

02 de Agosto de 2017

NOTA DE FALECIMENTO

MILLIMAN – 02/08/2017

É com grande pesar e infinita tristeza no coração que comunicamos o falecimento de nossa querida diretora DANIELA MENDONÇA na última segunda-feira, dia 31 de julho de 2017.

Daniela era diretora da Milliman no Brasil desde 2007, quando sua empresa Acser foi incorporada pela Milliman Inc. Ela foi uma líder inspiradora, tanto na área técnica-atuarial quanto na área comercial. Sua alegria e entusiasmo eram contagiantes e seu amor pela vida igualmente inspirador.

Ela também era conhecida por sua inteligência, criatividade e simpatia. Sendo grande defensora da classe atuarial, presidiu o Instituto Brasileiro de Atuária - IBA no biênio 2006-2007 e, durante seu mandato, foi umas das maiores incentivadoras da educação continuada para os atuários.



Saudades eternas!

Equipe Milliman

É PRECISO MUDAR REGRA DE REAJUSTE A IDOSO, DIZ ENTIDADE

ISTOÉ – 01/08/2017

Pedro Ramos, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), diz não haver resistência de operadoras em manter recém-aposentados. “Pelo contrário.” Ele argumenta que essas pessoas durante anos receberam assistência em saúde. “Elas estão

tratadas”, diz. Com isso, geram gastos limitados às empresas de saúde. É preciso, defende, ajustar as regras que limitam reajuste de planos de saúde até os 60 anos. “Hoje a expectativa de vida aumentou.”

Já Solange Mendes, da Federação Nacional de Saúde Suplementar, atribui a alta de ações à expectativa dos usuários em manter a proteção e à perda de renda. “Diante dessa insuficiência, a alternativa é buscar o Judiciário, que acaba fazendo justiça social com contrato privado de assistência à saúde.”

As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

COMISSÃO APROVA PROGRAMA DE AJUDA FINANCEIRA A SANTAS CASAS

CÂMARA NOTÍCIAS – 01/08/2017

Proposta será analisada ainda pelo Plenário da Câmara dos Deputados

O Projeto de Lei 7606/17, do Senado, que cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pró-Santas Casas) foi aprovado, nesta terça-feira (1º), pela comissão especial da Câmara dos Deputados responsável por analisar a matéria.

Pela proposta, bancos oficiais terão linhas de crédito direcionadas a hospitais e santas casas que atendem a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O texto seguirá agora para exame do Plenário da Câmara.

Conforme o projeto, os empréstimos terão encargos financeiros máximos de 1,2% ao ano. O limite de crédito para cada hospital será equivalente a doze meses de faturamento dos serviços prestados ao SUS ou ao valor da dívida das instituições com operações financeiras – a opção que for menor. Os recursos do Pró-Santas Casas serão de R\$ 2 bilhões por ano e constarão do Orçamento da União.

Para o relator da proposta, deputado Toninho Pinheiro (PP-MG), o programa de crédito vai dar uma folga nas finanças das santas casas e dos hospitais filantrópicos. “Serão dois anos de carência,

com juros pequenos, para que essas instituições possam se organizar, pagar suas contas e ter uma vida melhor”, explicou.

Segundo o deputado Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP), o governo necessita fazer mais pelas entidades filantrópicas da área de saúde. “Precisamos ter um apoio maior do Ministério da Saúde, que deve muito para as santas casas e, na verdade, reconhece pouco a importância delas. Hoje, mais de 50% do atendimento médico-hospitalar do SUS são garantidos pelas santas casas”, comentou. Reajuste

Vários parlamentares reconheceram que o grande problema dessas instituições é a falta de reajuste da tabela do SUS que remunera a prestação de serviços. Júlio de Matos, representante da Confederação das Santas Casas, lembrou que a tabela foi corrigida em 93% desde 1994, enquanto o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) chegou a 413% no mesmo período. Mesmo assim, ele comemorou a aprovação do projeto.

“Vai nos trazer uma condição de refinanciar as dívidas que temos hoje (superiores a R\$ 21 bilhões), trocar débitos onerosos por menos onerosos e dar um tempo necessário para que as tabelas do SUS efetivamente sejam reajustadas, afirmou Júlio de Matos.

Seis projetos sobre entidades filantrópicas que estavam tramitando junto com a proposta aprovada foram rejeitados pelo relator, a fim de dar mais agilidade ao exame da matéria em Plenário. Deputados sugeriram que as lideranças partidárias sejam acionadas para garantir que a votação seja feita o mais brevemente possível.

ÍNTEGRA DA PROPOSTA: [PL-7606/2017](#)

QUEM PAGA AS FRAUDES EM PLANOS DE SAÚDE?

O ESTADO MA – 31/07/2017

Infelizmente as fraudes são muito comuns e conhecidas na área da saúde, tanto em instituições particulares como em privadas e também em planos de saúde. Há várias irregularidades, como clientes que emprestam seus cartões para outros utilizarem ou falsificam documentos para contratação de planos de saúde. Alguns corretores de saúde também usam de má-fé quando alteram documentos; utilizam dados enganosos referentes a, por exemplo, peso e altura do beneficiário na declaração de saúde; montam cartas para redução de carência e criam elegibilidade para clientes pessoas físicas que não são elegíveis para adesão a um determinado sindicato.

Tais atitudes dos corretores de planos de saúde são, com certeza, fruto de uma incompetência profissional, ou pura falta de caráter e ética. No caso de clientes fraudadores, eles só querem obter vantagens, encontram um corretor com a “receita do sucesso” e, pronto, contrato fechado. Problemas de saúde também levam algumas pessoas a omitirem as informações na declaração de saúde para serem isentos de carência.

A fraude é predatória em toda a cadeia de planos de saúde, haja visto o número de operadoras que fecharam suas portas nos últimos anos, em sua maioria por má gestão acompanhada de fraudes. É condenável qualquer atitude deste tipo! Pois, o princípio dos bons profissionais deve ser essencialmente caráter, ética e competência. Somente desta forma o mercado se manterá saudável.

Para se ter uma ideia do impacto econômico provocado pela má gestão na saúde, segundo um cálculo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), R\$ 22,5 bilhões dos gastos de operadoras de planos de saúde no país em 2015 foram desperdiçados por consequência de fraudes e procedimentos desnecessários. Isso representa 19% do total de despesas das operadoras, que somaram R\$ 117,24 bilhões. O IESS identificou, ainda, que 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e entre 25% e 40% dos exames laboratoriais não são necessários. No fim alguém acaba pagando pela ineficiência e desonestidade, pois tudo isso acarreta o encarecimento de planos de saúde e tratamentos.

Para combater os prejuízos provocados pelos fraudadores – que só abalam a imagem das operadoras e dos corretores –, as empresas do segmento devem agir com o rigor da lei, tanto para os profissionais do setor como para o cliente. É necessário investir na

transparência dos processos e julgamentos, com regras mais definidas e prazos mais eficientes. Uma boa forma de esclarecer e evitar a má conduta é com orientação via informativos físicos e eletrônicos.

A tecnologia também pode ser uma aliada das instituições e pacientes na transparência das transações nos procedimentos de saúde, pois ajuda muito no cruzamento de informações entre os beneficiários e as instituições. A criação de mecanismos e aplicativos podem auxiliar neste processo.

Não restam dúvidas de que, com as fraudes, todos – pacientes, planos de saúde e o sistema como um todo – acabam perdendo mais do que “ganhando”, pois o desperdício do dinheiro que as empresas gastam com a fraude poderia ser revertido em custos menores nos planos de saúde, favorecendo os beneficiários e empresa. Afinal, se isso não existisse, os resultados seriam bem melhores para todos.

FRACASSA NO SENADO ÚLTIMA OPÇÃO DE TRUMP PARA DERRUBAR OBAMACARE

EBC AGENCIA BRASIL - 28/07/2017

A última alternativa da liderança republicana do Senado dos Estados Unidos para tentar cumprir a promessa do presidente Donald Trump de derrubar o Obamacare, a reforma de saúde de Barack Obama, fracassou de novo na madrugada de hoje (28) pelo voto de rejeição de três senadores conservadores, entre eles John McCain. As informações são da Agência EFE.

McCain, diagnosticado recentemente com um câncer cerebral, se uniu a novas duas senadoras republicanas e a todos os democratas para derrubar a proposta, que recebeu 51 votos contra e 49 a favor. O senador se uniu a novas duas senadoras republicanas, Susan Collins e Lisa Murkowski, e a todos os democratas para derrubar a proposta, apelidada de skinny bill ou lei magra.

A derrubada e substituição do Obamacare, a reforma de saúde promulgada pelo então presidente Barack Obama em 2010, foi um

objetivo impossível de se alcançar para os republicanos e se converteu em uma das promessas principais da campanha eleitoral de Trump.

Decepção

Após o novo fracasso na votação de hoje, o líder dos republicanos no Senado, Mitch McConnell, admitiu sua decepção e que é momento de “seguir em frente”.

Assim, não está claro se McConnell tentará submeter alguma outra proposta a voto antes do recesso do Senado, já que, antes da rejeição de hoje da lei magra, já tinham fracassado outros dois projetos.

Após a derrota da lei magra, chamada assim porque buscava uma derrogação parcial do Obamacare, o líder dos democratas no Senado, Chuck Schumer, encorajou os republicanos a “trabalhar lado a lado para melhorar” a atual lei de saúde.

“Não estamos comemorando, estamos aliviados”, destacou Schumer, ao lembrar que as propostas republicanas ameaçavam deixar sem cobertura médica milhões de pessoas.

RECLAMAÇÕES SOBRE CONTRATOS E REEMBOLSOS DIMINUEM NO SETOR

SAÚDE BUSINESS – 28/07/2017

A relação entre consumidores e planos de saúde está passando por uma transformação positiva. A 7ª Edição do Relatório de Atividades das Ouvidorias do mercado de seguros, divulgado nesta quinta-feira (27), comprova essa realidade. Em 2016, o número de reclamações que chegaram às operadoras, referentes à contratação, reduziu 17% em comparação a 2015. De acordo com o levantamento da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), as reclamações envolvendo reembolsos sofreram queda de 7% em relação ao ano anterior.

Na avaliação da presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, os números apontam para essa mudança de comportamento do consumidor e do próprio mercado: “O setor passa por um momento de transição. Considerando o *modus operandi* do mercado, o segurado só tem contato direto com a seguradora no momento do pagamento do sinistro. Mas, estamos percebendo, pelo lado do consumidor, o interesse em ter um contato mais próximo com as seguradoras, não apenas no momento do sinistro como também na hora da contratação. Ele quer saber o que está contratando, o que a empresa está oferecendo, o que é proteção, até qual valor ele está protegido etc. E tudo isso é na pré-venda, e não na pós-venda. As ouvidorias, por sua vez, estão no meio do caminho ao atender as reclamações. Com essa nova realidade, essas equipes estão também no papel de aproximar esse cliente da empresa. É um grande desafio para as ouvidorias”.

O relatório também aponta a negativa de autorização como o principal motivo de reclamação por parte dos consumidores, com 12% para plano médico-hospitalar (tipo coletivo/empresarial) e 19% no plano odontológico (perfil individual). “Precisamos aprimorar o serviço muito em função de não se negar indevidamente, e sim em fazer o cliente entender o que está coberto no seu plano, se ele tem ou não direito a determinado procedimento”, defendeu Rodrigo Machado Ribeiro, gerente de Ouvidoria da Amil.

Segundo Silas Rivelle Jr, presidente da Comissão de Ouvidoria da CNseg e Ouvidor da Seguros Unimed, a Saúde Suplementar é um setor de muita entrega, mas precisa melhorar no quesito informação. “Aproximadamente 60 a 70 por cento das reclamações que chegam às ouvidorias estão ligadas à falta de informação, seja

em relação ao contrato ou ao serviço. Na atividade securitária, a informação é fundamental”, explica.

Luiz Gustavo Meira Homrich, ouvidor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apresentou o Relatório de Atividades. Ao longo de 2016, a Ouvidoria da Agência totalizou 8.139 demandas relacionadas aos planos de saúde. Desse total, 8.094 foram finalizadas ainda em 2016. “A grande maioria das demandas recebidas em 2016 se encontra finalizada dentro do próprio ano, alcançando um Índice de resolubilidade de 99,4%. Isso demonstra a consolidação do nosso trabalho”, afirma.

Canais – De acordo com o Relatório de Atividades das Ouvidorias da CNseg, 97% dos consumidores de planos de saúde acessam as ouvidorias pelos canais diretos das empresas: 74% optaram pelo telefone; 15% pelo site da empresa; e 7% pelo correio eletrônico.

FENASAÚDE: INFLAÇÃO MÉDICA SUPERA REAJUSTE DOS PLANOS

O GLOBO – 26/07/2017

Alta nos preços de materiais e medicamentos, aumento na frequência dos atendimentos e custos com inovação tecnológica ameaçam a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

A Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCHM), indicador da “inflação médica”, utilizado pelo mercado de Saúde Suplementar, aponta que as despesas assistenciais crescem de maneira expressiva e acima da inflação geral de preços. De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o índice de variação das despesas da assistência à saúde é que determina o reajuste anual das mensalidades dos planos. Esse índice é formado pela combinação de dois componentes básicos: a variação dos preços pagos por consultas médicas, exames complementares, atendimento ambulatorial, terapias e internações; e o aumento da quantidade de procedimentos utilizados por beneficiário desses serviços.

A incorporação de tecnologia também exerce enorme impacto nas variações anuais de custo, segundo explica a presidente da entidade Solange Beatriz Palheiro Mendes.

– Em diversos setores econômicos a inovação tecnológica melhora a qualidade, a produtividade e, como consequência, reduz o custo do produto ou serviço. No setor de saúde não é bem assim. Novas tecnologias são disponibilizadas pela indústria de materiais e equipamentos hospitalares com intensa regularidade e acentuada elevação de preços. É por isso que a tecnologia faz crescer a despesa no setor de saúde. Conseqüentemente, não se deve abusar desses recursos tecnológicos sem levar em consideração sua eficácia e eficiência.

Portanto, a “inflação médica”, na avaliação da presidente da FenaSaúde, não guarda relação com a inflação geral de preços porque o custo médico é formado por variáveis relacionadas ao aumento da variação de preços de insumos, como também da contínua incorporação de novos procedimentos, de práticas que

levam ao desperdício e do aumento da longevidade da população que implica em maiores demandas por serviços de saúde.

– É preciso compreender como é formado este preço no segmento. Por exemplo, além do aumento da consulta, também pesa na formação das despesas, e portanto nos reajustes, o aumento na quantidade de consultas realizadas, ou seja, na frequência de

utilização. Sendo assim, é necessário observar que quanto mais consultas são feitas, mais isso irá refletir nos custos dos planos de saúde. As consultas podem ter até o mesmo valor, mas se forem realizadas em maior número, o custo do plano sobe. O reajuste divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve espelhar a variação das despesas de cada beneficiário como condição para preservar a sustentabilidade econômica da operação. A “inflação médica” é a combinação das duas: a variação de preço e a variação da frequência. Não é, portanto, um índice de preços. É, na verdade, um índice de despesas – explica a presidente.

Gastos crescentes das operadoras não fecham a conta

Diante deste quadro, a entidade chama atenção para o fato de que o índice de reajuste de 13,55%, definido pela ANS para este ano, não cobre os gastos crescentes das operadoras. Segundo levantamento da própria FenaSaúde, 19,17% foi o percentual de despesa assistencial de cada beneficiário.

Os gastos com o serviço de ressonância magnética, por exemplo, podem ilustrar melhor esta conta. O exame, segundo levantamento da FenaSaúde, apontou, em média, variação de 20% no preço, passando de R\$ 485 para R\$ 581, entre setembro de 2015 e o mesmo mês de 2016, ao mesmo tempo que aumentou o número de testes realizados: 8,8% no ano passado, na comparação com 2015. Nesse caso, o aumento da despesa com esse exame foi da ordem de 30,4%. Trata-se, portanto, de uma relação com a quantidade utilizada e não somente com a variação de preço, demonstra Solange Beatriz.

Outro exemplo disso é o teste ergométrico computadorizado, com preços em média de R\$ 241,26. No ano passado, foram feitos cerca de 3,5 milhões de exames. Esse aumento de apenas 1% em comparação com 2015 – 38 mil exames – resultou em um custo estimado de R\$ 9 milhões nas despesas das operadoras.

Os tratamentos quimioterápicos tiveram, em média, variação de 21% no preço entre setembro de 2015 e o mesmo mês de 2016, saltando de R\$ 5 mil para mais de R\$ 6 mil, no mesmo período. Já o equipo bomba de infusão, material usado em ambulâncias e UTIs, custava, em 2007, R\$ 145,04, e em dezembro de 2015, o valor subiu para R\$ 1.150,41, um aumento de 693,2%.

Para Josier Vilar, presidente do Conselho Empresarial de Medicina e Saúde da Associação Comercial do Rio de Janeiro, a inflação dos custos do segmento está desalinhada com a inflação geral, e torna-se um grande risco para a Saúde Suplementar no Brasil.

– Os pagadores de planos de saúde não vão suportar reajustes tão altos em curto prazo. Não há como repassarmos despesas sem tentar modificar as suas causas. O modelo para gerar receitas se esgotou. O país envelhece e as demandas por serviços de saúde crescem.

Mutualismo: Contribuição de todos para benefício individual

A falta de rentabilidade, como avalia o economista da PUC-Rio, Luiz Roberto Azevedo Cunha, decorre dos aumentos de custos do setor superiores à inflação geral, que não podem ser absorvidos pelos contratantes de planos de saúde. Para ele, como em todos os tipos de seguros, os planos de saúde devem se basear no mutualismo, sistema que se fundamenta na entidade mútua, na contribuição de todos para benefício individual de cada um dos contribuintes:

– No caso dos planos de saúde, se a maior parte dos participantes for de pessoas com maior risco, como os idosos, por exemplo, não

existe esta divisão. Esse é um dos grandes problemas e desafios da saúde suplementar no Brasil. Nas situações de internação, há gastos das operadoras com o cliente como remédios, material hospitalar, remuneração dos profissionais de saúde, custos da internação, exames. Ou seja, uma complexidade de custos específicos do tratamento que distanciam o seguro saúde desse almejado mutualismo.

A ANS fixou em até 13,55% o índice de reajuste para os planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares entre maio de 2017 e abril de 2018. O percentual é válido para os planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98 e atinge cerca de 8,1 milhões de beneficiários, o que representa 17% do total de 47,4 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil, de acordo com dados referentes a junho de 2017.

“PRECISAMOS MUDAR O MODELO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA NO BRASIL”, AFIRMA IESS

IESS –26/07/2017

Estudo inédito aponta benefícios de modelos de pagamento prospectivos, que priorizam questões como a qualidade do atendimento.

Dos cinco países com a inflação médica mais elevada, três utilizam o fee-for-service (FFS) como modelo de pagamento de serviços de saúde, revela o [estudo inédito “Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar”](#), produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). “O atual modelo de pagamento de serviços de saúde no Brasil, o fee-for-service, gera incentivos perversos para o setor, contribuindo para o aumento dos custos da saúde e da inflação médica, além de comprometer a sustentabilidade da saúde suplementar”, avalia o superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), Luiz Augusto Carneiro.

De acordo com o estudo, a utilização de um modelo de pagamento hospitalar prospectivo reduz a taxa de crescimento do gasto com saúde per capita dos países em 1,2 ponto porcentual em relação aos países que utilizam modelo retrospectivo, mais conhecido como fee-for-service.

O estudo ainda analisa dados de inflação médica dos países, e observa que em 2016 o Brasil foi o País com a maior inflação médica no mundo, mesmo desconsiderando o nível de inflação geral da economia.

No Brasil, a inflação médica, em 2016, foi de 16,7%. Desconsiderando a inflação geral da economia, o País teria uma inflação médica líquida de 10,8%. Mais do que o registrado no país com o segundo pior resultado, a Índia, no mesmo período: 6,8%.

Carneiro afirma que o que encarece a utilização dos serviços de saúde no Brasil é, principalmente, o modelo de pagamento adotado atualmente. “Hoje, os hospitais têm um cheque em branco para cada internação. De uma forma bastante crua, mas para facilitar a compreensão: o desperdício compensa. Quanto mais dias, exames e insumos forem consumidos, maior o lucro do prestador de serviço”, explica. “Isso não significa, claro, que os hospitais são vilões interessados apenas no dinheiro. Significa que o modelo está errado.”

Na contramão, em um bom sentido, o estudo do IESS aponta que cinco dos cinco países com os menores níveis de inflação médica (tanto bruta quanto líquida) adotam modelos de pagamento prospectivos, como o DRG. Na França, por exemplo, a inflação médica bruta é de 3% e a líquida, 2,2%. Já na Dinamarca, país melhor classificado, a inflação médica bruta é de 1,5%. Descontando a inflação geral da economia, a Dinamarca teria uma deflação médica líquida de 0,1%.

Preocupado em apontar soluções que considerem a qualidade, a eficiência e o melhor desfecho clínico para a remuneração médica, expurgando os incentivos perversos criados pelo FFS, o estudo do IESS lista, também, os principais modelos de pagamento prospectivos utilizados em outros países e as melhorias econômicas propiciadas por estes quando foram implementados.

NOTRE DAME DESISTE DE IPO E VOLTA A BUSCAR NOVO SÓCIO

ISTOÉ –26/07/2017

Apesar de o ano de 2017 ter se revelado agressivo para ofertas iniciais de ações (IPOs, na sigla em inglês), a operadora de plano de saúde Notre Dame Intermédica, controlada pelo fundo Bain Capital, informou ontem que desistiu de abrir seu capital na Bolsa brasileira, a B3.

Com isso, segundo fontes de mercado, a companhia volta a buscar sócios privados, como vinha fazendo desde o início o ano passado. A intenção da Notre Dame Intermédica era fazer uma captação de R\$ 1 bilhão com a estreia na Bolsa paulista.

Um dos fundos de private equity (que fazem investimentos em empresas) que já chegaram a avaliar o ativo foi o europeu CVC Capital Partners, com sede em Luxemburgo. A Notre Dame Intermédica chegou a ser avaliada em R\$ 10 bilhões, o que teria afluído potenciais investidores. Agora, o CVC e outros fundos estariam dispostos a voltar a circular o ativo.

Disputa

USO CONSCIENTE E SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE

SAÚDE BUSINESS – 25/07/2017

O sistema brasileiro de saúde suplementar, que provê cobertura assistencial para mais de 48 milhões de pessoas ou 25% da população do país, vive um momento-chave de reflexão e debate. No centro da discussão está a necessidade premente de se construir um modelo mais sustentável para a sociedade. O desafio é tornar a cadeia de saúde, como um todo, mais equilibrada e eficiente.

Os modelos mais avançados de gestão de saúde suplementar preveem participação ativa de todas as partes, ou seja, operadoras, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e pacientes se responsabilizam pela utilização adequada dos serviços e recursos em prol da coletividade. Nesse sentido, uma ferramenta importante de conscientização e transformação tem sido a inclusão de mecanismos de coparticipação nos contratos firmados entre operadoras e clientes.

A coparticipação, regulada pela Resolução nº 8 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), é aceita internacionalmente como um instrumento para fortalecer o papel do consumidor e preservar a sustentabilidade do sistema de saúde, inibindo desperdícios e má utilização do convênio. Nesse modelo, os valores de mensalidade costumam ser mais baixos em relação ao formato tradicional, e o segurado assume um percentual das despesas com exames e consultas médicas realizados. Em diversos países e também no Brasil, a prática tem se mostrado efetiva em educar e estimular um comportamento mais responsável no ambiente de saúde. Na SulAmérica, 35% do total de contratos de planos de saúde e

A Notre Dame Intermédica também atraiu a atenção de compradores estratégicos nos últimos meses, incluindo a empresa de plano de saúde Amil, que hoje é controlada pela americana United Health.

Desde março de 2014, o fundo Bain Capital – também dos Estados Unidos – tem uma participação majoritária na Notre Dame Intermédica. Na época, o fundo investiu R\$ 2 bilhões na companhia.

Tanto a venda a um fundo de private equity quanto um eventual IPO – ideia agora suspensa – seriam uma forma de o Bain realizar seu lucro dentro da operação, de acordo com fontes.

Procurada pela reportagem, a Notre Dame Intermédica não quis comentar a estratégia de venda da companhia. As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

odontológicos já contêm cláusulas de coparticipação, incluindo 90% dos acordos firmados em 2016.

É importante destacar que uso consciente não significa usar menos, e sim usar melhor. Beneficiários mais conscientes buscam acompanhamento médico para prevenir doenças e adotar um estilo de vida mais equilibrado, iniciam e finalizam adequadamente seus tratamentos, seguem as orientações médicas no dia a dia, buscam os exames realizados e comparecem a consultas de retorno no tempo correto. Em suma, cuidam melhor da sua saúde. A mudança comportamental ocorre porque, de maneira geral, os usuários passam a acompanhar mais de perto os benefícios e os custos dos procedimentos aos quais são submetidos. Nesse contexto, a coparticipação provoca um maior envolvimento do consumidor nas decisões sobre a própria saúde.

Uma visão mais completa dos desafios ao equilíbrio do sistema privado de saúde é imprescindível para um debate construtivo. Dentre esses fatores, merece atenção a escalada dos custos assistenciais. Nos últimos doze meses terminados em setembro de 2016, as despesas com consultas, exames e internações na saúde suplementar totalizaram R\$ 132,7 bilhões, um aumento de 11,6% em relação ao período anterior, de acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). Adicionalmente, para cada R\$ 100 recebidos pelas operadoras por meio das mensalidades pagas por beneficiários e empresas contratantes, R\$ 99,9 foram destinados a cobrir despesas assistenciais, administrativas, de comercialização e impostos, ainda segundo a Federação.

No caso do seguro saúde, a operação está fundamentada no conceito de mutualismo, ou seja, na partilha coletiva de riscos e de utilização. Interessa a todos, portanto, que o sistema seja gerido e acessado adequadamente, preconizando o bem-estar dos beneficiários, a prática médica de excelência, com base em evidências, e o melhor encaminhamento clínico para cada caso.

REAJUSTE NOS PLANOS NÃO SUPORTA CUSTOS CRESCENTES

FENASAÚDE – 25/07/2017

Matéria com ministro da Saúde na Revista de Seguros discute maneiras de enfrentar o problema que afeta a todos.

A última edição da Revista de Seguro, de abril/maio/junho de 2017, traz uma longa matéria com o ministro da Saúde, Ricardo Barros, abordando os custos crescentes na Saúde Suplementar, bem acima da inflação média, e os caminhos para se equacionar o problema. Somente em 2016, segundo a matéria, a Variação de Custo Médico Hospitalar (VCMH) foi de 20%, enquanto o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ficou em 6,29%.

De acordo com o ministro, os custos médicos têm forte impacto, não só na saúde privada, mas também na pública, e a solução deve passar pela implementação de novos modelos de gestão, pela busca da eficiência e pela redução do desperdício e da imprevisibilidade, além de investimento em programas de manutenção da saúde.

A análise de custo/benefício das incorporações tecnológicas e a transparência de preços na cadeia produtiva foram algumas das iniciativas propostas pela FenaSaúde. Já a ANS estuda a possibilidade de autorizar a oferta de planos de saúde mais acessíveis, a pedido do Ministério da Saúde, que também tem se reunido com representantes de instituições do segmento em busca de alternativas.

[>>Para ler a reportagem na íntegra, clique aqui](#)

MUDAR COMO A CONTA DO HOSPITAL É CALCULADA, MELHORA O ATENDIMENTO?

FENASAÚDE – 24/07/2017

Novas iniciativas querem pagar os hospitais pela qualidade do atendimento, e não pelo volume de serviços. Isso é bom para o paciente?

A questão

Como é calculado o valor de uma conta de hospital? A resposta é, na aparência, simples: no Brasil, por exemplo, vigora o que os economistas da saúde chamam de pagamento por serviço. Cada novo exame, dose de medicamento ou mililitro de oxigênio consumido pelo paciente durante sua passagem pelo hospital é adicionado à fatura. A simplicidade é somente aparente porque, na maioria dos casos, não cabe ao paciente definir quais serviços hospitalares ele vai usar – e quais vão engrossar a conta paga. A decisão é exclusividade do médico. Se imprevistos ou erros ocorrem durante o tratamento, ou se um exame é pedido sem necessidade, a conta aumenta.

Esse modelo de **contas abertas** é criticado por governos, **planos de saúde e pacientes privados** porque, em teoria, ele estimula o desperdício. Como o hospital ganha a cada item usado, não se preocupa em racionalizar os pedidos de exames ou o emprego de materiais. E as contas sobem. Países no mundo inteiro discutem maneiras de mudar essa forma de remuneração. Em 2010, quando promulgou a **Lei de Cuidados Acessíveis** (o Affordable Care Act, ou **Obamacare**), o governo Obama assumiu, como uma de suas bandeiras, encontrar formas mais eficientes de remunerar serviços hospitalares.

A ideia era incorporar às contas de hospitais medidores de qualidade e pagar mais àqueles estabelecimentos com melhores resultados. Dá-se a isso o nome de “pagamento por performance”. Ou “cuidados em saúde baseados em valor”. Nos Estados Unidos, é comum que o hospital receba um valor fixo por cada tratamento, negociado com os planos de saúde. A proposta do governo – que foi posta em prática em alguns hospitais – era pagar mais àqueles hospitais cujos pacientes não sofressem com efeitos adversos derivados do tratamento ou que tivessem baixos índices de mortalidade e infecção hospitalar. Entre outras 20 variáveis.

Em 2013, o governo americano implantou um desses programas de pagamento por performance em 3.500 hospitais de cuidados intensivos vinculados ao Medicare, o sistema de seguros de saúde voltado para idosos e administrado pelo governo. A expectativa era que essa mudança no modelo de remuneração estimulasse melhores práticas e garantisse mais saúde para os pacientes.

Nos últimos quatro anos, uma equipe da Universidade de Michigan acompanhou as estatísticas desses hospitais para colocar os resultados do programa à prova. As conclusões do grupo foram publicadas no início de julho no periódico científico *The New England Journal of Medicine*. O trabalho leva a crer que, apesar das boas intenções, esses novos modelos de remuneração trazem pouco (ou nenhum) benefício para a saúde dos pacientes.

Por que mudar a conta do hospital

Os americanos estão entre aqueles que mais gastam com saúde em todo o mundo. Por ano, são cerca de US\$ 9.400 por habitante, segundo dados de 2014 da Organização Mundial da Saúde (OMS). É um gasto muito superior à média dos países da OCDE, o grupo que reúne nações desenvolvidas, como o Reino Unido e o Canadá – e que investiu US\$ 4.700 por habitante em 2014. O valor americano impressiona ainda por outras duas razões: apesar do gasto elevado, os indicadores de saúde dos Estados Unidos são piores do que aqueles de países que gastam menos. A expectativa de vida do americano médio, por exemplo, de 78 anos, é inferior aos 81 dos canadenses e ingleses. E o gasto americano aumenta, ano a ano. Desde 1994, cresceu 148% – em relação à média de 125% dos países da OCDE.

Talvez por isso os americanos tenham encabeçado a discussão sobre como reformular as contas de hospital. Por lá, a ideia é antiga: a discussão ganhou corpo ainda nos anos 1960: “Naquela época, os valores pagos aos hospitais subiam muito rapidamente”, diz Maria de Fátima Siliansky, professora de economia política da saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A primeira tentativa de racionalizar a questão veio com a criação dos Grupos de Diagnóstico Relacionados (ou DRG, na sigla em inglês), em 1984. Os DRG fixaram valores para o tratamento de determinadas enfermidades. Esses valores variam conforme a idade e as condições de saúde do paciente: tratar a pneumonia de uma pessoa de 80 anos é diferente de tratar a mesma condição em alguém com 20.

Em teoria, os DRG poderiam conter a escalada no valor das contas. Não era mais do interesse dos hospitais pedir exames evitáveis, já

que isso não teria peso no valor final pago pelos pacientes e planos de saúde. Não foi o que aconteceu: “Os gastos continuaram a crescer”, diz Maria de Fátima.

Uma nova proposta para o problema foi formalizada em 2006. Naquele ano, os professores Michael Porter e Elizabeth Teisberg, da Escola de Negócios de Harvard e da Escola de Medicina da Faculdade Dartmouth, publicaram o livro Redefinindo os cuidados de saúde: como criar competitividade baseada em valores e resultados. No trabalho, os dois professores argumentavam que, da maneira como o setor de saúde estava organizado nos Estados Unidos, ganhavam melhor aqueles prestadores de serviços que tinham boas habilidades de negociação – e conseguiam cobrar bons preços aos planos de saúde. Era uma inversão – deveriam ser mais competitivos aqueles hospitais e médicos capazes de oferecer cuidados melhores.

O livro de Porter e Teisberg punha por escrito uma ideia que já era praticada, desde fins dos anos 1990, em países europeus. A Suécia foi pioneira ao implantar algo parecido em 1998. Outros países do mundo desenvolvido seguiram o exemplo. Mas, de maneira geral, as experiências são ainda incipientes. De acordo com a consultoria Economist Intelligence Unit, um dos braços da revista britânica The Economist, somente a Suécia tem adesão “muito alta” aos princípios dos cuidados de saúde baseados em valor. No Reino Unido, a adesão é “alta”. A consultoria chegou a essa conclusão depois de analisar os sistemas de saúde de 25 países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico. Concluiu que, no geral, o alinhamento aos princípios dos cuidados baseados em valor cai à medida que cai o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de um país – provavelmente porque aumenta a variedade de problemas com que esse país tem de lidar. Na América Latina, segundo a consultoria, somente a Colômbia apresenta índice “moderado” de adesão. No Brasil, a adesão é baixa.

Como funciona no Brasil

Por aqui, essa discussão se materializa numa virtual queda de braço entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Além de cobrar por cada serviço prestado, os hospitais brasileiros também atuam como espécies de revendedores de material hospitalar – as operadoras e pacientes privados não pagam por esses itens o mesmo preço pago pelo hospital ao comprá-los: “Eles cobram uma taxa sobre o valor do material”, afirma Maria de Fátima, da UFRJ. Para os planos de saúde, a prática é escandalosa: “É o mesmo que entregar um cheque em branco para uma pessoa e soltá-la num shopping”, diz Pedro Ramos, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe). Por isso, hospitais e planos mantêm uma relação de conflito. Maria de Fátima conta que os grandes planos de saúde, costumariamente, têm também setores de auditoria anabolizados – destinados a analisar, e contestar, cada cobrança de serviço hospitalar. “Para o consumidor individual, o problema é ainda maior”, diz Maria de Fátima. “Ele não tem como questionar essa conta.”

Há discussões sobre como mudar as bases dessa relação. No final de 2016, a Abrampe anunciou a intenção de começar um projeto-piloto, em parceria com alguns hospitais particulares, para testar um novo modelo de remuneração. A ideia era, à moda dos americanos, criar Grupos de Diagnóstico Relacionados. E estabelecer incentivos financeiros, para pagar melhor àquelas instituições que mantivessem sadios os pacientes com doenças crônicas ou que apresentassem menores taxas de reinternação. Mas o plano-piloto não foi adiante: “A criação dos Grupos de Diagnóstico seria uma mudança muito drástica aqui”, diz Ramos. “Já entendemos que vamos ter de criar um modelo tropical.”

A novidade, no entanto, não seria assim tão grande. No país, já existe algo semelhante aos grupos de diagnósticos, mas em vigor na relação entre o SUS e os hospitais privados que lhe prestam serviços. Em lugar de pagar por serviços prestados, o governo paga

valores acordados para o tratamento de cada enfermidade. O sistema é menos complexo que o dos Grupos de Diagnóstico porque a remuneração não leva em conta variáveis como a idade do paciente ou sua condição de saúde antes de ingressar no hospital. Também não considera indicadores de qualidade do atendimento.

Hoje, a Abrampe diz que discute com a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) uma alternativa ao pagamento por serviços. “Há ideias, mas ainda muito embrionárias”, afirma Ramos. “Falamos sobre um modelo para os próximos anos.”

A questão também é debatida por um grupo técnico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o órgão regulador do setor no país. O fórum reúne operadoras de planos de saúde e hospitais, mas não há a expectativa de que as soluções ali propostas reflitam imediatamente no setor. Por nota, a ANS afirmou que já existem, no país, experiências localizadas de remuneração alternativa ao pagamento por serviço e que a mudança para outros modelos deve acontecer “paulatinamente”: “O objetivo da ANS é trazer o assunto para discussão e ter a participação da sociedade e de órgãos de defesa do consumidor nesse processo”, afirma a agência.

Além da indefinição de um modelo, a adoção do pagamento por performance no Brasil esbarra na falta de informação sobre a qualidade dos hospitais. Nos Estados Unidos, os indicadores sobre cada serviço prestado são compilados e ficam à disposição de pacientes, planos de saúde e governo. No Brasil, não há nada parecido: “O governo até conhece os indicadores dos hospitais que prestam serviço para o SUS”, diz Maria de Fátima. “Mas são informações parciais: valem somente para os atendimentos via SUS. Não compreendem o hospital inteiro.”

O que a ciência diz

Apesar das grandes expectativas em relação aos cuidados de saúde baseados em valor, há poucas evidências de que sua adoção garanta melhores resultados para a saúde dos pacientes. Era isso o que o time da Universidade de Michigan, liderado pelo professor Andrew Ryan, queria avaliar. Por quatro anos, a equipe observou qual o desfecho clínico dos pacientes admitidos com pneumonia, infarto agudo do miocárdio e falência cardíaca em 3.500 hospitais de cuidados intensivos vinculados ao Medicare e remunerados por performance. As taxas de mortalidade desses pacientes depois do tratamento foram comparadas àquelas de pessoas internadas em hospitais de porte semelhante, mas que não faziam parte de nenhum programa desse gênero. Os pesquisadores também compararam estatísticas a respeito da satisfação dos pacientes com o atendimento. O resultado: os dois tipos de hospital progrediram, quanto a esses indicadores, nos quatro anos de estudo. E de forma equivalente. A maior diferença entre os grupos foi verificada na comparação entre pacientes admitidos com pneumonia – a mortalidade foi 0,43% menor entre aqueles tratados em instituições pagas por performance.

Ryan não é o primeiro a se desapontar com os resultados do pagamento por performance. Além de pagar mais a quem trabalha melhor, essa abordagem também preconiza não pagar por procedimentos que tratam problemas evitáveis provocados pelos hospitais. A prática é adotada pelo Medicare, desde 2008, em alguns hospitais americanos. Em 2012, uma equipe da Universidade Harvard examinou quais os resultados dessa política. Constatou que, nos hospitais em que foi adotada, ela não foi eficiente para diminuir as taxas de infecções hospitalares consideradas evitáveis. Na verdade, segundo o estudo, a incidência desses problemas já diminuía antes da implantação do novo sistema de pagamento – e a redução continuou em ritmo similar.

E, em março deste ano, a consultoria Rand – um grupo americano especializado na avaliação de políticas públicas – publicou uma revisão sistemática sobre o tema. Os pesquisadores analisaram 69 trabalhos, que tentavam entender o potencial do pagamento por performance para melhorar a saúde dos pacientes. Concluíram que

não há evidências de que a estratégia melhore os indicadores de saúde.

Isso significa que o pagamento por performance é ruim?

Não exatamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde, que analisou modelos baseados nesses princípios em países de renda alta e média, ainda é difícil dizer se o pagamento por performance foi superestimado ou se, mais provavelmente, essa equação – que busca aliar contas justas a bons cuidados de saúde – é mais complexa e ainda requer ajustes.

É essa também a conclusão do trabalho de Ryan e seus colegas, da Universidade de Michigan. Depois de reconhecer que o novo modelo não trouxe melhores resultados para os pacientes em hospitais de cuidado intensivo, o grupo sugeriu que as instituições continuassem a experimentar abordagens novas, orientadas pelo mesmo princípio.

Continuar a testar abordagens é importante para descobrir quais correções podem ser feitas. Alguns autores sugerem que é preciso

repensar os estímulos oferecidos aos médicos propriamente, e não somente às instituições onde eles trabalham. Em 2016, o professor Aaron Carroll, da Universidade de Indiana, publicou um artigo no jornal The New York Times argumentando que mudar a forma como os médicos trabalham – e garantir que isso tenha impacto na vida dos doentes – é difícil. Sua afirmação era baseada em uma revisão de estudos, publicada em 2011, que avaliou sete trabalhos – e concluiu que essas estratégias econômicas interferiam pouco ou nada no trabalho dos médicos da atenção básica (aquela voltada para prevenir doenças ou evitar que casos crônicos se agravem) e na saúde de seus pacientes: “Idealmente, um médico não trabalha somente pelo dinheiro”, diz Maria de Fátima, da UFRJ. “Os médicos trabalham em ambientes institucionais e são sensíveis aos valores desses ambientes. Se a organização valorizar o bem-estar do paciente, é possível que o médico se motive a fazer o mesmo. Mas não há evidências de que esse bem-estar melhore se o incentivo for meramente econômico.”

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