onde é possível.”

Instituições de menor porte são as que mais sofrem com o problema, segundo Mere.

O setor de planos de saúde diz que há desperdícios por parte das prestadoras.

“Temos que fazer reajustes, mas é preciso saber diminuir a sinistralidade e o desperdício para se ter mais recursos”, diz Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge (associação das operadoras).

AUDITORIA DE CONTAS GARANTE A QUALIDADE DO PRONTUÁRIO

SaudeBusiness –10/07/2017

Mas algumas décadas de experiência na área da saúde me permitem cometer o que algumas pessoas podem achar “heresia”: o que faz o prontuário realmente melhorar é a “dor no bolso”. Só se doer no bolso todos que estão envolvidos realmente se dispõem a melhorar a qualidade – se “não doer no bolso” o prontuário “fica bonitinho”, “organizadinho”, “completinho” mas continua sendo “show de horror”.

Prontuário Eletrônico e Certificação da Qualidade agem na causa do problema, por isso são tão importantes, mas as causas são muitas, e estes dois importantes instrumentos de gestão sucumbem ao “lado negro da força do Darth Vader”. A auditoria de contas hospitalares age no efeito: prontuário mal feito tem como sintoma

“bolso vazio”, ou sendo a base da glosa, ou pior, não deixando que o hospital tenha ideia do que deixou de faturar!

Para defender a tese vou me permitir citar passagens da minha carreira profissional e acadêmica, não para me gabar, mas para demonstrar que a defesa tem como base fatos e não opinião baseada no que “as pessoas falam a respeito”.

Sobre Prontuário Eletrônico vou me permitir não comentar, porque o último post ilustra que ele é uma ferramenta fantástica, mas não é utilizado como deveria.

Sobre Certificação da Qualidade, Gestão de Processos e Padronização de Registros. Atuo em projetos de certificação da qualidade desde 1990. Muito antes da área da saúde descobrir o que significava “joint comission” tive a oportunidade de atuar em projetos ISO, e depois vim participar em projetos de certificação “Joint”, “ONA” e também “ISO” na área da saúde. Um dos modelos que desenvolvi para dar aulas de gestão de processos (Modelo

GCPP) tem este foco. Pois bem, estou cansado de ver serviços de saúde com milhares de POPs e ROTs especificando como as coisas devem ser feitas, inclusive os registros no prontuário de paciente, que na prática não são seguidos. Em algumas situações fiquei decepcionado ao ver o hospital x e o hospital y ser certificado – se a auditoria de certificação tivesse seguido à risca o manual, a certificação não passaria “nem com reza brava”. Não aqui, porque ainda não estou completamente louco, mas poderia citar mais de 10 casos em que uma auditoria nos prontuários apontaria 80 – 90 % de “não conformidades” relacionadas aos prontuários. É fato: a norma está bonitinha, mas o prontuário “não tem muita intimidade com ela”, e o processo de certificação é bem benevolente. Não critico a benevolência, porque mesmo assim o ganho com a implantação do processo de certificação é imensurável – não estou discutindo aqui as vantagens do processo, apenas afirmando que o fato do hospital ter sido certificado não garante possuir um prontuário adequado. Nas aulas do curso do Modelo GCPP “aparecem” prioritariamente profissionais que atuam nas áreas de qualidade, e quando abrimos a discussão de como as coisas realmente ocorrem na prática, nenhum escapa de contar alguns casos de “arrepisar até a unha do dedo mindinho”: o que mais deixa indignado é constatar que o “caos do prontuário está padronizado” nos hospitais, ou seja, está um horror, mas dentro da norma.

Sobre Comissão de Prontuário e SAME. Não sei a origem do termo “me engana que eu gosto”, mas aprendi que serve para falar sobre isso. Não conheço um hospital que afirme que não possui comissão de prontuário, mas também não conheço algum que aposte seu “último dólar furado” que esta comissão na prática realmente resolve aquilo que se propõe. Perdi a conta de vezes que participei como convidado em reuniões de comissão de prontuário, “todo mundo despeja um caminhão de problemas”, é definido um grupo de ações, formalizam atas, programam reuniões com o “baixo e o alto clero”, e na reunião seguinte fica a impressão de que não houve reunião anterior. É fácil entender: na maioria dos hospitais o médico responsável tem coisa muito mais importante para fazer do que chamar a atenção dos colegas, a enfermeira chefe tem coisa mais

importante para fazer do que ficar fiscalizando a qualidade dos prontuários e “arrumando encrenca” com os demais profissionais multidisciplinares... e assim por diante. É imprescindível a existência da comissão de prontuários, mas na prática ela só terá chance de gerar resultados efetivos se um profissional auxiliasse a fiscalizar a ação do outro, porque o prontuário nada mais é do que a comunhão de registros multidisciplinares, ou seja, na teoria uma coleção integrada de registros de profissionais que têm formação, interesse e tempo muito diferentes uns dos outros. São raríssimas as pessoas que possuem alguma estabilidade profissional, financeira ou pessoal para “entrar em rota de colisão com os outros sem medo de perder o emprego”, até porque sabem que a maioria absoluta deles cuida bem do paciente, mesmo que não escreva “direitinho” o que faz!

Que não fique nenhuma dúvida neste ponto: se as coisas são ruins com certificação da qualidade e comissão de prontuários, como seriam se não existissem?

Eu sei a resposta: quando entrei na área da saúde era assim. Demorei a entender como um paciente podia sair vivo de um dos melhores hospitais do Brasil. O antes e o depois do que estamos comentando é mais do que a diferença “da água para o vinho”, mas novamente estou apenas comentando que isso não é fundamental para a melhoria da qualidade do prontuário apenas isso!

Então quem diria... vou então defender a auditoria de contas como instrumento de melhoria da qualidade do prontuário. Todos que já tiveram aula comigo sobre o Modelo GFACH (aproveitando para fazer “um jabá”: tem um curso com inscrições abertas agora para o final de julho) sabem o quanto eu lamento que a auditoria de contas exista: é algo que encarece muito o sistema de saúde, é utilizada de forma desleal pelos desleais, pode resultar em piora da qualidade assistencial, é algo absolutamente inútil sob o ponto de vista do foco da área da saúde (cuidar do paciente), mas infelizmente é fundamental sob o aspecto de melhoria da qualidade do prontuário do paciente.

ANS DEBATE REGRAS DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

ANS –10/07/2017

O tema da 5ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos foi portabilidade de carências. O evento foi realizado no dia 05/07, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Rio de Janeiro. Este foi o 3º encontro focado apenas em portabilidade de carências.

A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Karla Coelho, abriu o evento esclarecendo que a fase consultiva para a reformulação da Resolução Normativa nº 186 já está sendo finalizada e que as ideias desenvolvidas serão apresentadas e seguirão para consulta pública. “Estamos avaliando o impacto regulatório das mudanças da norma, por isso consideramos todos os cenários possíveis, levando em conta a sustentabilidade do setor e a transparência das informações para o consumidor”, afirma Karla.

Rafael Vinhas, gerente geral de Estrutura de Produtos, ratificou a importância de ter um grande número de representantes de diferentes setores da sociedade para juntos obtermos a diversidade de visões. Ele também afirmou que as mudanças na RN não estão sendo estudadas apenas agora. “Desde 2014 a ANS tem debatido internamente a portabilidade de carências, não apenas a DIPRO, mas toda a Agência tem entrado nessa”, explica Vinhas.

Após a abertura da diretora e do gerente-geral, foi passada a palavra para a operadora Central Nacional Unimed que mostrou um panorama das últimas portabilidades especiais que a operadora recebeu. A diretora agradeceu a contribuição e ressaltou que a

portabilidade especial é um recurso usado em último caso, e que o principal objetivo da medida é garantir a continuidade da cobertura assistencial ao beneficiário quando uma operadora precisa ser retirada do mercado. “É preciso pensar em formas de melhorar a concorrência, melhorar a sustentabilidade e debater as regras da portabilidade comum para evitar uma medida mais extrema como é a portabilidade especial”, esclarece Karla.

Em seguida, o coordenador de Regulação de Mobilidade entre Produtos, Bruno Ipiranga, ratificou a diretora explicando que ao melhorar as regras para portabilidade comum, o beneficiário pode mudar de operadora antes que seja decretada uma portabilidade especial, pulverizando o risco no mercado. Na sequência, Bruno trouxe o histórico da última reunião sobre o tema e as recomendações da Defensoria Pública do Rio de Janeiro e contribuições de operadoras representantes do setor.

Uma das principais propostas é a eliminação da janela temporal de 120 dias. Hoje, para fazer a portabilidade é necessário esperar o 1º dia do mês de aniversário do contrato. A partir dessa data, o beneficiário tem 120 dias para portar a carência já cumprida.

A defensora pública, Patrícia Cardoso, corroborou a sugestão de eliminação do período ou mesmo aumentar a janela, ao indicar que muitos beneficiários procuram a portabilidade quando recebem o aumento da mensalidade que ocorre por ocasião do aniversário do contrato mas também pode ocorrer meses depois. Assim, quando recebem o reajuste a janela de 4 meses pode já estar encerrada.

Bruno também ressaltou a importância da proposta de extensão da portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais. “Apesar de representarem 67% do mercado, os beneficiários de planos coletivos empresariais não podem realizar a portabilidade

comum, precisam esperar a decretação da portabilidade especial, o que acaba causando impacto negativo no setor”, expõe Ipiranga.

O coordenador apresentou também a análise do impacto regulatório e a conclusão a é que a alteração da RN nº 186 com as propostas da área técnica conduz a um impacto positivo na regulação, pois aumenta a eficiência, efetividade, equidade e transparência para do setor.

Após o debate com o auditório, a diretora encerrou o evento afirmando que, apesar do período consultivo já ter sido encerrado,

as entidades podem continuar enviando suas contribuições para o endereço eletrônico ggrep.dipro@ans.gov.br. A minuta da norma que irá alterar a RN nº 186 será posta em consulta pública para participação de toda a sociedade.

[As propostas para alteração das regras para portabilidade, as apresentações feitas e a gravação do evento estão disponíveis na área do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, no portal da ANS.](#)

CONSUMIDORES INVISÍVEIS E OS PLANOS DE SAÚDE

Caderno de Seguros N.37 –10/07/2017

O pensamento é do economista francês Frédéric Bastiat, que viveu no século XIX.

Bastiat ficaria perplexo com a forma como a regulação é feita no Brasil e, em especial, no setor de saúde suplementar. Atualmente, os planos de assistência médica contemplam cerca de 50 milhões de beneficiários. Toda a discussão sobre a legislação gira em torno da criação de regras para aumentar a proteção a esse público. Diversas são as entidades que se arvoram no papel de defensores – sem procuração – dos consumidores. No fim, essas pessoas são aquelas de visibilidade garantida, enquanto os invisíveis estão atualmente fora do mercado, mesmo tendo interesse em possuir um plano de saúde. Não os têm por falta de condições econômicas, em razão do desemprego ou da queda na renda.

Trata-se de cidadãos absolutamente à margem da questão. Não existe uma entidade de defesa que zele por esses potenciais consumidores, apesar de o plano de saúde ser o terceiro item de maior desejo da população, perdendo apenas para educação e casa própria.

Um exemplo típico da incapacidade de prever o efeito de regras e de se importar com os “consumidores invisíveis” é a atual discussão sobre planos com coparticipação e franquia. Os planos com coparticipação, por exemplo, já existem no país e têm 25 milhões de beneficiários. Em diversas nações, esse instrumento também é aplicado – inclusive em sistemas públicos e universais, como nos casos da França e da Alemanha.

No Brasil, o debate atual é sobre o estabelecimento de limites ou não para esses mecanismos. Não é nenhuma novidade, pelo menos

na teoria econômica, que instrumentos de compartilhamento do risco reforçam os incentivos ao uso consciente e reduzem desperdícios, já que os consumidores passam a se atentar para os custos dos serviços médicos. Sem a partilha de riscos, ou seja, sem coparticipação ou franquia, há a percepção equivocada de que a produção assistencial não tem custo. Nessa situação, o uso do plano geralmente extrapola o que seria a utilização com esses dispositivos de participação.

Por trás da polêmica está o incontido desejo de aumentar o intervencionismo no setor, com a velha argumentação de proteção. Será que o Estado é capaz de saber exatamente qual nível de coparticipação os consumidores devem ter nos planos de saúde?

Uma maior liberdade de percentuais possibilitaria o desenho de novos produtos, com variados limites e valores de mensalidades. O consumidor poderia definir aquele que melhor atenderia às suas necessidades, como, por exemplo, optar por um plano mais barato e com uma coparticipação maior em consultas e exames. O usuário não deve mais ser tratado como incapaz de definir o que é melhor para si. O importante é que tenha informações suficientes para exercer o direito de escolha, com plenitude. O cidadão pode, inclusive, optar pela permanência no plano atual, tendo-se em vista que a proposta de maior flexibilização seria para novos produtos.

Quando o Estado interfere demasiadamente nas escolhas dos indivíduos acaba esquecendo dos “consumidores invisíveis”, que continuarão sem acesso ao serviço privado de saúde. Estes procuram uma voz para defender seu direito de acesso a outras possibilidades ao seu alcance. Alguém se habilita, de fato?

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) fenasaude@approach.com.br

SANDRO LEAL ALVES Economista e Superintendente de Regulação da FenaSaúde. sandroleal@fenasaude.org.br

CRESCIMENTO DO RESULTADO EM 2016 FOI DEVIDO A CASOS FORA DA CURVA

FenaSaúde –07/07/2017

A FenaSaúde esclarece que o aumento de 66% no resultado líquido do setor de saúde suplementar decorreu apenas de duas exceções absolutamente individuais e que em nada refletem a realidade do setor. Vale lembrar que, nos dez anos de 2007 a 2016, o resultado operacional das operadoras foi negativo em seis.

O relatório Prisma Econômico-Financeiro, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstra que duas empresas explicam esse acréscimo significativo no resultado do setor: uma, a Cabesp, pertencente ao segmento das empresas de autogestão, cujo acréscimo de resultado entre 2015 e 2016 representa quase que a totalidade do seu segmento: R\$ 1,6 bilhão de R\$ 1,8 bilhão (88,9%).

Outro ponto dissonante foi a Unimed Paulistana, cuja extinção em 2016 deixou de assinalar um prejuízo de R\$ 180 milhões, contribuindo para que as cooperativas médicas registrassem um resultado líquido adicional de R\$ 645 milhões a mais em comparação com 2015.

A FenaSaúde congrega 23 empresas dos segmentos de medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. Essas duas modalidades apresentaram resultados líquidos diferentes. Enquanto as seguradoras obtiveram ganhos a mais de quase R\$ 59 milhões, as operadoras de medicina de grupo tiveram resultado menor na ordem de R\$ 46 milhões, na comparação entre 2015 e 2016.

O acréscimo de quase R\$ 59 milhões das seguradoras se deve à reversão de provisão de ganho de ação judicial de uma das empresas do segmento, na ordem de R\$ 400 milhões. Se não fosse essa questão pontual, as seguradoras teriam registrado queda do resultado líquido em comparação com 2015, como assinalado pela medicina de grupo.

PLANOS DEVERÃO TER COBERTURA ILIMITADA DE PSICOTERAPIA

Agência Estado –06/07/2017

A pedido do Ministério Público Federal em São Paulo, a Justiça Federal determinou aos planos de saúde em todo o Brasil que ofereçam cobertura ilimitada para sessões de psicoterapia a seus clientes. A decisão anula parte da resolução 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelecia a obrigatoriedade dos convênios de arcar com apenas 18 atendimentos anuais. A 25.ª Vara Cível Federal de São Paulo acolheu os argumentos da Procuradoria da República e destacou que a norma editada pelo órgão contraria tanto a Constituição quanto as leis que regulamentam o setor.

A sentença foi dada em 10 de maio, mas o Ministério Público Federal somente foi notificado de seu teor na última semana de junho.

Segundo o Ministério Público Federal, um exemplo é a Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde e fixa, como regra, a inexistência de limite para a cobertura assistencial.

Entre as exceções estão procedimentos específicos como tratamentos experimentais, inseminação artificial e procedimentos odontológicos, mas o texto nada fala sobre psicoterapia.

“Ao indicar um número máximo de sessões por ano, a ANS extrapolou seu poder regulatório e manteve em vigência uma

resolução que vai além do que a legislação permite”, afirma a Procuradoria.

“Chega a ser, não diria cínico, mas, ao menos, ingênuo o argumento de que o limite estabelecido é o mínimo de sessões de psicoterapia que a operadora do plano de saúde está obrigada a oferecer, podendo ela oferecer mais que esse limite”, afirma o juiz federal Djalma Moreira Gomes ao tratar da justificativa que a ANS apresentou.

“Ora, a experiência revela que isso não acontece na prática. As operadoras fazem (no máximo) aquilo que o órgão regulador/fiscalizador lhes impõe, o que é compreensível até em razão de questões de custos e de mercado.”

Ao anular a restrição aos atendimentos em psicoterapia, a sentença determina que a cobertura dos planos corresponda ao número de sessões prescritas pelo profissional de saúde responsável.

A decisão judicial é resultado de uma ação civil pública do Ministério Público Federal proposta no ano passado.

O procurador da República Luiz Costa, autor do procedimento, destacou que, além de ilegal, a norma da ANS é inconstitucional por afrontar o direito social à saúde e ir de encontro às diretrizes do SUS’.

Com a palavra, a ANS

“A ANS informa que recorreu da decisão e aguardará nova decisão sobre o recurso interposto”.

CONTRATAÇÃO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS VOLTA A NÍVEIS PRÉ-CRISE

Monitor Digital –06/07/2017

O número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segue crescendo. Desde o início da crise econômica, o mercado de planos odontológicos registrou crescimento positivo em todos os anos, com aumento de 3,9%, 4,1% e 3,8% em 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Em apenas seis meses, de outubro de 2016 a março de 2017, foram firmados 970 mil novos vínculos de planos odontológicos no Brasil –

o que representa uma alta de 4,5%, segundo levantamento do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), com base em dados da Agência Nacional de Saúde (ANS).

O fato de o número de beneficiários crescer mesmo em diante de um cenário de redução de empregos, de renda e de crédito, demonstra que a receptividade do plano odontológico é positiva e de que a população brasileira vem priorizando este segmento.

O Ibope divulgou uma pesquisa encomendada pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), em que identifica que 79% dos beneficiários de planos odontológicos estão satisfeitos ou muito satisfeitos com seus planos. Complementa, ainda, que 81% recomendariam o plano odontológico para um amigo ou parente.

DÍVIDAS DAS SANTAS CASAS É CULPA DA TABELA DO SUS, DIZ CONFEDERAÇÃO

Agência Câmara de Notícias –05/07/2017

O representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) Julio de Matos disse que a dívida das 2.100 instituições existentes no País chega a R\$ 21 bilhões.

Segundo ele, a dívida seria “culpa da defasagem da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS)”, que foi reajustada em 93% desde 1994, enquanto o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) chegou a 413% no mesmo período.

As informações foram apresentadas no dia 04/07, na primeira audiência pública da comissão especial que analisa a criação de um programa de auxílio financeiro para santas casas e outras instituições sem fins lucrativos (PL 7606/17, do Senado).

Matos ressaltou que as unidades de saúde filantrópicas são responsáveis por metade dos atendimentos e das internações do SUS, geram 480 mil empregos e são a única alternativa para a população em 957 municípios brasileiros. E ainda fez um alerta aos parlamentares.

“É melhor para a economia brasileira, é melhor para a União, para os estados e para os municípios investirem nas santas casas e nos hospitais filantrópicos do que fazer hospitais públicos e depois querer mantê-los. Economicamente para o Brasil, isto é muito melhor”, defendeu.

FENASAÚDE DISCUTE NA CÂMARA DESAFIOS DO SETOR

FenaSaúde-05/07/2017

Entre 2008 e 2017, enquanto a inflação medida pelo IPCA foi de 73%, as despesas assistenciais *per capita* do setor de Saúde Suplementar cresceram 180%, valor acima também do índice de reajuste de planos de saúde autorizado pela ANS, que foi de 132%. E para debater essa e outras questões com forte impacto na vida de milhões de brasileiros, o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, participou na última quinta-feira, 29, em Brasília, de reunião de Comissão Especial do Congresso destinada a proferir parecer sobre o Projeto de Lei nº 7419, de 2006, do Senado Federal, que altera a Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Em meio às razões para crescimento das despesas, disse Cechin, está o aumento das internações, cujas despesas cresceram, mais de 200% entre 2007 e 2012, contra uma inflação geral no período de 31%. E, nessas internações, a utilização de materiais como órteses e próteses também cresceu muito, representando, hoje, quase metade das despesas hospitalares. Além disso, se observa a crescente tendência de utilização de materiais mais caros, em detrimento dos mais baratos, nem sempre apresentando vantagem para os beneficiários, mas efetivamente aumentando a remuneração dos prestadores.

E, ainda pior que a utilização de materiais mais caros sem a comprovada eficácia, apontou o executivo da FenaSaúde, é a utilização desnecessária, como o apresentado pelos jornais em relação à chamada Máfia das Próteses.

Outro elemento citado como impactante no aumento das despesas assistenciais é o do aumento *per capita* da utilização dos planos. Entre 2015 e 2016, mesmo com a redução de 3,1% do número de

beneficiários da Saúde Suplementar, o número de consultas aumentou 2,4% e o de exames, 6,7%. E ainda que esse aumento expressivo em um período tão curto não possa ser creditado ao envelhecimento da população, esta é outra questão que trará, no médio e longo prazo, fortes impactos no setor. Nos próximos 45 anos, afirmou Cechin, baseado em dados do IBGE, enquanto a população brasileira deve crescer 6,7%, o número de sexagenários crescerá 120%. E este é um problema particularmente sensível para o setor, pois a própria ANS impede qualquer reajuste a partir dos 60 anos. Apresentando números de empresas de auto-gestão que, por sua natureza, não visam o lucro, vê-se que o custo assistencial da faixa etária de 59 anos ou mais é quase o dobro que o da faixa de 51 a 58 anos. Para viabilizar a permanência dos idosos nos planos de saúde, as empresas cobram um pouco mais dos integrantes das faixas etárias mais baixas para compensar uma mensalidade para idosos menor que seus custos assistenciais. E no futuro, alertou Cechin, com uma proporção menor de jovens na sociedade, esse problema se acentuará.

Já ao fim de sua apresentação, o diretor-executivo da FenaSaúde questionou a reportagem divulgada pelos jornais na semana passada apontando que o resultado líquido operacional das operadoras de planos de saúde cresceu 66%. Segundo os dados da própria ANS, a melhora dos resultados se concentrou exclusivamente nas autogestões, talvez, segundo ele, devido a passivos judiciais, e nas cooperativas médicas, no caso, as Unimed. E, nesse caso, devido ao encerramento, em 2015, da Unimed Paulistana, que até então apresentava resultados negativos na casa dos 200 bilhões, e que deixaram de ser contabilizados com seu fim. Já se observarmos apenas o resultado operacional das operadoras médico-hospitalares, constata-se que este foi negativo.

Estiveram também presentes à reunião, além dos deputados e senadores envolvidos, a professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro Lígia Bahia, o professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP Mário Scheffer e o presidente da Federação Médica Brasileira, Waldir Cardoso.

NOVA EDIÇÃO DO “CONJUNTURA SAÚDE SUPLEMENTAR” ESTÁ DISPONÍVEL

IESS –05/07/2017

Já está disponível a 34ª edição do [Boletim “Conjuntura – Saúde Suplementar”](#). A publicação faz uma análise das variáveis

socioeconômicas relevantes ao desempenho do setor de saúde suplementar, consolidando as informações macroeconômicas brasileiras do 1º trimestre de 2017 e analisando seus desdobramentos para esse mercado.

O destaque dessa edição é a análise especial “O desemprego e a variação do número de beneficiários nos estados”, que apresenta a relação que existe entre a taxa de desemprego com a queda do número de beneficiários de planos coletivos empresariais por região no Brasil.

POR QUE UM REAJUSTE ACIMA DA INFLAÇÃO?

DCI –05/07/2017

O reajuste de 13,55% autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para planos individuais e familiares atinge cerca de 8 milhões de beneficiários do total de 47,5 milhões. Embora esse percentual tenha sido menor que os 19,17% referente à despesa assistencial de cada beneficiário – segundo levantamento da FenaSaúde -, ainda assim, o reajuste foi três vezes mais do que o IPCA no período. Diante deste fato, pode soar como insensibilidade do órgão regulador e do setor uma majoração desse tamanho no valor das mensalidades dos planos de saúde – ainda mais em razão do momento econômico.

Mas é preciso ficar claro que o reajuste divulgado pela ANS deve espelhar a variação das despesas de cada beneficiário como condição para preservar a sustentabilidade econômica da operação. Não é, portanto, um índice de preços; é, na verdade, um índice de despesas. E os gastos variam com os preços dos materiais, medicamentos e serviços de saúde; com a frequência como são utilizados; e com novos itens que são incluídos por conta da incorporação de tecnologias. Trata-se de um efeito dominó que deságua nos valores das mensalidades dos planos. A comparação, portanto, com a inflação oficial de preços é indevida e gera perplexidade, em razão do desconhecimento sobre as despesas no setor de saúde.

Em paralelo, apesar da perda elevada de beneficiários, em função da recessão, a cada ano aumenta o número de procedimentos médicos realizados pela Saúde Suplementar. Um exemplo é o teste ergométrico, precificado em média de R\$ 241,26. Em 2016, foram

realizados mais de 3,8 milhões deste tipo de exame, aumento de 8% ou 268 mil exames a mais, na comparação com 2015, representando uma despesa estimada de R\$ 65 milhões. Neste cenário, a FenaSaúde alerta a sociedade, prestadores de serviços médicos e o governo sobre a necessidade de mudanças comportamentais e regulatórias para conter a escalada dos custos, mantendo o serviço economicamente viável. Atualmente, o modelo de remuneração de profissionais de saúde é firmado na quantidade de procedimentos realizados – quanto mais pedidos de exames e consultas, maiores serão os retornos financeiros. A Federação apoia a reformulação na forma de pagamento por desfechos clínicos e no efetivo cuidado da saúde.

O avanço tecnológico é positivo para o cuidado com a vida, mas é preciso analisar se a indicação tem equilíbrio entre custo e efetividade, ou seja, se a técnica traz, de fato, melhor resultado em comparação as já existentes – sem contar, ainda, casos de desperdícios e fraudes.

Constata-se, enfim, que o sistema de saúde brasileiro é caro e o reajuste autorizado parece sem justificativas ao olhar da sociedade, à primeira vista. Nota-se, entretanto, que o índice definido sequer cobre os gastos crescentes das operadoras, que remuneram toda a cadeia de serviços e prestadores. Saúde não tem preço. Mas, medicina tem custo e este, sim, está cada vez mais perverso.

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