

18 de Outubro de 2017

ENVELHECIMENTO E TECNOLOGIA SÃO OS MAIORES PESOS NOS CUSTOS DO SETOR DE SAÚDE

O Globo –18/10/2017

Coparticipação e capitalização podem ser opções para viabilizar planos

RIO - O envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias pelos planos de saúde são apontados como os principais vetores de aumentos de custos do setor.

— O alto custo da medicina tem de estar no centro da discussão sobre como melhorar a qualidade do serviço prestado pela iniciativa privada. Temos de encontrar respostas rápidas aos desafios trazidos pelo envelhecimento da população. Não aproveitamos o bônus étario para ajustar o modelo. É bom viver, mas custa caro — admite Maria Inês Dolci, da Proteste.

O custo das despesas per capita das operadoras de saúde vai subir 14,2% nos próximos dez anos em consequência do envelhecimento da população, segundo dados da FenaSaúde.

— Quanto mais idosa a população, maiores os cuidados com doenças crônicas — explica José Cechin, da entidade.

Em 2013, o custo médio de assistência à saúde para uma pessoa com 59 a 64 anos — na última faixa de reajuste previsto pela ANS — foi de R\$ 4.217. Já para os idosos com 80 anos ou mais, o valor saltava para R\$ 13.291.

SETOR DE PLANOS DE SAÚDE PRECISA DE NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL

O Globo –18/10/2017

Para especialistas, os empregadores, que são responsáveis por 67% do mercado, são peça-chave na discussão

RIO - A união dos diversos segmentos que participam do setor de saúde suplementar aparece como o único caminho para que o Brasil consiga adotar um modelo de financiamento sustentável para esse segmento. A solução não depende apenas de um consenso desse mercado — que inclui empresas de saúde, a agência reguladora, os prestadores de serviços, médicos, clínicas e hospitais — e tampouco se resume a discutir custos. É preciso incluir consumidores e empregadores no processo e transferir o foco do debate para a qualidade assistencial, defendem especialistas.

— É preciso engajar todas as partes, sociedade, parlamento, consumidor e empresas, nessa discussão. É um desafio parecido com o da Previdência. O lado positivo da crise é que as partes estão sentando à mesa para repactuarem um novo modelo assistencial, mais para que traga uma melhor saúde para o beneficiário e menos por efeitos e reflexos em termos de redução de custos — afirmou Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Prevenção e promoção da saúde

A cada dois anos, a ANS atualiza o rol de cobertura conforme novas tecnologias se tornam disponíveis para diagnóstico e tratamento. Na última atualização, com a inclusão de 16 itens, num valor equivalente a R\$ 5,4 bilhões, de acordo com a FenaSaúde, a alta em despesas para as operadoras foi de 4%.

Leandro Fonseca, à frente da ANS, diz que os critérios para a incorporação de novas tecnologias no rol estão sendo revistos, mas acrescenta que há também uma questão de escala:

— Temos 780 operadoras no mercado, sendo que 125 delas respondem por 80% dos usuários. Para lidar com os riscos, é preciso ter capital ou escala.

Paulo Jorge Rascão, diretor de Produto da Amil, frisa que é preciso atrair mais usuários:

— Se pusermos mais gente nos planos, reduziremos custos. Não é trazer de volta quem saiu, mas atrair 70 milhões a mais.

Outra via, diz Rascão, seria a ênfase na venda de planos com pagamento de coparticipação ou franquia pelo beneficiário:

— O copagamento reduz em 20% o preço da mensalidade. Mas, no Rio, só 18% das pessoas optam por esse modelo de plano. Se agarram à sensação de que, pelo modelo tradicional, terão tudo de “graça”.

Para os idosos, uma opção é a criação de planos de previdência ou capitalização direcionadas a cuidados com a saúde.

— Durante a vida ativa, quando se tem menos problemas de saúde e a empresa arca com plano, se faria a poupança para a velhice — explica Cechin.

Fonseca participou nesta terça-feira do terceiro e último seminário do ciclo de debates sobre “Novos modelos para a saúde”, realizado pelo GLOBO, com apoio da Revista Época e patrocínio da Amil, no Museu de Arte do Rio (MAR). As discussões, mediadas pela editora de Economia do GLOBO, Flávia Barbosa, tiveram como foco novos formatos e modalidades de pagamento de planos de saúde, e contaram ainda com a participação de Maria Inês Dolci, advogada especializada em defesa do consumidor e vice-presidente da Proteste — Associação de Consumidores; José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde (que representa as maiores empresas do setor), e Paulo Jorge Rascão, diretor de Produto da Amil.

Não há dúvida entre os especialistas sobre o diagnóstico: é preciso mudar o modelo de remuneração e de assistência do setor, atualmente balizado pelo pagamento por serviços que giram em torno da doença, para outro voltado para prevenção e promoção de saúde.

— A mudança do modelo assistencial pode ser muito mais célere com a entrada do empregador nessa discussão. Pois quem paga é que diz o serviço que quer receber. Hoje, os grandes empregadores ficam muito à margem dessa discussão sobre gestão de saúde, quando poderiam ser agente propulsor dessa mudança — sustentou Fonseca.

O protagonismo das empresas nesse debate não é à toa. O Brasil tem 47,4 milhões de usuários na saúde suplementar, ou um em cada quatro brasileiros. Uma fatia de 67% desse total é de planos coletivos empresariais, havendo ainda outra de 14% de planos coletivos por adesão — totalizando 81%. O restante é de planos

individuais, que têm o reajuste das mensalidades regulado pela ANS.

Para além da crise — que retirou desse mercado cerca de três milhões de pessoas nos últimos dois anos e meio —, as discussões se intensificam em torno da revisão do principal marco regulatório do setor, a Lei dos Planos de Saúde (9.656/98). Uma comissão especial vai apresentar um substitutivo a mais de 140 propostas para o setor na Câmara dos Deputados. Apesar de ainda não haver relatório do novo projeto de lei, mudanças como a criação dos chamados planos de saúde acessíveis ou populares — com preços mais baixos e cobertura reduzidas — ou ainda a autorização a planos com cobertura regionalizada estão no centro dos debates. É modelo que preocupa Maria Inês, da Proteste:

— A proposta de baixa cobertura por planos de saúde acessíveis é preocupante. É uma forma de maquiagem um problema que temos de saúde pública, transferindo a responsabilidade para a iniciativa privada. A mudança no rol de cobertura dos planos de saúde é para excluir tratamentos e procedimentos mais caros e complexos, que o consumidor teria de buscar no SUS. Não é boa ideia. E pode ampliar o buraco financeiro da rede pública de saúde e privada e incrementar a judicialização — diz a especialista.

Rascão, da Amil, destaca que é importante que o consumidor compreenda que saúde não é gratuita, nem no SUS, que é financiado por impostos:

— A Constituição de 1988 diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Mas não coloca que a saúde é responsabilidade de todos. Temos que ter uma visão de responsabilização. O desafio é dar tudo, a todos, o tempo todo, mas isso não é possível. Diante disso, é melhor não oferecer nada? Essa é uma discussão que teremos que fazer de forma amadurecida.

A discussão esquentada ainda com o posicionamento do ministro da Saúde, Ricardo Barros, defensor do modelo de planos populares,

ANS REALIZA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS –17/10/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai regulamentar o compartilhamento de riscos no setor e realizou, no dia 11/10, uma audiência pública para debater com a sociedade temas como a responsabilidade da operadora e o impacto para os beneficiários. O evento contou com a participação de mais de 60 representantes de operadoras de planos de saúde, que deram sugestões sobre a nova normativa que está sendo elaborada pela Agência, com objetivo de dar maior transparência sobre a utilização dos beneficiários em operações de corresponsabilidade para atendimento de forma continuada.

Na abertura, o diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca, falou que a minuta de normativa foi elaborada após a realização de cinco reuniões da Câmara Técnica responsável sobre o assunto. Segundo ele, “os próximos passos são consolidar as contribuições e formatar a versão final para ser apreciada em reunião da Diretoria Colegiada”.

O evento foi conduzido por Washington Alves, gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS, que fez uma apresentação sobre a proposta de resolução normativa. Também houve apresentação de três modelos de compartilhamentos de riscos: corresponsabilidade entre as operadoras para atendimento aos beneficiários, para oferta conjunta de planos e possibilidade de

que, no primeiro seminário do ciclo de debates, em agosto, sustentou que o aumento do número de pessoas atendidas pela saúde suplementar seria uma ferramenta para aliviar a demanda ao SUS. Barros afirmou que o mercado de saúde suplementar deveria ser livre, incluindo o reajuste das mensalidades dos planos individuais, atualmente regulado pelo governo. “Defendo que as pessoas possam acessar o que têm capacidade de pagar”, observou o ministro.

Atenção básica é aposta do setor

Cechin, da FenaSaúde — que reúne 23 operadoras de saúde no país com quase 29 milhões de beneficiários —, chama atenção para o aumento das despesas dessas empresas, que subiram 12,2% em 2016, para R\$ 161,5 bilhões, enquanto a receita cresceu 11,7%, para R\$ 160,5 bilhões.

— A despesa assistencial per capita subiu 19,2% em 2016, enquanto a inflação geral, medida pelo IPCA, avançou 7%, e o reajuste autorizado pela ANS (aos planos individuais) foi de 13,6%. A questão é que o número de beneficiários caiu e a sinistralidade (incidência de uso) subiu.

O diretor-presidente da ANS reconhece a pressão da inflação médica:

— O custo médico hospitalar das operadoras vem crescendo de 10% a 15% nos últimos 5 anos. É uma tendência inexorável e um desafio mundial.

Fonseca ressalta, no entanto, que a discussão não pode se restringir a custo, é preciso rever o modelo assistencial. Rascão concorda e aposta na atenção primária como novo modelo:

— A medicina de família contribui para a redução de custos e melhora na saúde do usuário. Esse é o modelo de futuro, que foca na redução dos fatores de risco e no estímulo a hábitos saudáveis.

criação de fundos mútuos para despesas assistenciais (neste terceiro método, a ANS usou como base o modelo das operações de cosseguros). Segundo ele, “as contribuições foram boas para a reflexão sobre aspectos operacionais”.

Um dos pontos apresentados na audiência foi a motivação para o compartilhamento de riscos. Entre as razões estão a viabilização de atendimento de beneficiários em local que operadora não possui relação contratual direta com rede e estratégia comercial/mitigação de riscos operacionais e financeiros – ganhos de escala e expertise com operação de planos. Os representantes de operadoras deram sugestões sobre pontos específicos da minuta da normativa e solicitaram esclarecimentos sobre a proposta.

A nova resolução normativa deve ser aprovada até o final do ano e sua entrada em vigor está prevista para o início de 2018.

AMIL VOLTA A OFERTAR PLANO INDIVIDUAL DEPOIS DE QUATRO ANOS

Veja –17/10/2017

Os valores dos planos vão variar de 126,21 reais (produto familiar com coparticipação) a 1.100 reais (acima de 59 anos sem coparticipação)

Maior operadora de planos de saúde do Brasil, a Amil vai voltar ao mercado de planos individuais depois de ter deixado de ofertar esse produto há cerca de quatro anos. Na contramão da maioria do mercado, que restringe essa oferta, a empresa espera ter ao menos 15.000 vidas na nova carteira até o fim do ano.

“Sempre houve por parte da operadora um interesse em voltar a oferecer esse produto, que representa uma fatia importante do mercado”, comentou o CEO da Amil, Sergio Ricardo Santos. De acordo com Santos, a companhia estudou formas de voltar ao mercado de planos individuais nos últimos anos e se concentrou em iniciativas de redução de custos.

Em 2013, a Amil se juntou a outras grandes do setor que vinham abandonando os planos individuais. As maiores seguradoras do ramo, como Porto Seguro, Bradesco Saúde e SulAmérica, já haviam tomado a mesma decisão. A explicação: o reajuste nos planos individuais é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os custos estavam em alta.

O novo produto será ofertado pela Amil com a marca Next Access, terá abrangência municipal e começa nas cidades de São Paulo e Guarulhos. Os preços partem de 126,21 reais, valor por beneficiário em produto familiar com coparticipação. O preço mais alto, para

pessoas na faixa de idade acima de 59 anos sem coparticipação, pode chegar a mais de 1.100 reais.

Uma das estratégias que possibilitaram a retomada dos planos individuais, diz Santos, foi a mudança no modelo de remuneração dos hospitais. No formato tradicional, chamado de “fee for service”, operadoras pagam os hospitais por cada serviço realizado ao longo do tratamento de um paciente. Esse modelo é visto como um causador de desperdício, já que incentiva a realização de procedimentos desnecessários. Novos modelos, no entanto, buscam incluir outras variáveis na conta, como a eficácia do tratamento, por exemplo.

A maioria dos hospitais no novo plano individual da companhia é da rede própria da Amil, mas Santos afirma que isso não é uma regra. “Hospitais que aceitarem o desafio de sair do ‘fee for service’ passam a ser candidatas a parceiros no lançamento do produto”, diz o executivo.

A Amil tem hoje mais de 6 milhões de beneficiários de planos médicos e odontológicos no Brasil e, segundo Santos, já há hospitais em conversas com a companhia e dispostos a evoluir no debate sobre os modelos de remuneração.

O CEO da Amil afirma que a operadora já tem acordos de novos modelos de remuneração com vinte hospitais e espera chegar a uma fatia de 23% de seu custo médico fora do “fee for service”.

A forma de remuneração aos hospitais deve ser determinante para uma decisão da Amil de expandir a oferta de planos individuais para outras regiões do Brasil.

Santos afirma que também contribuiu para a viabilização dos planos individuais um modelo de cuidados preventivos que passou a ser trabalhado pela Amil nos últimos anos. Da mesma forma, reduções de desperdícios e um controle mais intenso de fraudes foram importantes para reduzir os custos, diz o executivo.

PLANOS DE SAÚDE REJEITAM ATÉ 30% DAS INDICAÇÕES DE CIRURGIA

Veja –17/10/2017

Operadoras submetem milhares de casos a uma junta médica para segunda ou terceira opinião após o diagnóstico vindo do primeiro profissional

Operadoras de saúde reveem a necessidade de até 30% das cirurgias indicadas por médicos da rede privada. Isso é o que mostram balanços inéditos de duas das maiores operadoras do país, que submetem milhares de casos a uma junta médica para segunda ou terceira opinião após o diagnóstico vindo do primeiro profissional.

Na SulAmérica, que reavalia cerca de 450 pedidos por mês, 10% dos casos foram contraindicados. Na Amil, em que a junta médica revê 180 solicitações mensalmente, o índice de contraindicação integral é de 10%. Segundo as operadoras que adotam a medida, há três principais razões para a indicação desnecessária de cirurgia: discordância entre profissionais sobre o melhor tratamento a seguir, falta de conhecimento do médico sobre alternativas para cada doença e má-fé de alguns profissionais interessados em lucrar com o procedimento.

Além de rever a necessidade de procedimentos mais invasivos, as juntas são uma alternativa à crescente judicialização, que eleva gastos de empresas do setor. Medidas antifraude também se intensificaram nos últimos anos após a descoberta da máfia das

órgãos e próteses, esquema em que médicos e hospitais ganhavam comissões de fabricantes de materiais.

Já o Conselho Federal de Medicina (CFM) acredita que os números de cirurgias contraindicadas após reexame são exagerados e que casos do tipo são raros. “Existe, sim, a questão da fraude, de médicos interessados em comissões de fabricantes de materiais como órteses e próteses, mas esses casos são a minoria. Acreditamos que a maioria dos casos está relacionada ao fato de o profissional não estar tão atualizado sobre as opções terapêuticas”, afirma Andréa Matsushita, superintendente de operações e análise médica da SulAmérica.

Segundo Maria Alicia Lima Peralta, vice-presidente jurídica do UnitedHealth Group Brasil, grupo responsável pela Amil, a consulta a uma junta médica (terceira opinião) se dá quando há discordância entre o médico do paciente e aquele que representa a operadora. “Pelos regras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o profissional que vai desempatar deve ser independente e escolhido consensualmente pelo médico do beneficiário e o da operadora”, explica.

Na Amil, a maioria dos casos levados à reavaliação se refere à implantação das chamadas OPMEs (órteses, próteses e materiais especiais), como cirurgias que exigem colocação de pinos e parafusos.

Na SulAmérica, as especialidades que concentram o maior número de casos enviados à junta são bucomaxilofacial, ortopedia e neurocirurgia com subespecialidade em coluna e cirurgia plástica. “Se a operadora apenas nega a cobertura do procedimento, o

paciente pode não entender e entrar na Justiça”, diz Andréa, da SulAmérica.

A bailarina e personal trainer Pércida Freire Justo, de 59 anos, foi uma das pacientes que não fez a cirurgia após reavaliação da junta médica da SulAmérica. Por causa da profissão, ela desenvolveu hérnias na coluna e, há dois anos, o problema se agravou. “Estava com muitas dores, comecei a perder mobilidade. O médico olhou os exames e disse que a única solução seria a cirurgia. Saí do consultório desesperada porque ninguém se sente confortável ao saber que vai ter de passar por uma cirurgia na coluna.”

Ao pedir aval para o procedimento, foi procurada pela operadora para que fosse reavaliada pela junta. No caso, foram quatro médicos, de diferentes especialidades, que a examinaram. “Chegaram à conclusão que dava para tentar o tratamento de outra forma, com fisioterapia, quiropraxia. E foi o que fiz.”

Ela passou a fazer diferentes terapias três vezes por semana, por três meses, e as dores passaram. “Sempre pratiquei muito exercício e fortaleci a musculatura. Isso também ajudou”, diz.

COMERCIALIZAÇÃO ONLINE E PRESENCIAL DE PLANOS DE SAÚDE: TRANSPARÊNCIA É A PALAVRA-CHAVE

FenaSaúde –16/10/2017

“Consumidor desinformado é um consumidor insatisfeito”, afirma a presidente da FenaSaúde, durante o 20º Congresso Brasileiro dos Corretores de Seguros

‘O Setor de Seguros na Era Digital’ foi o tema do 20º Congresso Brasileiro dos Corretores de Seguros, realizado nos dias 12, 13 e 14 de outubro, em Goiânia (GO). Organizado pela Fenacor (Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados e de Resseguros, de Capitalização, de Previdência Privada, das Empresas Corretoras de Seguros e de Resseguros), o evento reuniu milhares de pessoas, entre corretores, seguradores e outros profissionais do mercado.

Simultaneamente, foi realizado o 4º Congresso Brasileiro de Saúde Suplementar, que contou com a presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Solange Beatriz Palheiro Mendes, no painel que discutiu ‘Seguro Saúde: realidade e perspectivas’. A executiva defendeu que não pode haver falta de informação no momento da contratação do seguro saúde, seja presencial ou online. “A transparência deve ser paradigma para a comercialização de planos de saúde, uma vez que a ausência de informações claras dificulta a compreensão do beneficiário sobre o que ele está contratando e, conseqüentemente, aumenta a judicialização do setor”, explica a executiva.

De acordo com Solange Beatriz, apesar dos avanços tecnológicos, o papel do corretor é fundamental para a realização de uma boa compra: “Consumidor desinformado é um consumidor insatisfeito. É com o corretor que se inicia toda a cadeia de produção dos serviços de seguros, inclusive do seguro saúde, por isso esse profissional deve se manter atualizado para fornecer ao futuro segurado todas as informações prévias à assinatura do contrato”.

Na avaliação da presidente da FenaSaúde, o consumidor precisa estar engajado e fazer parte da tomada de decisão sobre os

cuidados com a sua saúde e citou como exemplo o movimento ‘Choosing Wisely - 5 Perguntas para se fazer ao seu médico antes de um tratamento ou procedimento’. Com o objetivo de reduzir desperdício no sistema de saúde e promover a segurança do paciente, a American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM Foundation) lançou em 2012 a campanha Choosing Wisely, que em português significa “escolhendo sabiamente”. A ideia é avaliar o que é necessário ou não para proporcionar um cuidado mais seguro e eficaz.

Otimismo - Segundo a presidente da FenaSaúde, nos últimos dois anos a Saúde Suplementar perdeu cerca de dois milhões e meio de beneficiários em decorrência da crise econômica que atingiu o país. Ainda assim, Solange Beatriz ressalta que em sintonia com os sinais de recuperação da atividade econômica, diminui o ritmo de queda no número de beneficiários de planos de assistência médica. “Nos últimos dois meses, o número de adesões superou o de cancelamentos e 125 mil novos vínculos foram criados neste tipo de segmentação assistencial. A dinâmica do mercado de trabalho é um dos principais impulsionadores do setor de saúde suplementar, situação que tem sido reafirmada, diante da geração de postos de trabalho e redução da taxa de desocupação”.

A presidente da FenaSaúde também chamou a atenção para o crescimento do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, onde o saldo é positivo – em todos os meses desde julho de 2016, totalizando 22,6 milhões de beneficiários (32,3% do total), em julho de 2017, com expansão de 7,6% na comparação com o mesmo período do ano anterior. “Trata-se da maior taxa de variação registrada desde março de 2013. Esse crescimento pode ser atribuído a uma crescente demanda da população com necessidades odontológicas, frente às dificuldades de acesso aos serviços público e também a confiança no produto oferecido pela saúde suplementar”, afirmou.

O painel de debate também contou com as presenças de Amílcar Viana, diretor de Seguros Saúde e de Planos de Saúde Suplementar da Fenacor; Rodrigo de Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial (Dides) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Manoel Peres, presidente da Bradesco Saúde; e Gabriel Portella, presidente executivo da SulAmérica.

SAÚDE DEVE SER IMPACTADA POSITIVAMENTE PELA ECONOMIA BRASILEIRA

SaúdeBusiness –16/10/2017

Nos últimos cinco anos a economia brasileira apresentou forte retração, impactando diversos setores da sociedade com alta na inflação e na taxa de desemprego. No entanto, especialistas acreditam que nos próximos cinco anos haverá muitas mudanças, como a aceleração da economia e a redução da tensão política, pontos que auxiliam na boa reputação do Brasil.

“Precisamos olhar para frente e entender o que vai acontecer. Nos próximos anos inicia-se um novo ciclo, tudo será diferente. As transformações serão perceptíveis, especialmente na área da saúde, onde novos modelos de instituições devem ganhar importância e força”, avalia Roberto Padovani, economista e assessor do Ministério da Fazenda na implementação do Plano Real.

Assim como em outros mercados, o desemprego atingiu também o setor da saúde, em poucos anos houve retração de mais de 90% na geração de empregos, este dado confirma a queda nos custos com instituições e profissionais e a influência da alta na inflação. “Olhando para os próximos anos, considerando a retomada da economia do país, é preciso que as empresas que atuam no setor

de healthcare considerem sua consolidação e se preocupem com a concorrência, aumentando a escala e a eficiência”, comenta Roberto Ribeiro da Cruz, CEO da Pixeon, uma das maiores empresas nacionais de tecnologia para saúde.

O cenário de mudança positiva da economia reserva bons frutos para a população brasileira, como a formalização do emprego e a recuperação da renda. “Podemos esperar um lento ajuste econômico, mas com influência na queda da inflação e na formalização da mão-de-obra a médio prazo”, analisa Padovani. O CEO da Pixeon completa dizendo que na área da saúde as mudanças serão mais perceptíveis no setor privado, que deve estar mais atrativo para receber novos modelos e investimentos.

O interesse no mercado da saúde é reforçado pela recuperação econômica. O momento atual da saúde no país segue na direção do serviço público, uma vez que, desde 2014, com a alta taxa de desemprego, muitos brasileiros trocaram seus convênios pelo sistema público. Atualmente esse serviço é responsável pelo

atendimento de mais de 150 milhões de pessoas e de modo sobrecarregado também pelo aumento na expectativa de vida da população.

Contudo, segundo Roberto Ribeiro da Cruz, essa tendência deve se reverter com o retorno de parte desses usuários para planos de saúde particulares mais acessíveis. “Pessoas passam a ser mais exigentes com a saúde e migram para planos e convênios com custos mais próximos de sua realidade. Instituições privadas atraem novos participantes nacionais e estrangeiros”, observa o executivo.

As perspectivas para os próximos anos são, principalmente, os investimentos em medicina diagnóstica, os aportes estrangeiros, a verticalização dos planos de saúde e as clínicas populares, que estão conquistando mercado e já obtiveram crescimento de 17% no faturamento do primeiro trimestre de 2017.

MODELO DE PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL PROPOSTO PELA FENASAÚDE É APROVADO EM ENQUETE

FenaSaúde –16/10/2017

Pesquisa de opinião organizada pela Federação aconteceu durante o 3º Fórum de Saúde Suplementar

Durante a realização do 3º Fórum de Saúde Suplementar, no início do mês, 92 pessoas – de 55 empresas e entidades – participaram de enquete elaborada pela FenaSaúde sobre o modelo de plano acessível proposto pela Federação. “A proposta da FenaSaúde não reduz cobertura, apenas traz um conjunto de mecanismos que traz racionalidade, transparência e competitividade. E como consequência, poderá promover uma redução de custos entre 20% a 25%”, explica Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Segundo o levantamento, 64% dos participantes comprariam o plano elaborado pela FenaSaúde com os seguintes dispositivos em um produto único: atendimento hierarquizado, adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, segunda opinião médica em casos de alta complexidade, coparticipação e plano regionalizado de acordo com a infraestrutura local.

“Com essa enquete, nosso objetivo foi trazer uma percepção do setor sobre o modelo de plano de saúde acessível elaborado pela FenaSaúde. Independente da formatação do produto a ser regulamentada, o consumidor não deve mais ser tratado como incapaz de definir o que é melhor para si. O importante é que tenha informações suficientes para exercer seu direito de escolha, com plenitude. É preciso dar opções ao beneficiário, de forma clara e compatível com sua renda”, explica a presidente da FenaSaúde.

A enquete da FenaSaúde fez um levantamento sobre a aprovação ou não de cada mecanismo da proposta de plano de saúde acessível criado pela Federação. Todos os dispositivos tiveram uma avaliação positiva: atendimento hierarquizado, com médico generalista (61%); adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (78%); segunda opinião médica em casos de alta complexidade (92%); coparticipação (63%); e plano regionalizado (74%). Com esses dispositivos em um produto único, a FenaSaúde acredita que haveria uma redução de custos na ordem de 20%.

A proposta de plano de saúde acessível precisa de uma regulamentação específica, própria do produto. O relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apontou que diversos mecanismos apresentados já são comercializados. Mas é preciso que essas regras estejam compreendidas em único produto, o que dará racionalidade e transparência na relação entre consumidores, prestadores de serviço e operadoras, estimulando a concorrência e a aquisição do plano.

MERCADO QUER ENTENDER COMO MANEJAR A SAÚDE SUPLEMENTAR

Revista Apólice –16/10/2017

A saúde suplementar também foi tema do 20º Congresso de Corretores, no segundo dia de evento

Como mediador, Amílcar Viana, diretor de saúde da Fenacor, apresentou o painel ressaltando que os players do mercado se deparam hoje com o desafio de descobrir como manejar a saúde suplementar.

Rodrigo Aguiar, diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), iniciou a apresentação sobre a regulamentação da agência referente à venda de plano de saúde online. Primeiramente, a venda conectada deverá conter todas as informações necessárias, tal qual um contrato fechado presencialmente. Com o diferencial do direito

do arrependimento, com o qual o beneficiário pode cancelar a contratação feita online em até sete dias.

A ausência de informações claras pode dificultar o pleno entendimento do beneficiário. Se o cliente não sabe a que tem direito isso leva ao aumento da judicialização, portanto ter clareza é primordial para evitar insatisfação. “Essa insatisfação obriga que a ANS intervenha na relação entre operadora e beneficiário, que deveria ser direta”, apontou Aguiar. Essa clareza, portanto, deve partir dos corretores, que mantendo seus clientes bem informados são capazes de evitar prejuízos ao mercado como um todo.

Economia e mercado

O mercado de saúde é totalmente influenciado pela falta de renda e o desemprego no País. “Em 2016 tivemos uma grande depressão, mas em 2017 estamos bastante otimistas com expectativa de crescimento para o setor. 2018 será melhor”, afirmou a presidente da FenaSaúde, Beatriz Palheiros Mendes, que confia na estabilização e recuperação do emprego que, segundo ela, tem superado as expectativas. “Nós perdemos 2,5 milhões de beneficiários, mas a perda do emprego foi de 2,7 bilhões”, apontou

a presidente da entidade, reforçando que, mesmo com redução, o mercado de saúde suplementar ainda se saiu melhor do que se esperava diante da defasagem da economia.

A preocupação mais urgente, no entanto, continua sendo o fato das despesas separarem as receitas da saúde suplementar. "O segmento conquistou a confiança desses beneficiários e tem sido demandado", afirmou. Os planos coletivos empresariais ainda têm força, apesar das perdas recentes, mas ainda são peças importantes para fazer o mercado crescer. Foram 185 mil novos beneficiários.

Despesas

Os desperdícios na saúde continuam, pois mesmo com queda no número de beneficiários, as despesas com os procedimentos médicos só crescem. O alvo é ter mais clareza e para Solange Beatriz, o mercado conta muito com os corretores de seguros para que isso seja feito. "O corretor tem direitos, mas tem deveres que implicam nos direitos e deveres dos outros. Precisa ser uma via de

mão dupla", afirmou. Ela também coloca como dever do próprio consumidor em ser mais informado, buscar respostas e questionar o que é oferecido dentro do mercado.

No entanto, Solange discorda que o corretor seja representante da operadora. Para ela, o corretor tem que representar o interesse do segurado. "O papel do corretor é ajudar o consumidor a fazer uma boa compra. É um papel fundamental", disse Solange, que completou: "consumidor desinformado é consumidor insatisfeito".

A partir de 1998, o mercado de saúde suplementar brasileiro começou a se formar, afirmou Gabriel Portela, presidente da SulAmérica que acredita que o mercado precisa se unir, que a Fenacor e a CNSeg precisam se envolver mais. A agência não vai se intrometer, mas vai regular. nós somos os responsáveis por gerar produtos e alternativas. "A gente usa big data para conhecer o que vocês corretores já conhecem: os clientes. Não precisamos de tanta tecnologia quando temos vocês", afirmou Portela. Seja o que for, a tecnologia encontrará o mercado de seguros muito bem.

GOVERNO TRUMP SUSPENDE SUBSÍDIOS DO OBAMACARE A PLANOS DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –13/10/2017

Um corte imediato dos subsídios do governo dos EUA a fornecedores deve afetar profundamente o mercado local de planos de saúde, aumentando preços do serviço e afetando a cobertura de ao menos 7 milhões de beneficiados pelo Obamacare, sistema criado por Barack Obama.

Depois de assinar um decreto autorizando a venda de planos de curto prazo e cobertura mais enxuta, revertendo regras de seu antecessor na Casa Branca, o presidente americano Donald Trump acaba de anunciar a suspensão de cerca de US\$ 9 bilhões, ou R\$ 28,3 bilhões, em estímulos a fornecedores.

Nos próximos dez anos, US\$ 100 bilhões, ou cerca de R\$ 315 bilhões, seriam gastos para manter os preços dos planos mais acessíveis a famílias mais pobres do país.

Mas, de acordo com um comunicado da Casa Branca, o governo não pode realizar esses pagamentos. "O Congresso precisa revogar e substituir a desastrosa lei do Obamacare e dar alívio real ao povo americano", afirma o texto.

Uma parcela dos republicanos, colegas de partido de Trump, faz coro, defendendo o corte e afirmando que um presidente, no caso Obama, não poderia ter determinado esses pagamentos, já que cabe ao Congresso controlar o dinheiro do governo federal.

Mas, na visão de prestadores de serviço, a medida deve aumentar o custo para usuários em até 15%, inviabilizando de vez o Obamacare e deixando milhões de americanos de fora da cobertura.

Nesse sentido, Trump, que tenta derrubar o sistema do antecessor desde que foi eleito, cria problemas até para o próprio partido a um ano das eleições para o Legislativo, forçando o Congresso a aprovar uma alternativa na área da saúde ou buscar fundos para futuros pagamentos.

Democratas agora se mobilizam contra o presidente para defender os subsídios.

"O que ele está fazendo é letal. Não é só destrutivo, é letal", diz Nancy Pelosi, deputada líder da oposição. "Temos de barrar essas medidas porque pessoas vão morrer."

Parlamentares dos dois partidos vêm se esforçando para convencer Trump a mudar de ideia, receosos de sofrer retaliação nas urnas.

Nos bastidores, Trump já sinalizou que os pagamentos poderão continuar caso um acordo bipartidário seja selado no Congresso.

ANS DISPONIBILIZA PESQUISA SOBRE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

ANS –11/10/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza, a partir desta quarta-feira (11/10), uma pesquisa a respeito da minuta de relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) sobre Mecanismos Financeiros de Regulação - Coparticipação e Franquia, deixada como legado pela gestão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), cujo mandato se encerrou em 11 de maio de 2017.

O objetivo dessa pesquisa é reunir contribuições adicionais da sociedade em relação ao documento elaborado, a fim de que a nova Diretoria de Desenvolvimento Setorial possa dar encaminhamentos finais ao Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia.

O conteúdo da AIR sobre Mecanismos Financeiros de Regulação já vem sendo discutido há algum tempo na ANS, inicialmente no âmbito do Grupo de Trabalho Interáreas, que envolvia as Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos e Diretoria de Fiscalização e, após, no âmbito do Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia. Contudo, em razão das recentes mudanças ocorridas no corpo diretivo da ANS, optou-se pela disponibilização da minuta do documento para nova colheita de contribuições, desta vez focada nas próprias motivações apresentadas para adoção da medida regulatória proposta.

O relatório está dividido em cinco capítulos – Análise Preliminar, Análises Pós-Audiência Pública, Análises de Mercado, Utilização de Serviços Médicos e Minuta. Este último ponto refere-se ao texto preliminar, não definitivo, sugerido pela coordenação anterior do citado Grupo de Trabalho a partir dos estudos e das conclusões até então empreendidos, e não representa, ainda, uma proposta efetiva e concreta de uma Resolução Normativa (RN).

Qualquer pessoa poderá contribuir com a pesquisa. No formulário disponibilizado na internet, há espaço para as considerações ao fim

de cada item dos capítulos do documento. Cabe ressaltar que não serão divulgadas as contribuições de forma individualizada.

As contribuições adicionais, em conjunto com outras recebidas no âmbito do GT e da Audiência Pública, servirão de base para conclusão da medida regulatória mais adequada para tratamento do tema.

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: ANS DIVULGA RESULTADOS DO PROGRAMA

ANS –11/10/2017

Já está disponível para consulta o resultado final do Programa de Qualificação das Operadoras 2017 (ano-base 2016) - uma das principais e mais antigas iniciativas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o estímulo à qualidade dos planos de saúde.

Os resultados do Programa são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que varia de zero a um, com o objetivo de aferir o desempenho global das empresas, e é calculado a partir de indicadores definidos pela ANS distribuídos em quatro dimensões: Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação.

A [minuta está disponível aqui \(clique para acessar o link\)](#) e a pesquisa pode ser respondida através [deste link \(clique aqui para acessar o formulário\)](#) até o próximo dia 25 de outubro.

Para o ano-base 2016, o IDSS médio do setor foi de 0,80, um crescimento de cerca de 37% em relação ao IDSS médio do setor do ano-base 2010, que foi de 0,58, o que demonstra uma evolução positiva do desempenho do setor ao longo dos anos.

O Programa está em aprimoramento contínuo desde a sua primeira divulgação, há 12 anos, e tem como objetivo aumentar a transparência do setor e permitir as melhores escolhas por parte dos consumidores de planos de saúde. Na plataforma eletrônica de divulgação, os resultados foram apresentados por operadora, incluindo as opções de seleção por segmento (médico-hospitalar ou odontológica), faixa de avaliação e possibilidade de comparar na mesma tela os resultados das empresas. Além disso, estão disponíveis no portal da ANS diversos relatórios consolidados, incluindo o histórico dos resultados do IDSS por operadora desde o ano-base 2008.

As operadoras terão o prazo de 15 dias, de 11/10 a 26/10, para apresentar recurso à ANS, por escrito, caso discordem dos resultados finais do IDSS 2017 (ano-base 2016).

[Confira o Índice de Desempenho das Operadoras 2017.](#)
[Confira o Relatório da Qualificação das Operadoras 2017.](#)

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