

17 de outubro de 2018

NÃO HÁ SOLUÇÃO SIMPLES PARA A SAÚDE PRIVADA

Folha de S. Paulo –17/10/2018

É preciso saber que há diferenças entre plano de saúde e cartão pré-pago para exames e consultas

A disrupção —inovação que cria um novo mercado e afeta os negócios de empresas tradicionais— está mudando a vida do consumidor. Aumentou, por exemplo, a concorrência entre táxis e transporte via aplicativos, e ampliou a oferta de hospedagem fora de hotéis. Também cresce em áreas como TV por assinatura e finanças. Mas o maior potencial de impacto talvez seja na saúde, com novidades como cartões de desconto e pré-pagos para exames e consultas. O consumidor, porém, deve saber que há diferenças entre plano de saúde e estes serviços.

As maiores despesas na medicina ocorrem com cirurgias e internações, principalmente em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Quem decidir abrir mão do plano de saúde em função dos preços elevados, portanto, terá de poupar para uma situação destas, em que eventualmente necessite desembolsar muito dinheiro ou recorrer ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Alguns exames mais sofisticados também são caros, mas nada se compara, por exemplo, aos cuidados pós-cirúrgicos de uma traqueostomia (procedimento de abertura da traqueia para facilitar a respiração), a cirurgias de coração aberto e a transplantes.

Deve-se observar, também, que os cartões pré-pagos e de descontos não têm garantias como o Rol de Procedimentos da ANS, agência reguladora da saúde suplementar.

AVANÇA PROJETO QUE OBRIGA AGÊNCIA REGULADORA A PRESTAR CONTAS AO CONGRESSO

Agência Senado –17/10/2018

A prestação de contas obrigatória anual das agências reguladoras ao Congresso Nacional foi aprovada nesta quarta-feira, 17, na Comissão de Assuntos Sociais (CAS). A intenção do PLS 13/2013, do senador Waldemir Moka (MDB-MS), é dar transparência a esses órgãos e facilitar o trabalho fiscalizador do Legislativo.

O relator da proposta, Dalirio Beber (PSDB-SC), apresentou parecer favorável na forma de substitutivo que impõe essa determinação a todas as agências reguladoras e prevê as condições de apresentação do plano estratégico quadrienal e do plano de gestão anual delas. Segundo o senador, a gestão e o controle social dessas instituições serão exercidos com base em plano estratégico setorial, elaborado a cada quatro anos por cada agência. Ele rejeitou outros sete projetos de lei de Moka, de conteúdo semelhante, que tramitavam em conjunto.

O crescimento das vendas destes cartões não decorre somente de dificuldades financeiras dos consumidores, mas também da escassa oferta de planos de saúde individuais ou familiares, especialmente no caso de pessoas idosas.

Como a longevidade está aumentando nas últimas décadas, é fundamental fazer poupança desde a juventude para garantir tratamento médico na chamada terceira idade.

Nos últimos anos, algumas operadoras têm se dedicado à assistência médico-hospitalar para pessoas com mais de 50 anos. Para reduzir os preços, utilizam uma rede de clínicas, laboratórios e hospitais próprios. O consumidor, neste caso, tem se contentar com estes recursos.

Sempre podemos ter fé de que o SUS seja mais bem administrado e que receba mais recursos, a fim de cumprir plenamente seu papel na saúde pública. Mas não há, no horizonte próximo, estimativa de exponencial aumento de dinheiro para a saúde, pois o déficit fiscal do Brasil é gigantesco.

Gostaria, sinceramente, de comentar um quadro bem melhor do que este, mas, por enquanto, a única esperança para o futuro é o emprego da inteligência artificial na medicina, unificando dados sobre os pacientes, e os registros sobre doenças e tratamento, a um custo muito mais acessível, como cogita o historiador Yuval Noah Harari, em seu livro “21 lições para o século 21”.

Maria Inês Dolci

Advogada especialista em direitos do consumidor, foi coordenadora da Proteste (Associação Brasileira de Defesa do Consumidor).

Dalirio aponta que, atualmente, os relatórios submetidos pelas agências reguladoras apresentam ausências graves em questões simples, como a evolução dos preços praticados pelo país ou a aferição do investimento necessário para se iniciar a oferta de um serviço em determinado município ainda desatendido. Segundo ele, o simples relato do que a agência fez em um ano não fornece meios de comparação ou de crítica fundamentada. É isso que o projeto pretende resolver.

Entre as instituições abrangidas pela futura lei estarão a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel); a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP); a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e a Agência Nacional de Águas (ANA).

A presidente da CAS, Marta Suplicy (MDB-SP), acredita que o PLS 13/2013 ajudará a mudar o comportamento dessas agências reguladoras que, segundo ela, atuam sem regulamentação.

Agora o projeto será analisado pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) e, em seguida, pela Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC). Depois, deverá passar ainda pela Comissão de Serviços de Infraestrutura (CI), onde receberá decisão terminativa.

HOME CARE É ALTERNATIVA PARA EVITAR SOBRECARGA EM LEITOS HOSPITALARES

SaúdeBusiness –15/10/2018

O setor já emprega mais de 53 mil colaboradores em todo o Brasil

O setor de Atenção Domiciliar – muito conhecido como Home Care – teve um crescimento bastante expressivo nos últimos anos no Brasil. Em 2012, eram 18 empresas atuando nesse mercado. Hoje, são 676. Os números são de um levantamento da Fipe (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), encomendado pelo NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar) e realizado entre agosto de 2017 e maio deste ano. O levantamento analisou o setor de serviços de atenção domiciliar e apontou os impactos de cenários de retração de oferta.

O estudo aponta também que, mesmo com o crescimento dos últimos anos, o espaço para expansão do segmento no Brasil ainda é grande.

“Temos uma população de mais de 210 milhões de habitantes, sendo que 43 milhões têm algum tipo de plano de saúde, ou seja, são usuários em potencial de Atenção Domiciliar. Portanto, há muito espaço para uma expansão ainda maior”, afirma Dr. Ari Bolonhezi, diretor do NEAD e coordenador do Censo 2018.

Um espaço que vai sendo preenchido à medida que a população adquire um melhor entendimento sobre o setor, percebe a evolução profissional das empresas e dos colaboradores que atuam em Home Care e a necessidade de melhor gestão de recursos e custos na saúde, o que é muito positivo, pois uma retração agora obrigaria, entre outras coisas, a criação de muitos leitos hospitalares, além de

ter forte impacto na empregabilidade na área da saúde. O setor hospitalar já está sobrecarregado e exigiria uma manobra intensa e quase impossível para alojar os pacientes de Atenção Domiciliar.

Para se ter uma ideia, segundo o levantamento da Fipe, a interrupção dos serviços de Home Care hoje no Brasil obrigaria a criação de aproximadamente 16 mil novos leitos hospitalares, o que equivale a todos os leitos do estado de Santa Catarina, por exemplo.

Outro impacto seria sentido na mão de obra empregada pelo setor, que é de quase 53 mil colaboradores, entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros. Sabe-se que este número é maior, pois o levantamento feito pela FIPE analisou apenas as empresas encontradas no CNES (676 instituições). O último Censo NEAD 2013 apresentou o número de 230 mil profissionais empregados, analisando todo o setor que compõe a rede de serviços de atenção domiciliar.

Aperfeiçoamento do setor

A Atenção Domiciliar (home care) é uma modalidade relativamente nova no Brasil, pelo menos no seu formato atual. Porém, inúmeras empresas do setor já possuem certificados de qualidade, nacionais e internacionais, o que mostra a preocupação quanto ao profissionalismo nessa área.

O NEAD existe há 15 anos e, nesse tempo, vem procurando estreitar o relacionamento com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e com as autoridades brasileiras da Saúde, na busca pelo ordenamento do setor, seja através da regulamentação justa e moderna ou por normatização.

“As autoridades precisam conhecer e entender o setor e sua importância na gestão da saúde, de leitos e na prevenção e promoção de saúde”, destaca Bolonhezi.

CONGRESSO NO RIO PROPÕE REDUÇÃO NO NÚMERO DE CESÁREAS NO PAÍS

Agência Brasil –15/10/2018

A necessidade de reduzir as elevadas taxas de cesáreas é um dos temas em debate no 32º Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), aberto ontem (14), no Rio de Janeiro. No Brasil, esses números não são novidade, disse hoje (15) à Agência Brasil o diretor da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Corintio Mariani Neto.

O diretor alertou, porém, que embora as taxas venham se mantendo estáveis nos últimos anos, ainda são muito altas no Brasil. Países como a Holanda, por exemplo, apresentam taxa média inferior a 15%, informou. Na Europa, a taxa alcança 25% e nos Estados Unidos, 32,8%. A Febrasgo vai aproveitar a realização do congresso da FIGO, que se estenderá até o próximo dia 19, para divulgar campanha permanente da entidade sobre o tema. A Febrasgo quer que sejam adotadas no país condutas para reduzir a quantidade de cesáreas, com a adoção de equipes multiprofissionais que incluam a enfermeira obstétrica e a obstetrix.

Cultura

Segundo Mariani Neto, alguns fatores contribuem para a alta taxa de cesáreas no país. A primeira é o desejo da paciente. “Ela querer o parto cesárea.” Outro ponto é que as mulheres estão engravidando

pela primeira vez tardiamente, o que aumenta a chance de surgir indicação de cesariana.

De acordo com o médico, o obstetra que faz o pré-natal no Brasil fica disponível para a paciente 24 horas por dia até o momento do parto. “A cultura de assistência integral torna incompatível para um obstetra que faz dez partos por mês manter um consultório de grande movimento”, afirmou.

“Nós não temos ainda discriminada a cultura da equipe multiprofissional, que existe no resto do mundo. Estamos tentando aqui a inserção da enfermeira obstétrica, da obstetrix, para acompanhar o trabalho de parto quando não há intercorrência, o que diminuiria a necessidade de o médico obstetra estar presente durante todo o trabalho de parto”.

Ele comentou que o aprendizado hoje já não é o mesmo de décadas atrás. Por isso, muitos obstetras têm mais habilidade de conduzir uma cesariana do que acompanhar o parto normal “São vários fatores que levam ao aumento dos partos cesáreos. Não há uma causa única”.

Parto Adequado

O diretor da Febrasgo destacou que já existem no país algumas iniciativas, com apoio do Ministério da Saúde, como o Projeto Parto Adequado, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tenta mostrar como a inserção da enfermeira obstétrica e da obstetrix é importante na equipe, porque acaba diminuindo a taxa de cesáreas. As maternidades brasileiras que participaram na segunda fase do Projeto Parto Adequado aumentaram em 8% o total de partos naturais em um ano, de acordo com resultados referentes a 2017,

divulgados em abril passado. Cento e vinte e sete hospitais e 62 operadoras de planos de saúde participaram do esforço.

Outro projeto é o *Ápice On*, lançado pelo Ministério da Saúde para qualificar e ampliar a atenção obstétrica e neonatal em hospitais de ensino, universitários ou que atuam como unidade auxiliar de ensino. O foco é o ensino adequado da residência obstétrica, como é praticada no mundo inteiro, disse Mariani Neto. "A meta é que os novos obstetras saiam mais conscientes do que a geração atual."

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecer que a taxa ideal varia entre 10% e 15%, o diretor informou que no mundo não é mais isso. "Hoje, a taxa mundial é de 21%, que é bem abaixo da taxa brasileira".

Equilíbrio

A maior segurança, visando o bem-estar da mãe e, principalmente, da criança, pode ter ampliado as indicações para as cesarianas, em vez de ficar insistindo no parto por via vaginal a qualquer custo.

PLANO DE SAÚDE: USADO POR 1 EM CADA 5 BRASILEIROS, SERVIÇO FICA À MARGEM DO DEBATE PRESIDENCIAL

O Globo -13/10/2018

Em três anos, saúde suplementar perdeu três milhões de usuários; reajustes foram equivalentes a quatro vezes a inflação

RIO - Em três anos, a saúde suplementar perdeu três milhões de usuários, que foram engrossar as filas do SUS. No ano passado, os reajustes nas mensalidades foram equivalentes a quatro vezes a inflação oficial (13,55%, contra 2,95%). Essa nova realidade ampliou as discussões sobre mecanismos para regular o uso dos planos de saúde, como franquia e coparticipação, novas fórmulas para o aumento das mensalidades e mudanças na forma de atendimento aos beneficiários. Apesar de um em cada cinco brasileiros ter plano de saúde - 47,3 milhões de pessoas -, o tema ficou praticamente à margem do debate na eleição presidencial.

O setor, que movimentou R\$ 179,3 bilhões, em 2017, aparece em uma única linha do programa de governo do candidato Jair Bolsonaro (PSL), no item que trata de credenciamento universal de médicos: "Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde".

A saúde suplementar ocupa um parágrafo do material do candidato Fernando Haddad (PT), no item que trata da "Saúde como direito fundamental". O programa afirma que o governo atual criou regras que prejudicam os usuários de planos de saúde, rejeita a proposta dos chamados "planos populares", com coberturas restritas, e afirma que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são essenciais para "reduzir os gastos dos trabalhadores, das famílias e dos empregadores com remédios, planos, médicos e hospitais".

Diante da falta de informações detalhadas nos planos dos candidatos sobre o tema, O GLOBO enviou um questionário com perguntas para as duas campanhas. Os assuntos abordados incluem aumento de preços, custos do setor, oferta de serviços e regulação pela ANS. Desde segunda-feira foram feitas tentativas de contato por telefone, e-mail e mensagens por WhatsApp para esclarecer a visão de Bolsonaro sobre o setor, mas não houve retorno. No primeiro turno, O GLOBO já havia tentado obter informações sobre o tema e procurou assessores do candidato por e-mail e telefone ao longo de três semanas, mas não obteve resposta.

Polêmica dos reajustes

"Porque isso também é muito ruim", admitiu Mariani. Para ele, é preciso que haja um equilíbrio. "Precisamos continuar batalhando para que alguma coisa a mais seja feita para que não haja tantas cesarianas no Brasil, principalmente na medicina de grupo e na medicina privada. Nos hospitais públicos, esse problema não é tão sério".

Em relação à remuneração dos médicos obstetras, o diretor da Febrasgo afirmou que é muito parecida no parto normal e no parto cesáreo. Advertiu ainda que muitas cesarianas são mal indicadas. Elas são agendadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, o que faz aumentar a quantidade de bebês que vão nascer prematuros.

O correto, segundo Mariani, é tanto a gestante como o obstetra terem consciência de que, a princípio, se tudo estiver normal, a lógica é aguardar que a mãe entre em trabalho de parto e que esse parto seja normal. "Quanto menos interferência de um lado e de outro, maior a chance de ter um parto normal".

A campanha do candidato do PT informou que o "setor suplementar precisa atuar de forma articulada com o SUS para garantir mais saúde à população". Por e-mail, foi dito ainda que Haddad trabalharia com o setor para identificar medidas que garantissem a sustentabilidade das operadoras, mas que oferecessem um modelo de atenção mais integral e voltado para os usuários.

"Toda ação do governo será orientada para a redução de valor cobrados dos usuários", respondeu a assessoria do candidato petista ao GLOBO.

O governo, acrescentou a campanha, vai cobrar mais transparência dos planos e a implantação de prontuários eletrônicos - medida que prevê o compartilhamento de dados entre o SUS e a rede privada, visando a elevar a eficiência no atendimento. A campanha faz a ressalva de que é necessário proteger dados sensíveis dos cidadãos. Além disso, outra proposta é introduzir formas de controle do reajuste dos planos coletivos, que representam a maioria do mercado, mas não são regulados pela ANS.

Na avaliação de Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), as propostas dos dois candidatos são muito diferentes.

- Se considerarmos, por exemplo, as dez pautas prioritárias do Idec nessas eleições em relação à saúde, que inclui o SUS, Bolsonaro teve 13,33% de adesão às propostas, apesar de não mencionar planos para o setor suplementar. Já o programa de Haddad adere a 73,33% das pautas. Contudo, falta ao candidato do PT esclarecer vários pontos, como quais serão os critérios para indicação de diretores à ANS e como pretende promover mais transparência no setor.

Política de longo prazo

Para o médico Marcio Meirelles, um dos fundadores do Observatório da Saúde - ONG criada para analisar assuntos relacionados à prevenção e à promoção da saúde no país -, apesar de ser desejável que os planos privados e o SUS trabalhem em parceria, há muita dificuldade de colocar esse projeto em prática.

- As medidas propostas para isso estão em desacordo com os interesses dos planos de saúde: transparência na utilização de recursos, controle de reajustes dos planos coletivos e proteção da ANS de interesses políticos.

Também favorável a uma atuação mais articulada entre serviços públicos e privados, a presidente da Federação Nacional da Saúde Suplementar (Fenasaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, acrescenta que toda proposta de aumento de transparência é bem-

vinda pelo setor. Ela pondera, no entanto, que a ideia de proteger o consumidor pelo controle de reajustes dos planos coletivos, prevista no programa do PT, pode ter consequências desastrosas. O controle de reajustes dos individuais, disse, levou ao sumiço desse tipo de contrato do mercado. Hoje, os planos coletivos representam cerca de 80% do total.

A Fenasáude defende, inclusive, uma política de reajuste mais liberal para os planos individuais, que permita aumentos acima do teto estabelecido pela ANS quando houver apresentação de dados que comprovem a necessidade de percentuais maiores.

REEMBOLSO CORRESPONDE A 31% DOS GASTOS DE PLANOS DE SAÚDE

O Globo –13/10/2018

Hoje, o reembolso de honorários médicos corresponde, em média, a 31% dos gastos das empresas de planos de saúde no Brasil.

PROJETO DO PREVSAÚDE ESTÁ PARADO NO SENADO

Valor Econômico –11/10/2018

Pressão nos custos com a saúde privada, com planos perdendo segurados; necessidade de desafogar o Sistema Único de Saúde (SUS), incapaz de atender à demanda crescente, e mudança de governo são os principais fatores citados por representantes das seguradoras que podem fazer o projeto VGBL Saúde sair do papel. A proposta de criar um produto que permita o pagamento dos planos de saúde na terceira idade - quando a renda cai, mas os custos com saúde aumentam - é antiga, mas o projeto que cria o VGBL Saúde, aprovado na Câmara em 2015, está parado no Senado. Mesmo assim, o presidente da Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi), Edson Franco, está otimista quanto ao encaminhamento em 2019.

"É um produto de forte apelo social porque uma das maiores despesas na aposentadoria é com saúde. É positivo para todos os elos da cadeia, seguradoras, usuários e também para o governo, que precisa reduzir a pressão sobre o SUS", comenta. Franco atribui parte da demora no encaminhamento do projeto no Senado ao clima político dos últimos anos, mas se diz otimista com avanços em 2019, principalmente após mudanças negociadas pelas seguradoras, representadas pela FenaPrevi, com o Ministério da Fazenda.

De autoria do deputado Lucas Vergílio (Solidariedade/GO), o Projeto de Lei 7052/14 que cria o VGBL Saúde propõe benefícios fiscais para incentivar o acúmulo de recursos para pagamento dos planos de saúde na aposentadoria. No momento do resgate, desde que seja para pagar plano de saúde, os ganhos estarão isentos do IR. Haverá a possibilidade de contratação individual ou mesmo por empresas, que dividiriam parte dos custos com os funcionários. O projeto chega ao Senado por meio de um substitutivo, segundo Franco.

"O produto passará a se chamar PrevSaúde, após mudanças negociadas com a Fazenda e que precisam ser aprovadas. Uma delas é que o plano passará a valer também para a previdência fechada, os fundos de pensão", diz Franco. Ele lembra que da forma como foi negociado não há renúncia fiscal. "Os gastos com saúde já são dedutíveis do IR e as empresas poderão, ao contribuir, fazer o abatimento, mas mantendo no limite de 20% as despesas operacionais, como já é."

Para Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o próximo governo deveria trabalhar em uma política de Estado para a saúde, de longo prazo, que mobilizaria não só o Ministério da Saúde, mas os da Fazenda, Educação e Planejamento:

- Numa política mais ampla, poderíamos trabalhar desde a formação do médico até o controle de importação de equipamentos, direcionando-os, por exemplo, para áreas sem infraestrutura.

A conclusão é de um levantamento inédito da gestora de riscos JLT Brasil. A pesquisa teve como base uma carteira de 750 mil pessoas, todas com planos corporativos de grandes e médias empresas.

A partir do resultado, é possível concluir que uma boa parte desses pacientes prefere se consultar com seus médicos de confiança, ainda que não sejam credenciados no plano. O reembolso, no fim, aumenta os gastos das operadoras.

No caso de haver contribuição patronal, haverá cláusula de vesting - conjunto de regras que o participante deve cumprir para ter acesso aos recursos das provisões decorrentes das contribuições pagas pela empresa, como mínimo de idade, anos de serviço etc.

Para o diretor de previdência da Icatu Seguros, Felipe Bottino, envelhecimento da população e custos ascendentes com saúde tornam o produto muito atrativo. "É uma solução importante, que nasce para resolver um problema. Estamos otimistas", comenta Bottino. O executivo acredita que o produto será particularmente interessante para a contratação direta por pessoas físicas, como os autônomos.

O executivo da Icatu lembra que para o produto dar certo é importante que ele seja híbrido, ou seja, que o segurado possa sacar quando quiser. "Claro que nesse caso ele perde benefício do imposto zero e passa a ser tributado como um VGBL normal, mas liquidez é importante para o brasileiro."

Para garantir a isenção tributária, o projeto estabelece que os recursos não transitem pelo segurado e apenas entre seguradora e plano de saúde, conforme explica Alfredo Lalia, presidente da Zurich Santander. "O mecanismo criado, para evitar fraude, fará com que nos resgates para pagar plano de saúde, a seguradora pague diretamente o operador de saúde, uma vinculação importante", diz Laila, destacando a relevância para toda a cadeia.

"É um projeto importante para segurados, governo e seguradoras que têm uma oportunidade de alavancar o produto no longo prazo e gerar valor para o cliente." O presidente da Zurich Santander diz que a seguradora tem interesse em trabalhar com o produto, quando for aprovado, e avalia que uma parte dos recursos no VGBL tabela regressiva deve migrar para o produto voltado à saúde. "É uma preocupação enorme do brasileiro, ter recursos na terceira idade para se cuidar. O segurado fará uma gestão de diferentes VGBLs e suas finalidades."

A Prudential do Brasil, seguradora que hoje atua apenas com seguros de vida, acompanha de perto as discussões em torno do VGBL Saúde e pode também ofertar o produto. "Hoje, não temos previdência na carteira, mas é um projeto que interessa porque vai ao encontro da nossa filosofia, de ajudar o cliente a gerir riscos", comenta Sandro Cespes, gerente de produto da Prudential do Brasil, que tem na carteira produtos com cobertura para doenças graves e despesas emergenciais. Sobre a demanda por produtos de longo prazo, como o que será debatido no Senado, Cespes vê o investidor brasileiro em evolução. "Acredito que a população brasileira - não sua totalidade -

já demande produtos de mais longo prazo e o VGBL Saúde se encaixa. Os brasileiros estão mais conscientes e preocupados com os custos da saúde principalmente quando mais se precisa." O executivo diz que para a parcela mais jovem, ainda pouco

preocupada com o futuro, cabe às seguradoras "mostrar a necessidade de um planejamento iniciado o quanto antes, inclusive para a saúde na terceira idade, justamente quando a capacidade produtiva fica menor e os custos sobem muito".

"COM A CRISE, SAÚDE PRIVADA ENTROU EM DEPRESSÃO", AVALIA ALEXANDRE RUSCHI

Estado de Minas –11/10/2018

Executivo diz que empresas do setor são as mais impactadas pelo modelo de atenção à saúde atual

São Paulo – O capixaba Alexandre Ruschi, presidente da Central Nacional Unimed, dona de um faturamento de R\$ 5 bilhões no ano passado, assumiu o comando da empresa em abril de 2017 com a missão de curar a falta de crescimento e baixa lucratividade da cooperativa que congrega 326 Unimeds em todo o Brasil.

De imediato, reduziu despesas, remodelou processos operacionais e renegociou contratos com parceiros e fornecedores. Deu certo. No ano passado, a empresa registrou seu melhor desempenho financeiro em 20 anos e se consolidou como a sexta maior operadora de planos de saúde do Brasil, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS).

O resultado operacional passou de R\$ 23,3 milhões negativos, em 2016, para R\$ 64 milhões no ano passado, e o resultado líquido avançou 32%, de R\$ 100,3 milhões para R\$ 132,5 milhões. Cirurgia geral, Ruschi é considerado um dos principais personagens da indústria da saúde no país.

"As empresas de saúde são as mais impactadas pelo modelo de atenção à saúde atual. Um modelo oneroso e ineficiente para o país que inclui a remuneração dos médicos, dos hospitais, dos prestadores de serviços, dos laboratórios, entre outros", afirma.

Quais são os maiores desafios para o setor da saúde privada no Brasil?

Os maiores desafios da saúde privada no Brasil são os mesmos em discussão na saúde pública. É preciso uma transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, que é baseado num acesso pouco monitorado. Com isso, o acesso a diversas especialidades médicas é realizado sem um adequado referenciamento e contra referenciamento. Ainda estamos na contramão do sistema de saúde mundial, que conseguiu ter uma orientação mais sustentável em longo prazo.

O problema está no modelo brasileiro?

O modelo brasileiro é copiado do americano, no qual o livre acesso a especialistas proporciona uma utilização exagerada, causa uma falta de acompanhamento e gera ineficiência, não só do ponto de vista de custos desnecessários, como também no monitoramento da saúde do indivíduo, que é totalmente fragmentado. Por isso, o principal desafio da saúde brasileira é conseguirmos reorientar o modelo de atenção à saúde, para que a porta de entrada se inicie pelo atendimento do médico de referência, por meio da atenção primária. Esse modelo vai permitir que o paciente consiga ter sua saúde monitorada ao longo da vida, com acompanhamento e avaliação da equipe de saúde.

Com a alta do desemprego, grande parte dos planos de saúde perdeu clientes nos últimos anos. Qual foi o impacto desse problema na Central Nacional Unimed e como a empresa administrou essa situação?

Importante sempre reforçar que o sistema de saúde brasileiro compatibiliza a saúde pública e a saúde privada. Isto está previsto na Constituição. Ou seja, as pessoas podem optar por utilizar os serviços da saúde pública ou privada. Evidentemente, o sistema de saúde privada é muito impactado pelos problemas econômicos que vêm atingindo o Brasil. Com a crise, os serviços, a indústria, o sistema de saúde privada entraram em depressão, especialmente em função do desemprego que agora está em patamares muito elevados.

Que diagnóstico o senhor faz do setor privado?

O sistema de saúde privado brasileiro perdeu milhões de clientes ao longo dos últimos cinco anos, algo como 5% ou 6% do total. Porém, a Central Nacional Unimed, que é a maior operadora do Sistema Unimed, teve um impacto muito pequeno, pois geralmente os sistemas de cooperativas se adaptam aos momentos de crise. Só no ano passado, por exemplo, realizamos, 9 milhões de consultas, 26 milhões de exames e 202 mil internações. O modelo de cooperativismo, adotado pela Unimed, exonera e tira a intermediação. O objetivo final é a remuneração direta do médico cooperado. Portanto, sofremos esses impactos, mas ficamos na média em relação ao sistema de saúde suplementar brasileiro.

Como estão os resultados da Unimed neste ano?

Em 2017, o resultado líquido da Central Nacional Unimed no primeiro semestre foi R\$ 88 milhões, já em 2018 alcançamos R\$ 142,7 milhões no mesmo período, representando um acréscimo de 62,16%. Acredito que as empresas de saúde são as mais impactadas pelo modelo de atenção à saúde atual. Um modelo oneroso e ineficiente para o país que inclui a remuneração dos médicos, dos hospitais, dos prestadores de serviços, dos laboratórios, entre outros. Atualmente, os profissionais são remunerados pela quantidade de procedimentos que fazem. Um grande equívoco que vem sendo revisto no mundo inteiro. Deve-se lembrar que o custo com saúde no Brasil é o segundo maior custo dentro da folha de pagamento nas empresas.

A chamada inflação médica tem crescido no Brasil muito acima dos índices oficiais de inflação. Esse descompasso não pode gerar um colapso da saúde privada?

A inflação médica é um fenômeno mundial e está descolada da inflação geral, na maioria dos países. Portanto, isso não é uma exclusividade do Brasil. O país tem uma das maiores inflações médicas do mundo porque soma alguns fatores como, por exemplo, a transição demográfica. O envelhecimento da população está se consolidando em uma velocidade muito maior comparada a outros países. As patologias crônicas, o câncer, entre outras doenças que acometem o idoso, oneram o custo assistencial. Outro componente importante é o alto custo da incorporação de novas tecnologias, a utilização de órteses e próteses em uma escala mal controlada, com custos muito elevados. Isso também passa por uma cadeia improdutiva que incorpora corrupção, propina e ineficiência.

A alta do dólar, que encarece a importação de equipamentos e medicamentos de fora, tem pressionado seus custos?

Neste momento o impacto ainda é pequeno. Se continuar, teremos reflexos, pois dependemos de insumos importados. Mas isso ainda é imperceptível, pois tivemos uma alta grande que está sendo absorvida pelas margens que a indústria repassa junto aos distribuidores. Portanto hoje é um fenômeno pouco percebido.

Qual é o plano de investimentos da Central Nacional Unimed e qual será a estratégia para ampliar a atual carteira de clientes?

A Central Nacional Unimed vem fazendo um esforço, ao longo do último ano, remodelando propostas de produtos que tenham maior adesão regional. No total somos 326 sócios, com 1.327 colaboradores. Essa força de trabalho promove assistência a mais de

1,5 milhão de beneficiários. Isso inclui os lugares onde possuímos a gestão da própria área como São Paulo, Salvador, Brasília, São Luís e região do ABC. Isso inclui também as áreas onde a Central Nacional Unimed opera com as cooperativas de Unimed para melhor eficiência na montagem das redes assistenciais. Também estamos com projetos que visam a atenção primária como porta de entrada do sistema com uma visão de atenção integral à saúde.

Historicamente, parte dos custos dos planos de saúde é atribuído a fraudes geradas por hospitais e médicos, que inventam procedimentos para elevar os custos e faturar mais. Como a Central Nacional Unimed se protege dessas fraudes?

Essa é uma preocupação sistêmica. A Central Nacional Unimed é um conjunto de operadoras Unimed que são sócias da Central. Essas Unimed têm implementado uma série de planos de ação para combater fraude e mitigar o malefício de procedimentos desnecessários. Nossos comitês e conselhos técnicos são bastante eficientes, gerando protocolos com o objetivo de prover os melhores resultados possíveis com estruturação de modelos de auditoria e gestão de risco. Essas ações incentivam nossos serviços para melhorar a adesão de processos de auditoria. Com essas iniciativas, conseguimos fazer intervenções que minimizam os prejuízos para o cliente e para a empresa.

CAE APROVA REAJUSTE AUTOMÁTICO DE REMUNERAÇÃO PELOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado –10/10/2018

A Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aprovou nesta quarta-feira (10) o projeto de lei que determina reajuste automático da remuneração dos médicos pelos planos de saúde. Pela nova determinação, sempre que houver correção no valor das mensalidades pagas pelos beneficiários, o valor pago pelas consultas também deverá ser reajustado. O PLS 380/2011 agora segue para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O texto, do senador Eduardo Amorim (PSDB-SE), altera a lei que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conferindo ao órgão a competência para homologar e fiscalizar o cumprimento de acordos que reajustem a remuneração dos médicos. O objetivo é garantir que qualquer reajuste de mensalidade seja obrigatoriamente repassado, no mesmo percentual, à tabela de remuneração pelos serviços médicos.

REORGANIZAÇÃO DA REDE E MUDANÇAS NO MODELO DE ATENDIMENTO SERÃO DEBATIDAS NO 4º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –10/10/2018

Diretor da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade abordará os benefícios e o desafio da implantação da Atenção Primária à Saúde

Para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema privado de saúde, é necessário integrar os serviços e criar equipes de profissionais com a função do cuidado. "Primeiro é importante reformatar os serviços, principalmente ambulatoriais, e criar equipes

Embora a Central Nacional Unimed não tenha responsabilidade sobre a administração e todas as Unimed no Brasil, os problemas financeiros de algumas delas, como a falência da Unimed Paulistana, geraram fuga de clientes para outras operadoras e seguradoras de saúde?

Existe um esforço bastante robusto na Central, em conjunto com a Unimed Brasil, que é responsável pela nossa política institucional, para que a Central Nacional Unimed possa ser mais uma cooperativa capaz de reestruturar o sistema nas regiões mais afligidas pelo processo regulatório brasileiro. Por exemplo: na Bahia, estamos consolidando uma série de cooperativas que passaram a ser prestadoras de serviços da Central Nacional Unimed. Ali, assumimos toda a operação, a comercialização de planos de saúde, a gestão de rede e a gestão de intercâmbio. Com isso, a Unimed Bahia poderá se dedicar exclusivamente à gestão dos seus ativos cooperados médicos e a interação com a sociedade. Em São Paulo, estamos trabalhando intensamente na consolidação de uma Central Nacional Unimed única, responsável pela comercialização de planos e toda gestão na capital e no ABC. Essa soma de esforços junto à Unimed Brasil é um trabalho preventivo. Com isso, a Central Nacional Unimed consegue preencher lacunas para continuar garantindo atendimento.

O relator do projeto, senador Ronaldo Caiado (DEM-GO), defende que a remuneração pelas consultas há de ser adequada à complexidade do atendimento prestado pelos médicos.

"Sem uma contrapartida justa, é compreensível que os profissionais da área da saúde se sintam desvalorizados após tantos anos dedicados exclusivamente à Medicina e à constante atualização de seus conhecimentos", ponderou Caiado em seu relatório.

O senador destacou, entretanto, que as recentes alterações na legislação já têm corrigido parte dessas distorções, como, por exemplo, a obrigatoriedade de adoção de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços, que disponham sobre a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade dos reajustes.

O projeto tramita em conjunto com uma outra proposição, o PLS 358/2012, que inclui o repasse automático na lei dos planos de saúde. Por entender que o PLS 380/2011 é mais abrangente e coerente com as recentes alterações legais do setor, Caiado pediu o arquivamento do PLS 358/2012 e a incorporação de seu conteúdo no outro texto.

A matéria segue agora para a CAS, que terá a palavra final sobre ela.

com generalistas e enfermeiros, com a função principal do cuidado. Esses profissionais atuam integrados com os outros especialistas e também com os hospitais", afirma Gustavo Gusso, diretor da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade e professor doutor da USP de Clínica Geral. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) convidou o profissional para trazer seu conhecimento como médico de família atuando em APS para o 4º Fórum de Saúde Suplementar, nos dias 22 e 23 de outubro, no Rio de Janeiro.

Com experiência na superação de barreiras para implementar essa estratégia de atendimento assistencial holístico e enfrentamento de custos, Gusso aponta que fortalecer a APS no segmento de planos de saúde pode ser um bom caminho para evitar desperdícios e fraudes no mercado. "Os pacientes hoje em dia, geralmente, estão fragmentados, perdidos, descoordenados e a atenção primária é uma forma de oferecer um serviço no qual os profissionais de saúde vão indicar e buscar os especialistas junto com os pacientes, procurando o melhor caminho. Dessa forma, se evita o desperdício e a descoordenação da rede. É um modelo mundialmente reconhecido,

no qual os recursos são melhor distribuídos e utilizados”, reforça o palestrante.

Com o tema ‘O desafio da eficiência em saúde: um debate inclusivo’, o Fórum contará com quatro painéis comandados por convidados nacionais e internacionais: 1º Painel - Economia e Saúde no cenário

brasileiro; 2º Painel - Como fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) nos planos de saúde; 3º Painel - Crescimento dos custos em saúde e 4º painel - O futuro da informação. O evento poderá ser assistido ao vivo pela internet, gratuitamente, é necessário fazer inscrição para os dois dias: goo.gl/tn3sqf (22/10) e goo.gl/t9hZbY (23/10).

MERCADO REGISTRA ESTABILIDADE

IESS –10/10/2018

O mercado de saúde suplementar no país segue apresentando estabilidade. O total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares não apresentou variação no período de 12 meses encerrado em agosto de 2018. Os números integram a nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB).

Segundo o boletim mensal, as modalidades de autogestão e seguradoras especializadas em saúde foram os que apresentaram maior queda no número de vínculos no período analisado, com queda de 3,4% e de 1,7%, respectivamente. Já as modalidades de medicina de grupo e filantropia tiveram alta de 2,6% e 0,9%, respectivamente.

Como já dissemos em outras oportunidades, esse é o movimento comum do mercado. Se nos últimos 4 anos houve uma queda de mais de 3 milhões no número de beneficiários de planos médico-hospitalares, é natural que o mercado apresente estabilidade antes de retomar o crescimento efetivo. Sendo assim, quando se analisa a variação trimestral, entre maio e agosto, o mercado apresentou ligeira variação positiva de 0,2%.

A estabilidade apresentada na análise da variação anual tem motivo: três das cinco regiões do País apresentaram avanço no número de beneficiários enquanto as demais tiveram queda. Por um lado, as regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste registraram aumento no número de vínculos de 0,8%, 0,5% e 0,2%, respectivamente. Já a região Norte teve a maior queda, de 0,7%, enquanto o Sudeste registrou 0,3% vínculos a menos no período entre agosto de 2017 e o mesmo mês desse ano.

No momento, precisamos nos manter atentos aos indicadores de emprego e desemprego. Especialmente aos trabalhos com carteira assinada nos setores de comércio, serviços e indústria dos grandes centros urbanos. Setores que, historicamente, costumam oferecer o benefício de plano de saúde aos seus colaboradores, especialmente como uma política de atração e retenção de talentos. Infelizmente, os dados de emprego e desemprego no Brasil têm apresentado melhora com base, principalmente, no total da população empregada em trabalhos informais, o que não costuma refletir positivamente no setor de saúde suplementar.

É importante ressaltar, contudo, que é necessário cautela, já que é comum que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revise os números de beneficiários periodicamente. Os dados de beneficiários de cada Estado e outras informações relacionadas à contratação de planos de saúde serão publicados na 27ª edição da NAB. Continue acompanhando.

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