

26 de Julho de 2017

**DESTAQUE DA SEMANA
PLANOS DE SAÚDE PODEM
PARTICIPAR DO PRD**

SaúdeBusiness – 21/07/2017

O PRD é um programa que estabelece especificações para o pagamento de débitos inscritos ou não em dívida ativa, vencidos até 31 de março de 2017, de pessoas físicas ou jurídicas, inclusive aqueles objeto de parcelamentos anteriores rescindidos ou ativos, em discussão administrativa ou judicial.

De acordo com a RN 425, para requerer o parcelamento do débito, as operadoras de planos de saúde precisam apresentar requerimento até 17 de novembro. O PRD abrangerá tanto débitos não tributários em discussão administrativa quanto débitos em trâmite judicial, dívidas definitivamente constituídas (reconhecidas) ou não, podendo ainda esses valores estarem inscritos ou não em dívida ativa. Entende-se por débitos constituídos definitivamente aqueles apurados e consolidados por meio de regular processo administrativo em que não seja mais cabível qualquer recurso administrativo, e por débitos não constituídos definitivamente aqueles que ainda no curso do processo administrativo já tenham a definição do fundamento legal e do sujeito passivo, bem como a apuração do montante devido.

As operadoras de planos de saúde que aderirem ao PRD poderão quitar os débitos abrangidos pelo Programa mediante a opção por uma das seguintes modalidades: pagamento da primeira prestação de, no mínimo, 50% do valor da dívida consolidada, sem reduções, e pagamento do restante em uma segunda prestação, com redução de 90% dos juros e da multa de mora; pagamento da primeira prestação de, no mínimo, 20% do valor da dívida consolidada, sem reduções, e parcelamento do restante em até 59 prestações mensais, com redução de 60% dos juros e da multa de mora; pagamento da primeira prestação de, no mínimo, 20% do valor da dívida consolidada, sem reduções, e parcelamento do restante em

até 119 prestações mensais, com redução de 30% dos juros e da multa de mora; e pagamento da primeira prestação de, no mínimo, 20% do valor da dívida consolidada, sem reduções, e parcelamento do restante, sem descontos, em até 239 prestações mensais.

O valor mínimo de cada prestação, independente da modalidade de parcelamento escolhida é de R\$ 200,00, quando o devedor for pessoa física e R\$ 1.000,00, quando o devedor for pessoa jurídica. O devedor que optar por incluir no PRD débitos em discussão administrativa ou judicial, deverá desistir previamente das impugnações ou dos recursos administrativos e das ações judiciais e renunciar a quaisquer alegações de direito sobre as quais se fundem as referidas impugnações e recursos ou ações judiciais e, no caso de ações judiciais, protocolar requerimento de extinção do processo.

A expectativa da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) é que haja interesse pela negociação de débitos não tributários e isso leve a uma redução do volume de processos junto à ANS. “Hoje, por exemplo, o valor estimado em débitos relacionados somente a cobranças de multas junto à Agência, é da ordem de R\$ 300 milhões”, afirmou a presidente da FenaSaúde Solange Beatriz Palheiro Mendes.

Se por um lado, Solange Beatriz considera que o Programa de Regularização de Débitos não Tributários deverá provocar uma reação positiva do mercado, por outro lado, questiona a desproporcionalidade da aplicação dos valores referentes às multas cobradas pela ANS. “Seguramente, há uma desproporção entre os valores notificados e as eventuais irregularidades punidas. Isso porque o valor mínimo das penalidades é de R\$ 80 mil, independentemente do ato questionado pelo cliente. Por exemplo, se um procedimento de baixa complexidade não foi realizado por haver impasse quanto à cobertura contratada, a punição pode ser bastante desproporcional. E vale destacar que, em muitos casos, a infração pode não ter origem no atendimento feito pelo plano, que é o pagador do sistema, mas, sim, nos prestadores de serviços assistenciais. Isso pode configurar uma punição indevida”, concluiu.

**GESTÃO DE SAÚDE REDUZ
CUSTOS MÉDICOS EM R\$ 100
MILHÕES**

SaúdeBusiness – 24/07/2017

Até 15% é quanto o investimento em benefícios compromete a folha de pagamento das empresas. Segundo a Pesquisa de Benefícios Aon 2017, uma das maiores consultorias de riscos, benefícios e capital humano do mundo, a assistência médica é o benefício mais comum, sendo ofertado por 99,8% das empresas. Em consequência do aumento do uso de planos de saúde, os custos também ficam mais caros.

De acordo com a pesquisa, o plano de saúde representa 36% dos custos na folha de pagamento de 5% a 10% das empresas participantes. Em até 5% das companhias, o custo bate a marca dos

32%. E para 10% a 20% das empresas, o plano de saúde representa 25% dos gastos na folha de pagamento.

Diante desse cenário, a Healthways, uma empresa Sharecare, trabalha na coordenação de projetos ligados à gestão de saúde, com o objetivo de controlar os custos e melhorar a qualidade na assistência. “Existe muito desperdício de recursos preciosos, usados de maneira descoordenada, e há oportunidade para mudarmos este cenário”, afirma a Dra. Ana Cláudia Pinto, diretora de Produtos da Healthways.

Com programas de gestão de saúde e bem-estar e de grupos específicos, como doentes crônicos e idosos, a Healthways conseguiu reduzir os gastos de seus clientes em mais de R\$ 100 milhões, em um período de um ano. Foram cortados custos ambulatoriais, como internações e utilização de Pronto Socorro, entre outros. Segundo a Dra. Ana, o sistema de saúde atual é fragmentado e, em muitas ocasiões, ineficiente, o que causa maior risco à saúde em vez de solucioná-la. “Exames repetidos, mal-uso do PS e internações desnecessárias levam a um sistema de baixa qualidade assistencial e de custo muito alto”, explica.

Uma das importantes ferramentas que a Healthways utiliza é a modelagem preditiva, método estatístico que auxilia na identificação da população com maior necessidade de intervenção médica, possibilitando a prevenção de doenças. Ao identificar 5% da população que tem o maior risco de gerar alto custo nos próximos 12 meses, o modelo foi capaz de capturar 25% do custo total dessa população.

Com maior qualidade de vida e maior consciência sobre sua própria saúde, as pessoas conseguem focar em atividades que irão prevenir a ida ao hospital. “A coordenação de todos os diferentes serviços e profissionais da área da saúde facilita as interações dos pacientes com o sistema e melhora os resultados como um todo” finaliza Dra. Ana.

ANS DESCONSIDERA 90% DOS PEDIDOS DE COBERTURA DE PROCEDIMENTOS

Monitor Digital –24/07/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está com consulta pública aberta para que toda a sociedade opine sobre procedimentos e tratamentos que serão oferecidos obrigatoriamente pelos planos de saúde a partir de 2018. Dos 238 pedidos de inclusão na lista de cobertura mínima dos planos de saúde, de exames diagnósticos a medicamentos contra o câncer, apenas 21 têm recomendação de incorporação pela agência. Isso significa dizer que mais de 90% dos pedidos das entidades médicas e de pacientes foram desconsiderados.

A “sustentabilidade do sistema” é a principal alegação da autarquia para limitar os pedidos de incorporação, ressaltando que a atual situação econômica do país levou à diminuição de beneficiários na saúde suplementar. No entanto, em nenhum momento se fala sobre a possibilidade de redução da judicialização no setor com a ampliação da incorporação dos procedimentos. Sem cobertura, o paciente vai à Justiça buscar acesso e as operadoras têm que arcar com o custo pela dificuldade de negociação de preço em compras emergenciais. A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab) estima que, em 2017, a previsão de gastos dos planos de saúde com o cumprimento de decisões judiciais alcance R\$ 7 bilhões.

Outra justificativa é a carência de dados sobre custo/efetividade que possam embasar melhor a decisão de incorporação. De um lado, as sociedades de especialidades esclarecem que não conseguem arcar com os altos custos envolvidos na produção dessas evidências e que, nos casos de dispositivos médicos, não é possível

atender aos critérios de avaliação exigidos pela ANS por questões éticas. Por outro, a ANS considera os poucos dados disponíveis em nível nacional enviesados, pois têm como origem a indústria, que financia esses estudos, mas admite não possuir corpo técnico capacitado para calcular o impacto orçamentário das incorporações.

Neste momento, as entidades médicas e de pacientes estão tentando convencer a ANS a fazer com que os planos de saúde ofereçam mais opções de diagnóstico e tratamentos. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), por exemplo, está defendendo soluções com amplo benefício no tratamento da disfunção erétil, da hiperplasia prostática benigna e do câncer de próstata. Em sua decisão preliminar sobre a nova lista de cobertura dos planos de saúde, a ANS não recomendou a incorporação desses procedimentos na relação.

Entre os exames que foram desconsiderados pela ANS está a enteroscopia do intestino delgado com cápsula endoscópica. Realizado pela ingestão de uma cápsula contendo uma fonte de luz e uma câmera tamanho miniatura capaz de fotografar o trajeto por onde passa, o procedimento não é invasivo, se comparado à enteroscopia intraoperatória, que é de alto risco e reservada apenas a casos extremos. Já entre os tratamentos que ficaram de fora da lista recomendada para incorporação estão medicamentos imunobiológicos para psoríase, doença crônica da pele, caracterizada pela presença de manchas avermelhadas que descamam, provocando desconforto físico e o comprometimento da vida social e das relações interpessoais dos pacientes.

Além da SBU, diversas sociedades e associações defendem que a ANS considere mais procedimentos para incorporação em 2018, como a Associação Brasileira de Linfomas e Leucemias, a Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear.

ROL: ÚLTIMOS DIAS PARA PARTICIPAR DA CONSULTA PÚBLICA

ANS –24/07/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) encerra nesta quarta-feira (26/07) a consulta pública para atualizar a cobertura mínima obrigatória que os planos de saúde devem oferecer aos seus beneficiários. A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS. Os procedimentos são atualizados para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre







obedecendo a critérios científicos de segurança e eficiência comprovados. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei.

A proposta que está em consulta pública prevê a incorporação de 15 novos procedimentos. Além disso, contempla alterações de diretrizes de utilização já existentes, como a inclusão de medicamentos antineoplásicos orais para tratamento de seis tipos de câncer, entre outras.

[Veja aqui a relação completa das propostas de incorporação e alteração.](#)

[Clique aqui e faça sua contribuição](#)

Confira a lista com a proposta de inclusão de procedimentos

PRINCIPAIS PROPOSTAS DE INCLUSÃO PARA O ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE - 2018		 ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
 CÂNCER	<ul style="list-style-type: none"> • 6 medicamentos orais para tratamento de cânceres - pulmão, melanoma, próstata, tumores neuroendócrinos e mielofibrose (afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo e ruxolitinibe) • 2 exames PET-CT para diagnóstico de câncer de tireóide e tumores neuroendócrinos 	
 ESCLEROSE MÚLTIPLA	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla (natalizumabe) 	
 OLHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia com antiangiogênico para tratamento do edema macular secundário à retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina • Radiação para tratamento do ceratocone 	
 MULHERES	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário (debulking) • Cirurgia laparoscópica para restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal) • Cirurgia laparoscópica para desobstrução das tubas uterinas • Cirurgia laparoscópica para restaurar a permeabilidade das tubas uterinas 	
 CRIANÇAS	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopia para tratamento do refluxo vesicoureteral, doença relacionada a infecções urinárias • Terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe) 	

Todos os documentos relacionados à consulta pública estão no site da ANS – confira aqui. O recebimento das contribuições é feito exclusivamente por meio do formulário disponibilizado no portal da ANS. O novo rol entrará em vigor em janeiro de 2018.

Discussões para a revisão do Rol

A proposta de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi elaborada a partir do resultado de reuniões do Grupo Técnico composto por representantes do COSAÚDE, comitê consultivo formado por órgãos de defesa do consumidor, ministérios, operadoras de planos de saúde, representantes de beneficiários, de profissionais da área de saúde e de hospitais.

Foram realizadas 15 reuniões entre novembro de 2016 e março de 2017. Nos encontros do Grupo Técnico, foram discutidas 171 solicitações de alteração do Rol encaminhadas via formulário eletrônico pelos membros do COSAÚDE. Esse número representa 500% de aumento em relação ao número de solicitações de alteração discutidas na revisão do Rol de 2016. O formulário eletrônico foi disponibilizado para os membros do Comitê entre 10/03/2016 e 05/09/2016.

Após os debates no âmbito do COSAÚDE, todas as propostas consideradas pertinentes foram consolidadas na minuta de Resolução Normativa que está sendo submetida à Consulta Pública, ocasião em que toda a sociedade terá a oportunidade de colaborar com o aprimoramento das regras de cobertura assistencial. Após a Consulta Pública, a versão final da norma de atualização do Rol

será encaminhada à Diretoria Colegiada da ANS, instância responsável pela deliberação.

“A proposta de atualização do Rol é fruto de uma extensa discussão técnica, que analisou ao longo de cinco meses as sugestões enviadas à ANS via formulário técnico, e baseada no que existe de mais recente na literatura médica”, destaca a diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Karla Coelho.

“A tomada de decisão para inclusão de procedimentos no Rol leva em conta a eficácia, a acurácia e a segurança da tecnologia, sempre baseada em evidência científica para que seja seguro para a população, mas sem perder de vista os custos envolvidos e o que eles representam para a sustentabilidade do setor”, ressalta a diretora.

Os interessados em contribuir para a consulta pública nº 61 podem acessar [OS documentos disponíveis no portal da ANS](#).

Resumo das propostas

Propostas para revisão do Rol 2018	Quantidade
Incorporação de procedimentos	15
Alteração de DUT	6
Alteração de DUT, sem ampliação de cobertura	3
Inclusão de DUT	2
Total	26

[Acesse todos os documentos da Consulta Pública nº 61](#)

MUDANÇAS NO MODELO DE ARRECADAÇÃO PODE TRAZER PREJUÍZO À SAÚDE

DCI –24/07/2017

A possibilidade de mudar o regime de cobrança do PIS e da Cofins, sinalizada pelo governo federal ao setor de saúde suplementar, preocupa o mercado. A alteração do atual modelo cumulativo para não cumulativo na incidência dos dois tributos pode resultar em alta das alíquotas, e pressionar mais as margens do segmento. Só nos hospitais, o prejuízo pode ir a R\$ 1,3 bilhão ao ano.

Hoje, o regime de incidência cumulativo usa como base de cálculo a receita operacional bruta da pessoa jurídica, sem deduções de custos, despesas e encargos. Nesse regime, as alíquotas da contribuição para o PIS e da Cofins são, respectivamente, de 0,65% e de 3%. Caso o governo altere o regime para não cumulativo, as alíquotas da contribuição para o PIS e Cofins serão de 1,65% e de 7,6%, respectivamente, somando 9,25%. No modelo, é permitido o desconto de créditos apurados com base em custos, despesas e encargos da pessoa jurídica. “Faz sentido na indústria onde a cadeia produtiva é longa, mas no nosso setor onde o principal custo é a folha de pagamento (cerca de 50% das despesas) não faz sentido, porque não pode ser deduzido”, afirma o presidente do conselho da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Francisco Balestrin.

Segundo ele, mesmo sem nenhum projeto em tramitação, o governo já sinalizou que deve realizar a mudança. Na opinião de Balestrin, o setor de serviços como um todo será afetado, mas a preocupação na saúde é maior, por conta do cenário ruim em que se encontra. Nos últimos três anos, cerca de três milhões de pessoas perderam

seus planos de saúde, somado a isso, o executivo lembra que a inflação médica-hospitalar chega a ter resultados quase duas vezes que a inflação geral. “Não há espaço para absorver aumento de impostos”, coloca.

Projeções da Anahp mostram que o modelo não cumulativo pode trazer para o segmento um prejuízo que varia entre R\$ 218 milhões e R\$ 1,3 bilhão. “O valor menor representa a melhor das hipóteses, se calcularmos a dedução de materiais hospitalares e medicamentos”, coloca. De acordo com ele, hoje os insumos representam 25% das despesas dos hospitais.

Sobre os repasses do aumento de custo, ele comenta que ainda é cedo para falar sobre o tipo de discussão que todos os players (operadoras, hospitais e prestadores de serviço) deverão travar, mas revela que é provável que as empresas encontrem dificuldade, sobretudo as de menor porte.

Além de colocar as empresas em um cenário turbulento, ele aponta que se repassado para o preço do produto, é provável que o acesso privado fique ainda mais difícil. “O cidadão já se queixa do custo da saúde e com o aumento o serviço vai ficar quase impossível para o usuário final.”

Para ele, o sistema tributário brasileiro é complexo e exige mudanças, mas falta uma discussão mais profunda. Em linha com isso, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) emitiu uma nota na última sexta-feira (21) defendendo que o mais indicado seria uma ampla reforma tributária ao invés de uma alteração pontual do PIS e da Cofins.

Além dos hospitais, o presidente Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Fehoesp), Yussif Ali Mere

Jr, destaca que a situação também complica para os prestadores de serviços e laboratórios. "Existe um contrato e um preço quase tabelado para alguns serviços. Se você tem um contrato com o plano de saúde e o SUS não vai conseguir mudar agora", diz. Para ele, com a situação a tendência é que aumente a insolvência no setor.

Reflexos

Segundo fonte com conhecimento no assunto que preferiu não se revelar, entre as especulações do que pode ocorrer estão não apenas a mudança de regime, mas a revisão das alíquotas

PIS/Cofins. Outra mudança que pode ocorrer mais à indústria é a alteração do crédito físico para o financeiro, ou seja, o desconto apurado deve contabilizar gastos que hoje não entram. "Isso é o que chamam de simplificação, mas deve beneficiar menos de 3% das empresas que possuem lucro real. O grupo de lucro presumido não está calculado", diz. Ele acredita que o recolhimento PIS/Cofins tenha alta entre 3% e 5% de impostos no faturamento. "Às vezes isso corresponde à margem da empresa", coloca. Para ele, se o governo não tiver cuidado na hora de realizar as mudanças, o impacto pode gerar um maior gasto público com saúde, educação e segurança, áreas muito prioritárias onde a participação privada é extremamente alta.

ANS REGULAMENTA A VISITA TÉCNICO-ASSISTENCIAL

ANS –20/07/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, na edição de 20/07 do Diário Oficial da União, a Instrução Normativa nº 53/2017, que regulamenta a visita técnico-assistencial para a identificação de anormalidades assistenciais nas operadoras de planos de saúde.

Em 2016, por meio da Resolução Normativa nº 416, a ANS estabeleceu a visita técnico-assistencial como uma das medidas administrativas que pode ser adota pela reguladora em razão dos resultados alcançados pelas operadoras no monitoramento do risco assistencial. O objetivo da IN nº 53 é aprimorar a visita técnico-assistencial de forma a torná-la um eficiente instrumento de monitoramento do risco assistencial e garantir mais transparência e previsibilidade à medida.

A visita

A visita técnico-assistencial consiste em uma ação de campo realizada nas instalações da operadora com o objetivo de traçar diagnóstico de conformidade da atenção à saúde prestada em relação às exigências regulatórias e aos produtos e à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de saúde.

Tem como finalidade, ainda, coletar informações relacionadas aos produtos da operadora, examinar seus processos e resultados em cuidado em saúde, bem como verificar a confiabilidade dos dados enviados à ANS no âmbito da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), em especial os relacionados aos indicadores assistenciais presentes no mapeamento do risco assistencial.

[Confira a Instrução Normativa nº 53/2017.](#)

OFERTA ON-LINE AJUDA CONVERSÃO NA VENDA DE PLANOS DE SAÚDE

DCI –21/07/2017

Venda on-line de planos de saúde individuais mostram grande potencial de conversão de vendas e ajuda na transparência da relação entre beneficiários e operadora. Hoje, uma das poucas empresas a oferecer a plataforma é a cooperativa Unimed-BH.

"Na venda presencial as pessoas acabam demorando um pouco mais para decidir a compra, porque não têm as informações de comparação na mão. Já no on-line é mais fácil ter acesso a outras informações", afirma o diretor comercial e de relacionamento institucional da Unimed-BH, Luiz Fernando Neves Ribeiro.

As vendas on-line da operadora iniciaram no começo de julho e já foram mais de 7,5 mil simulações realizadas, sendo que as vendas

somaram 80 novas vidas para a carteira da operadora e ainda existem 336 propostas a serem fechadas. "Uma ferramenta tão jovem e já superou nossas expectativas. As pessoas estão acostumados com a compra eletrônica e a tendência é que as consultas aumentem cada vez mais", explica acrescentando que a empresa não irá reduzir a presença física da força de vendas.

Relacionamento

Outra vantagem da oferta de planos on-line é a clareza das informações no site. "A vantagem da plataforma é que as regras ficam claras, o cliente enxerga o contrato com calma e até a regulamentação por trás. Tiramos um pouco o viés de um interessado que queria vender e expomos as regras de forma clara e bem definida", destaca o executivo. Além da plataforma de vendas, ele explica que a empresa está constante de digitalização dos processos para redução de custo.

FENASAÚDE ACOMPANHA DISCUSSÕES A “LEI GERAL DO ISS”

FenaSaúde –19/07/2017

Uma reunião que reuniu representantes das secretarias municipais de Fazenda do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, entre outros, realizada no dia 13/07, em Brasília, discutiu os impactos com a mudança nas regras para a cobrança do Imposto Sobre Serviço (ISS) sobre planos de saúde, que passa a ser devido no município do domicílio do tomador do serviço e não mais onde o prestador de serviço estiver estabelecido.

A reunião foi acompanhada por representantes da CNseg e da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Entre as

questões voltadas às obrigações fiscais exigidas pela Lei Complementar 157/2016 para as operadoras de planos de saúde, vale destacar a proposta para cumprimento das obrigações acessórias, com a criação de uma “Plataforma” com todas as informações necessárias para apuração do ISS por município. As operadoras ficariam responsáveis pelas informações relativas ao Tomador do Serviço (nome, domicílio, entre outras) e a Base de Cálculo e os municípios ficariam responsáveis pelas informações das alíquotas. As declarações dos serviços prestados seriam padronizadas e poderiam ser obtidas através dessa “Plataforma”.

Outros temas que entraram no debate foram a distinção entre Tomador de Serviço e Beneficiários nas contratações dos Planos de Saúde; inclusão dos Planos Coletivos por Adesão; apuração da Base de Cálculo; e sobre a data da aplicação dessa nova legislação afim de evitar conflitos entre municípios e evitar que os contribuintes fiquem sujeitos a duas ou mais legislações sobre o mesmo período de apuração.

PLANOS ENCERRAM 1º SEMESTRE COM QUEDA DE 0,6%, APONTA IESS

Exame –19/07/2017

O mercado de planos de saúde fechou o primeiro semestre de 2017 com retração de 0,6% no total de beneficiários de planos médico-hospitalares. O que significa o rompimento de 271,2 mil vínculos apenas este ano, de acordo com os números da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Nos 12 meses encerrados em junho, houve 834,6 mil vínculos rompidos. O que significa uma retração de 1,7%. No total, há 47,4 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares no País.

O resultado está fortemente atrelado ao comportamento do mercado de trabalho formal no Brasil, conforme explica o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro. “Apesar do mercado de trabalho começar a esboçar uma reação, os novos empregos estão concentrados no setor agrícola, que historicamente não é um dos que mais oferece o benefício ‘plano de saúde’ aos seus colaboradores”, aponta Carneiro. “Aproximadamente 70% dos beneficiários estão nas regiões metropolitanas de cinco estados (SP, RJ, MG, PR e RS), empregados, principalmente, nos setores de serviço, comércio e indústria. Enquanto esses segmentos da

economia não apresentarem uma retomada de fôlego, o mercado de saúde suplementar provavelmente não iniciará uma recuperação dos vínculos perdidos”, completa.

O outro lado da moeda

Enquanto o total de beneficiários de planos médico-hospitalares está caindo, o de planos exclusivamente odontológicos está crescendo. No primeiro semestre deste ano, foram firmados 850,1 mil de novos vínculos com planos de saúde exclusivamente odontológicos no Brasil. Alta de 3,9%. Nos últimos 12 meses, foram registrados 1,6 milhão de novos beneficiários. Alta de 7,5%.

Carneiro explica que apesar de ter superado a marca dos 22,7 milhões de beneficiários, o segmento ainda conta com menos da metade do total de vínculos médico-hospitalares. Ou seja, ainda está longe de ser maduro e tem mais margem para crescer. Os custos mais “atraentes” do que o de planos médico-hospitalares também são um diferencial. “As famílias têm mais facilidade de acessar esse serviço, mesmo com a redução da renda média; enquanto as empresas, mesmo em um momento de crise econômica, enxergam nos planos exclusivamente odontológicos um benefício com custo mais acessível para oferecer aos seus colaboradores”, analisa.

PROJEÇÃO APONTA UM IDOSO PARA CADA JOVEM EM 2027

FenaSaúde –19/07/2017

O futuro dos planos de saúde no Brasil está em xeque. Projeção da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) mostra que – considerando as mesmas taxas de cobertura por faixa etária verificadas em 2016 – haverá um consumidor jovem (0 a 18 anos) para cada beneficiário idoso (59 ou mais anos de idade) do serviço em 2027. Para ter ideia do agravamento desse quadro, em 2000, haviam três jovens para cada idoso; em 2015, essa variação era de dois para um.

“Levando-se em conta o envelhecimento da população, a queda drástica da taxa de fecundidade e a estrutura engessada da oferta

de serviços da Saúde Suplementar, há severas ameaças à sustentabilidade do setor. Na forma como funciona hoje, o financiamento entre gerações correrá risco por conta da mudança dessa proporção. Cada vez temos menos gente jovem na assistência à saúde privada para exercer solidariedade com os mais idosos. Diante desse quadro, precisamos atuar em outras frentes para manter viável a assistência privada, como flexibilizar as regras que paralisam o mercado e poder disponibilizar mais produtos e, assim, atender a diversos nichos da população, de acordo com suas características e necessidades”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

A adequada proporção entre jovens e idosos é um dos preceitos que rege a sustentabilidade econômica dos planos de saúde – sistema de mutualismo. A técnica do seguro recomenda que os beneficiários de cada faixa etária arquem solidariamente com a totalidade dos custos de seu respectivo grupo. No entanto, as

regras de formação de preços dos planos e seguros de saúde fixaram uma relação entre o preço da primeira faixa etária e da última, de seis vezes. Como a proporção de despesas médias dessas faixas é maior do que seis vezes, é estabelecido implicitamente um apoio financeiro dos menores de 59 anos de idade – pagando uma mensalidade um pouco acima de seus custos para que os idosos não sejam excessivamente onerados, o que seria o caso se compartilhassem as despesas com assistência à saúde apenas entre esse grupo. Dessa forma, os idosos podem manter o plano de saúde, apesar da elevação das despesas médicas com o avanço da idade.

De 1940 a 2015, a esperança de vida ao nascer no Brasil para ambos os sexos passou de 45,5 anos para 75,5 anos, um aumento de 30 anos, segundo o IBGE. Projeções do Instituto mostram que a população com 59 ou mais anos de idade vai triplicar no Brasil e passará de 26,8 milhões (13,0% da população brasileira), em 2016, para 65,9 milhões de pessoas, em 2050 (29,2%). As estimativas são de que a “virada” no perfil da população acontecerá em 2030, quando o número absoluto de brasileiros com 60 anos ou mais de idade irá ultrapassar o de crianças de 0 a 14 anos. Daqui a 13 anos, os idosos chegarão a 41,5 milhões (18% da população) e as crianças serão 39,2 milhões, ou 17,6%.

Crise acentua desequilíbrio

“O setor de saúde suplementar é intrinsecamente ligado à economia, à geração de emprego e renda. Atualmente, aproximadamente 66% dos vínculos contratuais são de coletivos empresariais, principal forma de aquisição de um plano de saúde por parte dos jovens na vida ativa. O desemprego tem impacto direto no segmento de planos de saúde, mas, independentemente da crise, precisamos encontrar alternativas para facilitar o acesso ao serviço por parte dos mais jovens, para manter o equilíbrio do mutualismo. Hoje, já vivemos o impacto da transição demográfica e os desafios impostos com essas mudanças”, explica a presidente da FenaSaúde.

Os diversos agentes de saúde precisam se adaptar às alterações em curso. As políticas de financiamento dos sistemas de saúde e da infraestrutura requerida também precisam acompanhar essas modificações, que irão requerer regulações adequadas para que tanto o setor público quanto o privado sejam viáveis diante do aumento das despesas médicas e previdenciárias. Exemplo prático é a necessidade de reestruturação da infraestrutura física de todos os serviços, principalmente os de assistência à saúde, e de uma nova composição das especialidades profissionais, com mais ênfase em Geriatria.

“O aumento da longevidade é uma conquista da sociedade. Mas, ao mesmo tempo, é inevitável o crescimento por demanda de assistência médica, já que, invariavelmente, os idosos precisam de mais cuidados. Hoje, o setor de Saúde Suplementar é uma opção concreta e segura para os idosos”, avalia Solange Beatriz. Em 2016, o total de beneficiários de planos de saúde com 59 anos ou mais cresceu 1,6% em comparação ao ano anterior, totalizando 6,6 milhões de consumidores. Esse crescimento segue na contramão do mercado, que registrou queda de 2,8% no ano passado.

Segundo projeções do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), mantida a atual taxa de cobertura média dos planos de saúde para o conjunto dos brasileiros (cerca de 25% da população), a proporção de beneficiários idosos, no estrato de 59 anos ou mais, saltará de 12,3%, em 2015, para 20,5%, em 2030. No mesmo período, em paralelo, haverá um crescimento de 105% no volume de internações de beneficiários com 59 anos ou mais, saltando de 2 milhões para 4,1 milhões ao ano. Outro avanço exponencial se dará nas consultas desse grupo, na ordem de 100,9%: de 43,1 milhões ao ano, em 2015, para 86,6 milhões ao ano, em 2030. O total de exames deve crescer 101,9%, de 204 milhões anuais para 411,8 milhões ao ano, seguido pela alta de 102,3% das terapias (de 25,6 milhões ao ano para 51,8 milhões ao ano).

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