

04 de Outubro de 2017

AMIL INVESTE R\$ 5,5 MI EM TECNOLOGIAS PARA GESTÃO DE PLANOS

O Estado de S. Paulo –03/10/2017

A Amil, da norte-americana United Health, desembolsou R\$ 5,5 milhões em tecnologias para facilitar a gestão do plano de saúde

ASSOCIAÇÕES LANÇAM ESTUDO SOBRE PROBLEMAS NA MEDIÇÃO DOS CUSTOS DE SAÚDE NO PAÍS

Agência Brasil –02/10/2017

A Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) lançaram, no final da tarde de hoje (2), um estudo que aponta problemas na medição dos custos de saúde no país. O lançamento ocorreu na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Chamado de Custos da Saúde – Fatos e Interpretações, o estudo mostra que existe uma diferença entre a inflação médica e os custos da saúde, que crescem rapidamente no Brasil. A inflação médica refere-se principalmente à variação de preços de uma cesta de bens e serviços relacionados à saúde, mas que não abrangem a frequência com que são utilizadas. Já os custos da saúde, segundo o documento, incluem não só a variação de preços, como também a quantidade consumida. O que o documento pretende demonstrar é que o custo pode variar apesar dos preços dos equipamentos, bens e serviços permanecerem iguais, já que ele reflete também a quantidade de vezes que eles são utilizados.

“O custo de saúde significa basicamente aquilo que você tem de inflação mais a frequência, ou seja, quanto maior o preço e quanto maior a frequência, muito maior o custo da saúde. Então é preciso ter ações para tentar diminuir a frequência”, explicou Francisco Balestrin, presidente do conselho da Anahp.

Além de diferenciar a inflação médica do custo de saúde, o documento lançado hoje pretende colaborar para um debate de toda a cadeia do setor sobre a melhor maneira de se diminuir os custos, sem que eles sejam repassados para o governo ou para a população.

“Esse trabalho traz um mérito muito importante que é colocar no centro do debate público a evolução de custos do setor, que está em trajetória muito acelerada e que eu acredito ser insustentável em longo prazo”, disse Leandro Fonseca, diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em entrevista à Agência Brasil.

Segundo Fonseca, é preciso discutir a forma como a saúde é e poderá ser financiada no país. “É preciso olhar o lado da receita,

por parte dos usuários. Uma das apostas da operadora é um token que, por meio do envio de um código, permite ao cliente confirmar uma consulta ou exame. Em um mês de testes, três milhões de códigos já foram gerados. A outra é um simulador de coparticipação que mapeia especialistas e respectivos preços cobrados. Com o mote de “ampliar o poder de escolha”, a ferramenta da Amil pode terminar por incentivar usuários a escolher médicos que cobram menos, um velho sonho das operadoras de saúde.

mas também o da despesa. Esse trabalho procura olhar o lado da despesa. No lado da despesa, podemos pensar em desenvolver soluções que tragam uma lógica mais racional para o modelo assistencial. Hoje, o modelo assistencial privilegia a realização de procedimentos. Mas precisamos mudar essa lógica e colocar o paciente no centro, fazendo com que os agentes econômicos do setor sejam remunerados por manter as pessoas saudáveis e não para realizar procedimentos”, disse Fonseca. Outra ideia, de acordo com ele, é discutir formas de se promover uma maior integração entre os sistemas público e privado do setor.

Para Antônio Britto, presidente-executivo da Interfarma, o Brasil melhorou muito nos últimos 40 anos, mas é preciso discutir se o país tem condições de manter esse custo elevado em saúde para os próximos anos. “É preciso pôr em discussão o sistema. O estudo tenta discutir onde é que está o problema. O problema está na soma do despreparo do país em termos de prevenção e informatização, do caráter antiquado dos modelos de remuneração e na desatenção à questões de médio e longo prazo”, disse Britto.

“A questão do custo da saúde, que é um problema mundial, só consegue ser controlado se todos os elos da cadeia, que participam dele, colaborem. O que acontece é que os diversos elos envolvidos, as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviço, os médicos e as empresas produtoras de equipamentos e fármacos, pouco conversam”, disse Balestrin.

Posição dos planos de saúde

Em nota, enviada no dia 3, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe) informou que “todas as operadoras de planos de saúde publicam anualmente seus balanços e demonstrações financeiras devidamente auditadas e disponibilizadas no portal da ANS para consulta de qualquer cidadão, diferentemente dos demais elos do setor da saúde suplementar” e que “cerca de 95% da receita dos hospitais privados advém justamente das operadoras de planos de saúde, que é também o principal lastro para a incorporação de novos medicamentos no país por meio das atualizações periódicas do rol da ANS”. A associação informou ainda que não participou do estudo.

NOVAS NORMAS PODEM PREJUDICAR USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, DIZEM ESPECIALISTAS

Agência Senado –02/10/2017

Uma proposta de alteração ampla da Lei 9.656/98, que fixa normas sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, pode retirar direitos dos beneficiários que hoje são garantidos pela Justiça. Esse foi um dos pontos mais debatidos nesta segunda-feira (2) durante audiência pública da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH).

A proposta em questão é o PL 7419/06, que tramita com urgência em uma comissão especial da Câmara dos Deputados, junto com 139 outros projetos apensados. O relator é o deputado Rogério Marinho (PSDB-RN) que já anunciou que fará uma série de mudanças na lei para preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.

Uma dessas mudanças deverá proibir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde. Com isso, milhares decisões judiciais em ações contra operadoras não poderiam se basear no código.

— Isso vai prejudicar cada vez mais o acesso aos usuários dos planos de saúde e como consequência favorecer o faturamento dos empresários do setor — disse Leandro Farias, do Movimento Chega de Descaso.

Farias lamentou a pressa dos deputados em analisar o projeto e reclamou da falta de diálogo com a sociedade civil. Segundo ele, a Lei deveria ser alterada para resolver os principais problemas enfrentados hoje pelos usuários como negativa de cobertura,

reajustes indevidos e rescisão unilateral, assuntos que predominam nas ações judiciais.

Segundo o consultor Jurídico Nacional da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), José Luiz Toro da Silva, a judicialização da Saúde causa desequilíbrio orçamentário do setor e prejudica o próprio consumidor:

— A judicialização tem um impacto perverso. Muitas decisões judiciais não respeitam a lei — disse.

Desequilíbrio

Salomão Rodrigues Filho, do Conselho Federal de Medicina, destacou que os médicos e demais prestadores de serviço são mal remunerados pelas consultas e procedimentos. Para ele, o projeto em debate não estabelece equilíbrio no mercado.

— A boa remuneração para o prestador é fundamental. Deveria haver uma parceria entre operadoras e prestador. Hoje essa relação é de desconfiança. Esse relatório do deputado Rogério Marinho não vai atender aos prestadores de serviço, não vai atender aos pacientes, mas apenas às operadoras. Será um desastre — avaliou.

A favor das mudanças, o superintendente de regulação da Federação Nacional de Saúde Complementar, Sandro Leal Alves, afirmou que as operadoras têm mais despesas do que receitas. Ele também criticou a excessiva judicialização dos contratos:

— O setor de saúde suplementar operou em deficit, diferentemente de algumas notícias que foram veiculadas. As operadoras não têm lucros exorbitantes. Em 2016 apenas duas operadoras do setor apresentaram lucro. Isso causou uma distorção — argumentou.

O senador Paulo Paim (PT-RS), autor do pedido de audiência pública, ressaltou que a saúde é uma das principais preocupações dos brasileiros.

— Espero que a Câmara aprofunde esse debate — disse.

ANS VAI REGULAMENTAR COMPARTILHAMENTO DE RISCOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS –02/10/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar uma audiência pública no dia 11/10 para regulamentar o compartilhamento de riscos no setor. A intenção é oportunizar um debate com a sociedade para esclarecer temas como a responsabilização da operadora e o impacto para os beneficiários, além de colher mais subsídios para a aplicação da normativa.

Em reunião realizada recentemente pela Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos, a ANS consolidou o trabalho iniciado em janeiro e sugeriu três modelos de compartilhamento de riscos: corresponsabilidade entre as operadoras para atendimento aos beneficiários, para oferta conjunta de planos e possibilidade de criação de fundos mútuos para despesas assistenciais.

A corresponsabilidade para atendimento e a constituição de fundos já são praticados pelo mercado, em especial entre as cooperativas como o Sistema Unimed. Para esses casos, a ANS solicitou às operadoras mais detalhes sobre os tipos de operação que contribuíram para a definição da proposta de normativa. Para o

terceiro método, de oferta conjunta entre operadoras, a ANS usou como base o modelo das operações de cosseguros, também discutidas ao longo das reuniões.

“A operação de planos de saúde não é exclusivamente financeira. Existem diversas características definidoras”, explica Washington Oliveira Alves, gerente de Habilitação e Estudos de Mercado. “A medida vai potencializar economias de escala no setor, e poderemos dimensionar melhor as operações de corresponsabilidade”, enumera o especialista. A ANS indica ainda que a regulamentação deve contemplar uma maior transparência para as operações de corresponsabilidade e garantir o atendimento continuado dos beneficiários de planos de saúde.

“Vamos pedir a aprovação desses mecanismos de compartilhamento de riscos como base para as possíveis medidas adotadas pelas operadoras. A ideia é que a gente possa dizer muito claramente o que é aceitável, dar segurança jurídica à regulamentação e possibilitar novas alternativas para o setor. Essa é uma das frentes da ANS voltadas à viabilidade das operações, complementa medidas como a Comissão Permanente de Solvência e o Programa de Escala Adequada”, esclarece o diretor Leandro Fonseca.

A expectativa da ANS é que a regulamentação do setor seja aprovada até o fim do ano, para que a norma entre em vigor no início de 2018.

FALHA AO INFORMAR CLIENTE OBRIGA PLANO A CUSTEAR TRATAMENTO DE CÂNCER

Consultor Jurídico –30/09/2017

Considerando a falha no dever de informação ao consumidor, a juíza Renata Martins de Carvalho, da 6ª Vara Cível de São Paulo, condenou liminarmente um plano de saúde a custear todo o tratamento de um cliente, inclusive cirurgia, em um hospital com o qual não havia acordo comercial uma cirurgia de câncer de próstata.

No caso, o cliente do plano de saúde iniciou o acompanhamento médico em hospital especializado em câncer. Quando o médico constatou que seria necessária uma cirurgia, o plano de saúde não autorizou o procedimento naquele local. Segundo o plano de saúde, o acordo comercial com o hospital não incluía aquela cirurgia específica.

Representado pelo advogado Ricardo Amin Abrahão Nacle, o cliente pediu na Justiça que o plano de saúde fosse obrigado a custear todo o tratamento naquele hospital, inclusive a cirurgia. O cliente alegou que desde que contratou o plano de saúde, nunca foi informado que aquele hospital não poderia fazer tal cirurgia ou que ele havia sido descredenciado do plano.

Ao julgar o caso, a juíza Renata de Carvalho considerou que houve falha no dever de informação por parte do plano de saúde. Segundo ela, a lei que regula planos de saúde prevê que qualquer descredenciamento de hospital deve ser informado ao consumidor com 30 dias de antecedência, o que, segundo ela, não ocorreu no caso.

"Portanto, como o autor não informado sobre o descredenciamento, ou ainda que não configurado o descredenciamento, o deferimento do pedido antecipatório é medida de rigor em razão da lealdade e confiança, bem como de dever de informação ao consumidor, especialmente, dada a gravidade da doença", concluiu.

PROJETO PREVÊ AUTORIZAR OPERADORA DE SAÚDE A REAJUSTAR PLANO DE IDOSOS

Folha de S. Paulo –29/09/2017

A discussão de um novo marco legal para os planos de saúde, que tramita em regime de urgência em comissão especial na Câmara dos Deputados, poderá incluir uma permissão de reajuste nos planos para pessoas acima de 60 anos, de forma escalonada.

Hoje, há dois tipos de reajuste: um anual, que ocorre pela variação nos custos no período, e outro por faixa etária. Desde 2004, porém, o Estatuto do Idoso veta esse reajuste para idosos, por considerar que a cobrança de valores diferenciados acima de 60 anos é discriminatória. Atualmente, 6,7 milhões de usuários de planos de saúde têm acima de 60 anos.

A possibilidade de mudança nas regras foi apresentada pelo relator da comissão, Rogério Marinho (PSDB-RN), em reunião com representantes de entidades de saúde, do direito do consumidor e das operadoras de planos. A ideia era indicar os principais pontos que devem fazer parte de seu parecer, previsto para outubro. O texto deve substituir outros 140 projetos que tramitam no Legislativo.

À Folha, Marinho diz que a proposta se deve ao alto reajuste aplicado pelas operadoras na última faixa de aumento atualmente permitido. "Aos 59 anos, os planos têm feito reajuste muito maior, já que não podem reajustar depois. O que estou propondo é que haja uma espécie de pro rata, de parcelar esse aumento final, em vez de ser dado em única vez."

Já para Ana Carolina Navarrete, pesquisadora do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), a medida prejudica essa faixa etária. "Não há garantia de que o que estará sendo passado ao consumidor após os 60 anos é um parcelamento ou um novo reajuste", diz.

Ela compara o modelo ao de contratos mais antigos, não regulados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em que o reajuste ocorria a cada cinco anos. "É como se penalizasse as pessoas por sobreviver. Permitir o parcelamento é voltar para essa realidade."

Por sua vez, Solange Mendes, presidente da FenaSaúde, associação que representa as maiores operadoras do setor, vê a medida como positiva –desde que com informações "claras" ao

consumidor sobre parcelas e valores. "O consumidor não teria um desembolso de uma vez só."

Um segundo ponto em análise, segundo o relator e participantes da reunião ouvidos pela Folha, é a possibilidade de o usuário aceitar ou não mudanças que hoje são feitas a cada dois anos no "rol de cobertura" –lista que contém os serviços mínimos obrigatórios que devem ser ofertados pelos planos de saúde. Para isso, as operadoras comunicariam as mudanças aos consumidores e os respectivos impactos no custo.

Marinho diz que a proposta ainda não está fechada. "O que estou propondo é que as operadoras mandem ao consumidor dizendo que isso foi incorporado e o impacto na prestação vai ser de R\$ 10. Se quiser, entra na prestação. Se não, o valor vai ser menor."

Para Mário Scheffer, da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), a medida representa uma "bomba" para o consumidor e abre espaço para planos de menor cobertura. "É um absurdo. Em um momento em que o SUS, com ajuste fiscal, pode diminuir, você faz uma proposta que desobriga as operadoras [de planos] de oferecer o rol inteiro", afirma.

Mendes, da FenaSaúde, diz ver na medida uma possibilidade de contenção de custos. "O que está propondo não é uma redução do rol, mas transferir ao consumidor a decisão se ele quer", diz. "Essas pessoas que não aderiram vão ter preço menor dos planos."

OUTROS PONTOS

Outra discussão que deve fazer parte da comissão é a possibilidade de mudanças no modelo de ressarcimento ao SUS pelo atendimento de usuários de planos de saúde. Hoje, os valores cobrados seguem para o Fundo Nacional de Saúde. Agora, a ideia é que eles sejam direcionados para Estados e municípios.

"A lógica do ressarcimento é justamente ir para o Fundo Nacional de Saúde e dividir para Estados que não têm plano de saúde. Se for direto aos Estados, São Paulo vai ganhar 40%", afirma Scheffer. O ressarcimento direto, porém, é uma demanda antiga de alguns governadores. Também deve entrar na análise da comissão a revisão e nova gradação nas multas aplicadas às operadoras por negativa de cobertura e descumprimento de prazos.

Segundo Marinho, a ideia é ter "multas pedagógicas" e correspondentes a cada caso. A proposta atende a demanda das operadoras, para as quais há "desproporcionalidade" nas cobranças. "Não interessa a ninguém que o plano descumpra [as regras], tem que ter sanções. Mas não pode ser de tal forma que inclusive impacte diretamente na sua sobrevivência", afirma o deputado.

Procurada, a ANS disse que acompanha as discussões, mas não quis se manifestar.

As principais propostas de mudança

Comissão deve juntar 140 projetos recebidos em um único texto e incluir outras demandas

REAJUSTE DA MENSALIDADE

Como é hoje

Há dois tipos: um anual, por variação de custos, e um por faixa etária -o Estatuto do Idoso, porém, veta reajuste para quem tem 60 anos ou mais (planos contratados antes de 2004 têm outras regras)

Como ficaria

Estatuto do Idoso seria alterado e permitiria reajuste para beneficiários de planos com 60 anos ou mais, mas dividido em parcelas a cada cinco anos

PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS

Como é hoje

A lista é atualizada pela ANS a cada dois anos, com base em sugestões de entidades e consulta pública, e passa a valer para todos os planos quando aprovada

Como ficaria

Usuário seria informado de que houve mudanças e escolheria se os novos serviços seriam incorporados ao seu plano, mediante custo

RESSARCIMENTO AO SUS

Como é hoje

ANS cruza dados sobre segurados atendidos no SUS e exige valores de volta para a rede pública, acrescidos de 50%; recursos vão para o Fundo Nacional de Saúde e são distribuídos às regiões

Como ficaria

Em vez de repassar os valores ao Fundo Nacional de Saúde, recursos seriam destinados diretamente a Estados e municípios onde ocorreu o atendimento, e taxa de 50% seria reduzida

MULTAS

Como é hoje

Caso não siga prazos máximos de atendimento ou descumpra outras regras, operadora é advertida e pode receber multa; valores variam conforme a infração

Como ficaria

Valores seriam alterados, com novas gradações -até mais baixas. Para o relator da proposta, medida garantiria a "sobrevivência" dos planos, sobretudo os menores

COOPERATIVAS E AUTOGESTÃO

Como é hoje

Regras valem igualmente para todos os tipos de operadoras, como seguradoras, medicina de grupo, filantrópicas, cooperativas e autogestão

Como ficaria

Cooperativas, como Unimed, e planos de autogestão teriam parte das regras flexibilizadas, como na exigência de caixa suficiente para gerenciar suas dívidas.

ASSISTÊNCIA QUALIFICADA AO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS -29/09/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estimula as operadoras a implementarem medidas voltadas à indução da qualidade na assistência aos beneficiários de planos de saúde. Uma das iniciativas nesse sentido é o Projeto Idoso Bem Cuidado, que propõe um modelo inovador de atenção a essa população. O projeto surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde, bem como de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar. O objetivo é promover a melhoria da qualidade da atenção e a implementação de estratégias que assegurem a sustentabilidade do setor.

"O Idoso Bem Cuidado é um importante projeto de indução da qualidade da ANS. A proposta é apoiada em duas premissas: a mudança da prestação dos serviços, com a implementação de um modelo de cuidado mais organizado e eficiente para o idoso e para o sistema de saúde; e a adoção de modelos de remuneração alternativos ou complementares ao atualmente utilizado", explica o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar.

A ação envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do

envelhecimento ativo. Ao todo, 67 projetos estão sendo desenvolvidos por 49 operadoras e 18 prestadores.

O modelo de cuidado que está sendo proposto pela ANS às operadoras e prestadores é composto por cinco níveis de atenção: acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, cuidados complexos de curta duração e cuidados de longa duração. O maior destaque está nos três primeiros níveis, ou seja, nas instâncias leves de cuidado. Isto porque o reconhecimento precoce do risco reduz o impacto das condições crônicas na funcionalidade do idoso, sendo possível monitorar a saúde, e não a doença.

Um ponto fundamental para que as mudanças ocorram é a coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada no sistema e ao longo de todo o processo. "Espera-se, com isso, evitar redundâncias de exames e prescrições, interrupções na trajetória do usuário, complicações e efeitos adversos gerados pela desarticulação das intervenções em saúde. Como consequência, será possível observar a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo", afirma Rodrigo Aguiar.

Atualmente, os brasileiros com 60 anos ou mais representam aproximadamente 11% do total da população. Estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apontam que o número de pessoas com idade superior a 60 anos no Brasil deve aumentar em torno de cinco pontos percentuais nos próximos 30 anos.

COM INFLAÇÃO MÉDICA, COMPANHIAS REDESENHAM BENEFÍCIO SAÚDE

Apólice –28/09/2017

O reajuste médio dos planos de saúde corporativos voltou a subir em 2017, chegando a 17,91%. O número é um reflexo da inflação médica, que chegou a 18%. O índice está 14% acima da inflação geral, que de acordo com dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) está em 3,9%.

Para os planos individuais, a inflação médica 2017 foi de 13,55%, cinco pontos percentuais abaixo dos planos coletivos. Nos últimos cinco anos o acumulado da inflação médica registrou 145,43%, enquanto que a inflação geral foi de 96,7%.

Segundo Rafaella Matioli, diretora de Consultoria em Saúde e Benefícios da Aon Brasil, a previsão é que o índice de variação dos custos médicos continue a aumentar.

“Alguns fatores como os avanços tecnológicos, a judicialização, desperdícios na utilização dos planos, fraudes e o envelhecimento da população, são os principais motivos da escalada dos custos da saúde”, explica.

Os altos custos com a saúde não são um problema exclusivo do Brasil. A inflação médica é um fenômeno observado mundialmente. Porém, a média do índice brasileiro é superior a todas as outras regiões do mundo. Em 2017, a inflação médica foi de 17,91% no Brasil, 14,3% no Oriente Médio e na África, 14,2% na América Latina e no Caribe, 8,9% na Ásia, 6,3% na América do Norte e 5,7% na Europa.

O número de portadores de doenças crônicas é outro fator que impacta os custos da saúde. A gestão desses pacientes nos planos é uma preocupação das operadoras de saúde e das empresas.

“Os custos crescentes e o aumento da prevalência de doenças crônicas são um fenômeno mundial e, se essa tendência se mantiver, independentemente do sistema de saúde, as empresas sofrerão custos corporativos adicionais e perda da competitividade da força de trabalho. Precisamos, com urgência, desenvolver um modelo assistencial que priorize a saúde e não a doença”, alerta Rafaella.

Para a executiva, a diminuição do índice de inflação médica depende também da conscientização de todos os beneficiários do sistema de saúde suplementar sobre a sua parte na manutenção dos custos.

“É importante mostrar para o beneficiário como os seus hábitos podem impactar diretamente no plano de saúde, pois um fator importante que eleva a inflação médica é o desperdício” comenta.

Gestão da saúde

Para realizarem uma gestão melhor dos planos de saúde e evitarem o crescimento dos custos médicos, as empresas precisam desenvolver ações estratégicas.

“Bianalmente a Aon realiza uma Pesquisa de Benefícios, que tem como objetivo identificar e analisar mais de trinta benefícios concedidos pelas empresas. A última edição, lançada em maio deste ano, revelou que no último ano 70% das companhias redesenharam o benefício saúde. Além disso, 40% consideram importante rever todos os anos as características da assistência médica”, explica Rafaella.

O estudo também mostrou que o plano de saúde é um dos principais benefícios para atração e retenção de talentos, sendo o terceiro item de maior desejo pelo trabalhador brasileiro. Por isso, a assistência médica é o benefício com maior prevalência nas empresas: 100% das companhias pesquisadas oferecem seguro saúde aos colaboradores e, na mesma proporção, aceitam os cônjuges e estendem o benefício aos filhos.

Depois do salário, o plano de saúde representa o maior gasto que as empresas têm com funcionário. “Considerando a escalada dos custos da saúde, esse gasto vem aumentando ano após ano. O levantamento da Aon apontou que para 36% das empresas a assistência médica representa de 5% a 10% da folha de pagamento”, complementa a executiva.

A pesquisa contou com a participação de 536 empresas, totalizando 2,1 milhões de funcionários. A maior parte da amostragem (65,9%) representa empresas brasileiras. Mas também foram ouvidas multinacionais dos Estados Unidos (12,9%), França (4,2%), Alemanha (2,8%), Japão (1,9%) e outros países (12,3%).

ENTIDADES DESAPROVAM A PROPOSTA DO GOVERNO

Valor Econômico –28/09/2017

Se depender da avaliação da maior parte das entidades e instâncias a que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) submeteu a proposta de planos de saúde acessíveis do Ministério da Saúde, ela será rejeitada ou modificada de modo profundo. As avaliações integram relatório descritivo elaborado pelo regulador e encaminhado ao governo em setembro.

Segundo o ministério, a ideia é criar planos de saúde mais acessíveis à população e promover o equilíbrio nos custos per capita das operadoras. Estes, em meio à crise econômica, crescem na proporção inversa da redução do número de usuários dos planos, o que colabora para diminuir ainda mais as chances de acesso a eles.

Pedro Ramos, diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), enxerga na proposta uma chance de reintegração aos

que perderam seus planos, junto com o emprego: “Quanto maior a oferta, menor será o preço”.

Salomão Rodrigues, coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina (CFM) avalia que os modelos propostos atendem um nicho de mercado, mas não aos pacientes. Afirma ainda que, ao incluírem apenas a atenção básica, empurram para o sistema público os procedimentos mais complexos e caros. Para o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a proposta final “encampa quase que por cópia” a das operadoras.

O Ministério da Saúde propõe a criação de três tipos de planos acessíveis. O Simplificado, cobertura para atenção primária conforme o rol de procedimentos clínicos da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas pelo Conselho Federal de Medicina, e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias apenas de baixa e média complexidade e sem internação. Tal escopo, afirma-se na proposta, atenderia mais de 85% das necessidades de saúde dos pacientes.

Já o Plano Ambulatorial + Hospitalar cobre a atenção primária e especializada de média e alta complexidade, à qual, contudo, o paciente só teria acesso após decisão preliminar de um médico da

família ou da atenção primária e, eventualmente, de um segundo profissional. A cobertura, além disso, se limitaria à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. Ideia é criar planos mais acessíveis para a população e equilibrar custos per capita das operadoras.

A terceira modalidade, o Plano em Regime Misto de Pagamento, prevê cobertura, mediante a contraprestação mensal, apenas de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, além de atendimento ambulatorial. Os procedimentos seriam pagos à parte, de acordo com valores previstos em contrato.

Cinco técnicos do grupo de trabalho da ANS constituído para avaliar a proposta e submetê-la a debate público votaram pela exclusão pura e simples de boa parte do que ela prevê, especialmente nos detalhes. O Plano em Regime misto de Pagamento recebeu três vetos integrais, o Ambulatorial + Hospitalar um veto integral e três recomendações de alteração e o Simplificado, dois vetos e uma indicação de alteração.

“Um plano de saúde sem pronto atendimento não oferece cobertura mínima ao beneficiário, que ficaria sem assistência quando mais precisasse dela”, argumenta um dos técnicos, em depoimento agregado ao relatório da ANS, referindo-se ao Plano Simplificado.

Ainda a respeito desse modelo, outro técnico pontua que criar um plano para atenção primária é subverter a lógica da agência: “O que tem de complementar em atendimento ‘básico’? A única

consequência de um absurdo desses é acabar com o SUS, ou pior, transferir para o SUS todos os custos da medicina de alta complexidade”.

Já sobre o Plano Ambulatorial, outro técnico diz que “o beneficiário precisa ter como discordar da auditoria médica, que não pode ser um procedimento unilateral” e, ainda, que “não se pode diminuir o rol [de procedimentos clínicos] em virtude de insuficiência de rede”. A respeito do Plano em Regime Misto de Pagamento, um técnico da ANS pontua que “estariamos voltando ao tempo pré Lei 9656/98, sem segurança ao beneficiário, que passaria a arcar com o risco do plano, ao invés da operadora”.

A ANS, em nota, afirma que o conteúdo do relatório, que inclui ainda avaliações do Ministério Público, Defensoria Pública, academia, entidades médicas e de defesa do consumidor, “não permite” concluir que o órgão regulador autorizou a proposta do governo. E que, de todo modo, grande parte das características apontadas no documento como essenciais a um plano mais acessível (em termos de preço) já são permitidas pela ANS.

Tais tópicos, no entanto, avaliam os especialistas, demandam extensa regulamentação, contrariando as demandas das próprias operadoras, sob pena de estimularem ainda mais ações judiciais. Para Rodrigues, do CFM, a proposta é uma tentativa de oficializar práticas já instituídas, que contrariam a legislação. “A ANS diz nas entrelinhas que não está de acordo. Mas [não se posiciona claramente porque] obedece a ordem ministerial”.

PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS SEGUEM EM CRESCIMENTO

IESS –28/09/2017

NAB indica que este mercado firmou cerca de 1,5 milhão de novos vínculos

O mercado de planos exclusivamente odontológicos segue como destaque positivo na saúde suplementar brasileira. Dados da nova edição da NAB, apontam que, entre agosto deste ano e o mesmo mês do ano passado, houve crescimento de 7,1% no total de beneficiários exclusivamente odontológicos, correspondendo a quase 1,5 milhão de novos vínculos. Neste período, a região Nordeste foi a que apresentou maior crescimento, com a entrada de mais de 450 mil novos beneficiários, representando alta de 11,4%.

No segmento de planos médico-hospitalares, o boletim capta mais uma queda no total de beneficiários: em agosto de 2017 ante o mesmo mês do ano passado, 696,2 mil beneficiários saíram dessa modalidade de plano, o que corresponde a uma retração de 1,5% no total de vínculos.

Segundo o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, não se pode falar em recuperação porque os dados da variação anual ainda apresentam queda. “No entanto, a análise trimestral aponta que mais da metade dos Estados da federação

apresentou leve incremento no número de beneficiários, resultando em avanço de 0,2% no total. Há sinais de que a recuperação poderá acontecer nos próximos meses, em especial com a retomada da criação de postos formais de trabalho em regiões metropolitanas nos setores como o comércio e a indústria, com maior aderência ao plano de saúde como um benefício”, aponta.

“Pode-se avaliar que, apesar do decréscimo de beneficiários médico-hospitalares em 12 meses, podemos esperar uma maior recuperação em breve”, conclui Carneiro.

Números de destaque

No período entre os meses de agosto de 2016 e de 2017, o maior crescimento no percentual do número de beneficiários de planos médico-hospitalares foi no Amazonas, com 7,9% (39.090 novos vínculos). A maior queda foi registrada em Roraima (-6,3%), ou 10.596 beneficiários a menos. Já em números absolutos, São Paulo foi o Estado que perdeu mais beneficiários, com 367.778 vínculos a menos, ou -2,1% na comparação anual. Em contrapartida, o Ceará se destacou com 44.911 novos beneficiários no período, alta de 3,6%.

Para os planos exclusivamente odontológicos, a maior variação positiva nos 12 meses encerrados em agosto foi no Mato Grosso, com 24,5%, correspondendo a 34.190 novos vínculos. Já o Estado de São Paulo teve acréscimo de 674.722 beneficiários no mesmo período, alta de 9,2%. O Distrito Federal foi o único a apresentar variação negativa em 12 meses, com perda de 4.007 beneficiários, redução de 0,8%.

PLANO ODONTOLÓGICO NA LISTA DE BENEFÍCIOS CORPORATIVOS

Apólice –28/09/2017

No contexto corporativo atual, muitas empresas sofrem com a fuga de talentos que se mostram essenciais para o bom andamento do negócio. Diante dessa realidade, oferecer um pacote de benefícios

que atenda às necessidades do quadro funcional surge como um importante diferencial de retenção. Nesse aspecto, além do plano de saúde, as empresas devem olhar com muita atenção para o plano odontológico.

O benefício está entre as quatro principais opções oferecidas pelas empresas. O dado é da pesquisa realizada pela Catho Online, em 2015, que contou com a participação de 26.459 respondentes de todo o Brasil. Do total, 65% estão empregados; sendo que 35,9% são de grandes empresas (com mais de 500 funcionários).

O plano odontológico empresarial deve estar entre os benefícios que as empresas apostam como forma de valorizar o funcionário e fazer com que ele se sentia ainda mais recompensado pelo trabalho.

“Como cuidar da saúde bucal pode ser muito caro se pensarmos em consultas e tratamentos particulares, receber um plano dental pago pela companhia acaba sendo um ótimo bônus, pois muitos não têm condições de custear esse tipo de tratamento de maneira integral”, afirma Júlio Cesar Felipe, CEO da Caixa Seguradora Odonto.

Segundo o executivo, o plano odontológico empresarial ganha cada vez mais força, pois é uma boa opção em custo-benefício para a empresa e possibilita que ela ofereça um benefício importante mesmo em tempos de crise. Sem contar que o resultado com o colaborador, que sente mais seguro e valorizado pela companhia.

“As organizações estão percebendo o valor de um plano odontológico não só como um serviço relacionado à aparência, mas também para a saúde e produtividade dos colaboradores”, pontua

Felipe. Ele ainda destaca que as razões que explicam esse movimento são a conscientização da população brasileira quanto à importância dos tratamentos dentários e o elevado número de profissionais do ramo em atividade.

Influência na produtividade

Quando se fala em plano odontológico empresarial, outro aspecto que não pode deixar de ser lembrado é o impacto positivo que o mesmo traz para a produtividade.

“Incômodos bucais podem prejudicar o rendimento do funcionário ou até mesmo afastá-lo do trabalho por certo período de tempo. Esses fatores geram prejuízos intangíveis e imensuráveis para as empresas”, afirma Felipe.

Por fim, o executivo ressalta que as empresas possuem a missão de conscientizar o quadro funcional sobre a relevância dos cuidados com saúde bucal e incentivar os funcionários a consultarem um dentista a cada seis meses. “Colaborador com a saúde bucal em dia certamente trabalha melhor e mais feliz”, conclui.

PLANOS TÊM PERDA DE USUÁRIOS, MAS AUMENTAM LUCRO

Valor Econômico –28/09/2017

O número de beneficiários de planos de saúde vem caindo de forma expressiva nos últimos anos, em consequência do desemprego e da

recessão. Desde 2014, quando o setor alcançou o maior total de usuários ao longo do tempo, 50,4 milhões, mais de 3 milhões deixaram o sistema, cerca de metade deles em 2016. A receita e o lucro líquido das empresas, contudo, aumentaram em 2016, respectivamente, 12% (para R\$ 182,9 bilhões, incluindo a receita não operacional) e 66% (para R\$ 6,4 bilhões), segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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