

06 de Dezembro de 2017

CRESCE INTERESSE POR PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Veja –04/12/2017

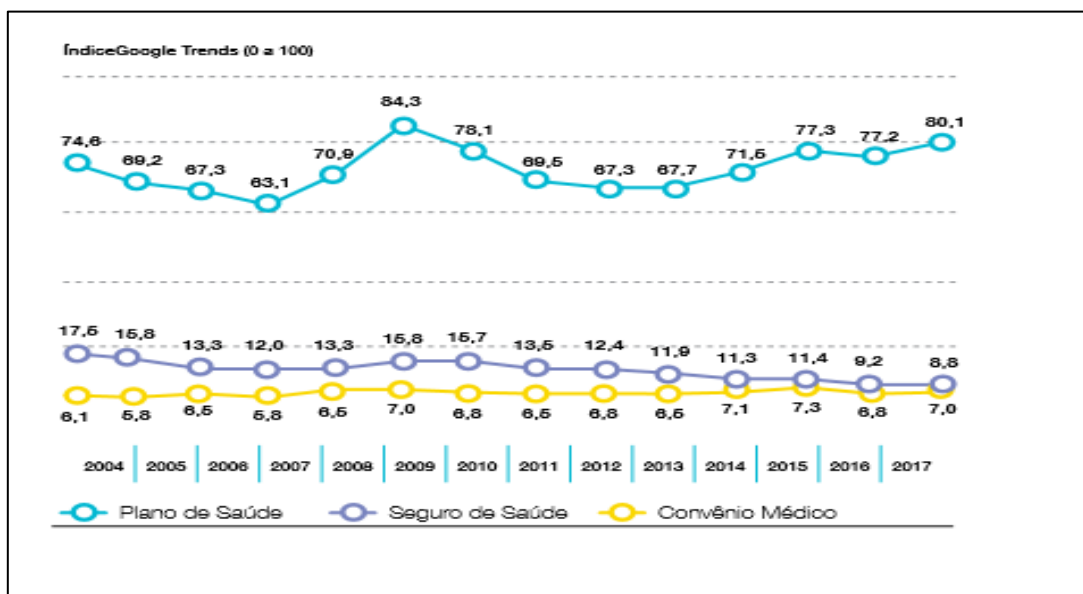
Setor dá sinais de recuperação

O brasileiro tem demonstrado cada vez mais interesse em migrar para a saúde privada. A Abramge desenvolveu o Índice de Interesse por Planos de Saúde (IPS) com base no Google Trends, cujo principal

Entre 2013 e 2015, a busca por ferramentas privadas de saúde cresceu. Em 2016, devido a crise, houve queda.

objetivo é medir a busca por produtos de saúde suplementar em um intervalo de tempo.

Após um ano de crise, que derrubou em 3 milhões os beneficiários nos planos de saúde, o setor já dá sinais de recuperação. Entre janeiro e outubro de 2017, o índice de buscas por palavras chave como “planos de saúde”, “planos individuais” e “planos empresariais” e suas variantes aumentou 6,1 pontos no IPS.



SAÚDE SUPLEMENTAR CRIA EMPREGOS EM OUTUBRO, AFIRMA INDICADOR DO IEES

IEES –04/12/2017

Boletim aponta que setor segue contratando mesmo com redução no total de beneficiários de planos de saúde

O total de trabalhadores empregados pela cadeia de saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais,

medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde) apresentou novo crescimento, segundo o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, boletim mensal do IEES. O levantamento aponta que o número de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 1,9% no período de 12 meses encerrado em outubro de 2017, enquanto o total de empregos formais – que considera todo o conjunto econômico nacional – teve retração de 0,8% na mesma base comparativa.

Segundo Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IEES, os dados do relatório mostram que a cadeia de valor da saúde suplementar segue em ritmo de expansão. “O indicador aponta que a cadeia de saúde suplementar é mais estável e resiliente ao

momento nacional do que o conjunto da economia do país. Esse é o décimo mês consecutivo a apresentar saldo positivo de emprego", avalia Carneiro.

No total, a cadeia produtiva da saúde suplementar emprega 3,4 milhões de pessoas, ou 7,9% da força de trabalho nacional. O relatório aponta que o saldo em outubro de 2017 foi de 8.611 novas vagas formais de emprego. "O setor continua contratando mesmo com o rompimento de 465 mil vínculos de planos médico-hospitalares entre outubro de 2017 e o mesmo mês do ano passado – retração de 1,0% no total de beneficiários", aponta Carneiro. Considerando todo o ano de 2017, a cadeia da saúde suplementar apresentou um saldo positivo de 74.687 empregos.

Na análise do mesmo período por subsetor, o segmento de Fornecedores foi o que apresentou maior crescimento, de 2,2% na

base comparativa, seguido por Prestadores, com alta de 1,9%, e Operadoras, com expansão de 1,5%, respectivamente. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,4 milhões de ocupações, ou 71,5% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 821 mil pessoas, 24,1% do total. As operadoras e seguradoras empregam 151,2 mil pessoas, ou seja, 4,4% da cadeia.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em outubro de 2017, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 136, mesmo nível do mês anterior. Já o número-índice da economia total subiu pela primeira vez em 10 meses, de 109 para 110.

ENTIDADE QUESTIONA MUDANÇA DE LOCAL DE INCIDÊNCIA DE ISS PARA PLANOS DE SAÚDE

Consultor Jurídico –03/12/2017

A Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNS) questionou, via arguição de descumprimento de preceito fundamental no Supremo Tribunal Federal, as novas regras para a tributação dos planos de saúde pelo Imposto sobre Serviços. Especialmente a que alterou o local de recolhimento do tributo, que deixou de ser o município da sede da operadora do plano e passou a ser o do tomador do serviço.

O principal argumento da entidade é a dificuldade e maior custo que a nova regra vai impor às operadoras, uma vez que terão de se relacionar com todos os fiscos municipais onde existem tomadores de serviços, ou seja, potencialmente todos os municípios brasileiros. A nova regra foi criada pela Lei Complementar 157/2016, que alterou o artigo 3º, inciso XXIII, da Lei Complementar 116/2003.

"A alteração é deveras significativa: os planos de saúde e odontológicos deixarão de recolher o ISS no domicílio da companhia gestora de planos para, então, recolher no local dos tomadores de serviços, espalhados por todos os mais de 5.570 municípios brasileiros", afirma a confederação.

Ela sustenta o cabimento de ADPF no caso em razão de ser o meio processual apto a impugnar a validade, além do dispositivo da LC,

das leis municipais editadas com base na regra federal, visando assim garantir, por meio da ação, "máxima eficácia" aos julgados do STF. Assim, questiona também nos autos leis de Manaus (AM), Joinville (SC), Campo Grande (MS), Palmas (TO), Ponta Grossa (PR) e Ribeirão Preto (SP) que contêm essa previsão.

A alteração gerada pela norma, argumenta a entidade, resultará na multiplicação por milhares das obrigações acessórias a serem cumpridas pelas operadoras. Alega que a norma significa violação ao princípio da capacidade colaborativa do contribuinte, da praticabilidade tributária, livre iniciativa e da razoabilidade e proporcionalidade na tributação. Lembra que o conjunto de obrigações tributárias deve estar alinhado com um custo razoável e proporcional para que o contribuinte consiga fazer frente à imposição.

Além desses pontos, a CNS sustenta haver desvio da regra matriz do ISS, que impõe a tributação no município em que ocorre o núcleo material do serviço do plano de saúde, que no caso seria a sede de funcionamento da operadora.

E mais: aponta que o dispositivo questionado foi vetado pela Presidência da República em dezembro de 2016, mas o veto foi derrubado pelo Congresso Nacional em maio de 2017. Para a entidade, trata-se de matéria relacionada a diretrizes financeiras e tributárias de competência privativa do presidente, não cabendo, no seu entender, a derrubada do veto pelo Parlamento.

A confederação pede, assim, liminar para suspender os processos e decisões judiciais relacionadas ao tema. No mérito, requer a declaração de inconstitucionalidade do dispositivo na atual redação da LC 116/2003 e das leis municipais atacadas. O relator da ADPF é o ministro Celso de Mello. Com informações da Assessoria de Imprensa do STF.

5º CICLO DA INTERVENÇÃO FISCALIZATÓRIA

ANS –01/12/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível a nota técnica que detalha os critérios para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, que será executado no 5º Ciclo de Fiscalização, entre 15 de fevereiro de 2018 e 14 de agosto de 2018. A nota técnica estabelece o Indicador de Fiscalização como critério de seleção, índice este que corresponde à média ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificadas como resolvidas pelo

reconhecimento da reparação voluntária e eficaz (RVE) e não resolvidas, registradas durante o ciclo de fiscalização anterior.

Intervenção Fiscalizatória

A Intervenção Fiscalizatória é o conjunto de ações que são executadas, a cada semestre, nas operadoras de planos de saúde selecionadas conforme os critérios definidos em Nota Técnica previamente publicada. A medida atende o disposto na RN nº 388/2015 e tem como objetivo identificar e solucionar as falhas operacionais que resultam em condutas infrativas que geram danos assistenciais concretos à coletividade de beneficiários da operadora.

[Confira a Nota Técnica](#)

STF PODE JULGAR HOJE 'CALOTE' DE R\$ 5 BILHÕES DOS PLANOS DE SAÚDE NO SUS

BBC –30/11/2017

No Brasil, ninguém deixa de pagar impostos ao contratar um plano de saúde. Mesmo assim, os planos (e, indiretamente, os usuários) precisam pagar quando enviam algum paciente para o Sistema Único de Saúde. Por outro lado, é justo que a saúde pública custeie um serviço pelo qual as operadoras já estão cobrando? É essa questão que deve ser decidida pelos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF).

A corte pode perdoar hoje um "calote" de R\$ 5,6 bilhões das operadoras de planos de saúde no SUS. O STF dirá se é constitucional ou não que o sistema público cobre dos planos toda vez que atende um paciente encaminhado pela rede privada.

O Supremo julgará um recurso de uma seguradora de saúde contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS. Trata-se de um caso com "repercussão geral", isto é, que criará regra para todos os outros casos do tipo. O relator é o ministro Gilmar Mendes.

Quando uma pessoa que possui plano de saúde é enviada para fazer qualquer procedimento na rede pública (como uma consulta ou uma cirurgia), o plano é obrigado a pagar ao governo pelo procedimento. Os valores de cada serviço são tabelados e são definidos pelo próprio SUS.

Essa tabela é atualizada periodicamente. Uma tomografia dos seios da face (usada para diagnosticar uma sinusite, por exemplo) sai por R\$ 86. Já uma cirurgia cardíaca para correção de problemas na válvula mitral (que separa os dois lados do coração) está tabelada em R\$ 7,7 mil.

O SUS é hoje responsável pela maioria dos transplantes de órgãos, por exemplo. Também faz quase todos os tratamentos de doenças infecciosas, como a hanseníase, entre muitos outros.

A maioria dos estabelecimentos que oferecem esses tratamentos são públicos ou conveniados ao SUS. E é por isso que muitas pessoas que têm planos de saúde são encaminhados para o atendimento público, diz a professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) Helena Eri Shimizu.

O sistema funciona assim: a ANS compara a base de dados dos brasileiros que possuem planos de saúde com o registro de quem foi atendido pelo SUS. Quando encontra uma correspondência, envia a cobrança à operadora.

"A forma como isso é feito hoje é pouco eficaz, e abre margem para que as operadoras contestem na Justiça os procedimentos, além de deixar alguns atendimentos de fora. Então o valor que poderia ser arrecadado poderia ser ainda maior", diz Shimizu.

Uma decisão com efeito cascata

É VÁLIDA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO SEM VALOR FIXO EM PLANO DE SAÚDE

Consultor Jurídico –30/11/2017

A cláusula de coparticipação em plano de saúde é válida tanto nos casos em que estipula um valor fixo quanto nos contratos que

o julgamento é o terceiro item da lista de temas a serem julgados hoje - antes, estão previstas mais duas ações sobre outros temas da saúde pública. Não é incomum, porém, que os ministros do STF mudem a ordem dos julgamentos.

De acordo com os últimos dados da ANS, os planos contestam na Justiça o pagamento de R\$ 4,99 bilhões em procedimentos realizados entre 2000 e 2017.

Esse dinheiro - que não chegou a ser cobrado - depende de decisões judiciais nas instâncias inferiores da Justiça. Se o Supremo decidir que a cobrança é inconstitucional, a Justiça dará ganho de causa às operadoras, que não precisarão pagar.

"Entre 2000 e 2017 foram identificados 4,51 milhões de atendimentos no SUS de usuários de planos de saúde passíveis de ressarcimento, totalizando R\$ 7,5 bilhões. Desse total, apenas R\$ 1,9 bilhão foram repassados ao Fundo Nacional de Saúde (responsável pelo SUS)", disse o Ministério da Saúde em nota enviada à BBC Brasil.

"O Ministério da Saúde informa que a extinção da obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde pode causar grandes perdas ao sistema. Levantamento feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estima que a decisão pode acarretar uma perda imediata de R\$ 5,6 bilhões)", diz o ministério.

Planos de saúde em risco?

O setor de planos de saúde, por outro lado, teme que algumas operadoras (especialmente as menores) possam ficar em risco caso o STF decida que a cobrança é constitucional.

As operadoras menores, principalmente as do interior, são as maiores devedoras do SUS. Em última análise, é provável que o custo de uma decisão dos ministros acabe transferido para o consumidor.

Para se ter uma ideia da importância que o setor dá à questão, há até o momento 20 advogados representantes da saúde privada acompanhado este processo no Supremo.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) enviou nota à reportagem da BBC Brasil. Para a entidade, "todos os cidadãos brasileiros que têm plano de saúde mantêm o direito de utilizar o sistema público de saúde". Por isso, não faz sentido cobrar por algo que o paciente já paga na forma de imposto, diz a entidade.

"O fato de uma pessoa ou empresa decidir contratar um plano de saúde não as exime do pagamento de seus impostos e contribuições", reforça o texto da entidade.

Além disso, a associação diz que o ressarcimento não se dá simplesmente pelo valor do procedimento na tabela do SUS: o valor é acrescido em 50% na hora de calcular o total devido. Se uma operação custa R\$ 10 mil na tabela, por exemplo, o plano terá de ressarcir o SUS em R\$ 15 mil.

"As operadoras questionam do que se trata esse custo de 50% a maior. Isso seria uma taxa ou um imposto?", pergunta a entidade.

estabelecem um percentual sobre o custo do procedimento. A decisão é da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao considerar válida cláusula que estabeleceu a coparticipação de 20% para tratamento de quimioterapia.

Relatora, a ministra Nancy Andrighi lembrou que a Lei dos Planos de Saúde é taxativa quanto à possibilidade de coparticipação, que pode ter um valor fixo ou ser um percentual sobre o custo do tratamento.

"A Lei 9.656/98 autoriza, expressamente, a possibilidade de coparticipação do contratante em despesas médicas específicas,

desde que figure de forma clara e expressa a obrigação para o consumidor no contrato", destacou a ministra.

A coparticipação, segundo a relatora, é uma forma de possibilitar planos de saúde mais baratos para o consumidor, que tem consciência dos possíveis encargos quando escolhe essa modalidade.

"É bem verdade que quem escolhe a opção com coparticipação gasta menos na mensalidade quando comparado a um plano tradicional, e deve ter ciência de que arcará, conforme o contrato de seguro de saúde escolhido, com parte do pagamento em caso de utilização da cobertura", afirmou.

A ministra explicou ainda que a previsão da coparticipação em percentual sobre o custo do tratamento somente é vedada nas

hipóteses de internação, e somente para os eventos que não tenham relação com a saúde mental, devendo a coparticipação ter valor prefixado nessas situações.

A cláusula havia sido considerada abusiva pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que aplicou ao caso o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Porém, Nancy Andrighi afirmou que, de acordo com a jurisprudência do STJ, o CDC não afasta a aplicação da regra disposta na Lei dos Planos de Saúde.

Assim, concluiu a ministra, não é abusiva a cláusula contratual da coparticipação que não especifica valor fixo a ser pago pelo cliente. A magistrada lembrou que em julho de 2017, ao julgar o REsp 1.566.062, o STJ já decidiu que o percentual de 20% não é considerado abusivo. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

ANS SUSPENDE 31 PLANOS DE DEZ OPERADORAS. UNIMED-RIO TEM TODOS OS 14 PRODUTOS LIBERADOS PARA VENDA

O Globo –30/11/2017

Medida passa a valer na sexta-feira da próxima semana

RIO — Reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento, recebidas no terceiro trimestre deste ano, levaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

a determinar a [suspensão da venda de 31 planos de dez operadoras](#). Neste ciclo, estão sendo [reativados plenamente 27 planos de saúde de sete operadoras](#), entre eles os 14 planos da Unimed-Rio, que está em direção fiscal e técnica, proibidos de serem vendidos no ciclo passado. Neste ciclo, a cooperativa não teve nenhum produto suspenso. [Outras três operadoras tiveram seus planos parcialmente reativados para comercialização](#).

Para o presidente da Unimed-Rio, Romeu Scofano, a liberação para venda de todos os planos da cooperativa é reflexo dos esforços impetrados pela empresa para a melhoria de seus indicadores, com destaque para a redução significativa do volume de reclamações. Em um ano, a diminuição foi de mais de 50%.

- Esta é uma indicação que estamos atendendo às expectativas de nossos clientes. E isso para a gente é o mais gratificante, pois todos os nossos esforços são sempre para melhorar o atendimento aos nossos beneficiários e oferecer uma medicina de alta qualidade. A liberação total dos planos para comercialização mostra que estamos seguindo pelo caminho certo - diz Scofano.

A medida passa a valer na sexta-feira da próxima semana, dia 8 de dezembro, e faz parte do acompanhamento periódico realizado pela ANS pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. De acordo com a agência, a suspensão tem um caráter de proteção dos 167,7 mil beneficiários desses planos, que continuam a ter assistência regular. Os produtos afetados só podem voltar a ser comercializados para novos clientes se comprovarem a melhoria no atendimento.

A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho, explica que o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento tem como objetivo garantir uma assistência mais qualificada aos beneficiários de planos de saúde.

"A medida é um incentivo para que as empresas ofereçam aos seus clientes melhores serviços. Para isso, a ANS monitora as reclamações registradas pelos beneficiários e, a cada três meses, identifica as operadoras e planos com maior número de reclamações assistenciais, tendo em conta o número de beneficiários e a segmentação assistencial", destaca.

Tiveram planos suspensos a Salutar Saúde Seguradora S/A, com sete; Unimed de Manaus Coop.do Trabalho Médico Ltda., com quatro; Unimed Norte/Nodeste, com seis; Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas, com três; Pame - Associação de Assistência Plena em Saúde, com três; Samoc S.A-Sociedade Assistencial Médica e Odonto Cirúrgica e Gamec - Grupo de Assistência Médica Empresarial do Ceará Ltda, ambos com um; Unimed Rio Grande do Norte, com dois; Caberj Integral Saúde S.A., com dois; e Green Life Plus Planos Médicos Ltda, também com dois.

Além de terem a comercialização suspensa, as operadoras que negaram indevidamente cobertura aos seus beneficiários estão sujeitas a multas.

Além de terem a comercialização suspensa, as operadoras que negaram indevidamente cobertura aos seus beneficiários estão sujeitas a multas.

Diretora-adjunta de Fiscalização, Flávia La Laina, acrescenta que a suspensão da comercialização de planos é um dos resultados do intenso trabalho de fiscalização da ANS, e permite que o consumidor procure a agência reguladora por qualquer dos canais de atendimento e tenha seu problema resolvido de forma ágil.

"O índice de resolução das intermediações feitas pela fiscalização atingiu 92% das demandas do período. Os casos não resolvidos viram processos contra as operadoras e também são contabilizados para a suspensão da comercialização, mais uma medida para proteger o consumidor", acrescenta a diretora.

Reclamações recebidas no terceiro trimestre

De 1º de julho a 30 de setembro, a ANS recebeu 15.912 reclamações de natureza assistencial através de seus canais de atendimento. Desse total, 14.138 queixas foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. Foram excluídas as reclamações de operadoras que estão em portabilidade de carências, liquidação extrajudicial ou em processo de alienação de carteira, cujos planos não podem ser comercializados em razão do processo de saída ordenada da empresa do mercado. No período, 92% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garantiu a solução do problema a esses consumidores com agilidade.

PLANOS DE SAÚDE 'PERDEM' R\$ 27 BILHÕES

Valor Econômico –29/11/2017

No ano passado, a soma das internações, exames e consultas feitas por usuários de planos de saúde chegou a R\$ 137 bilhões. Deste valor, cerca de 20% corresponde a desperdícios e fraudes. Entre os desperdícios, estão consultas e exames médicos desnecessários, que somaram R\$ 13 bilhões. Já as fraudes nas contas hospitalares atingiram R\$ 14 bilhões. Os dados foram levantados pela Advance Medical Group, consultoria espanhola especializada em saúde, e o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

"São recursos empregados de forma incorreta que impactam o custo do plano de saúde", disse o médico Caio Soares, diretor-geral da Advance Medical no Brasil, que fez um levantamento com 350 mil usuários de planos de saúde empresariais.

Entre 2015 e 2016, os gastos hospitalares e com exames aumentaram 14,1% e 12,1%, respectivamente, segundo o IESS.

De acordo com a Advance, 50% das consultas médicas foram consideradas inadequadas, porque o paciente procurou um médico especialista errado, que acabou não resolvendo seu problema. Soares afirma que o ideal é buscar primeiro um clínico geral, que pode solucionar o caso ou indicar o profissional mais adequado. "Em 2016, só 16% das consultas foram realizadas com um médico de

família. O valor de uma consulta com especialista é cerca de 60% superior ao de um clínico geral", disse Soares.

No ano passado, foram realizadas 218,3 mil consultas médicas em consultório via plano de saúde, que totalizaram um custo de R\$ 14,1 bilhões, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Já as fraudes em contas hospitalares aumentaram 27,2% para R\$ 14 bilhões no ano passado em relação a 2015. Entre esses golpes estão, por exemplo, a inclusão de uma determinada dosagem de medicamento, sendo que o consumo efetivo foi menor ou a aquisição de uma órtese desnecessária.

Em relação aos exames, a pesquisa da consultoria mostrou que 40% deles eram repetidos ou foram desnecessários, uma vez que não eram os mais indicados para elucidar a causa do problema do paciente. As especialidades médicas com o maior número de exames feitos sem necessidades são ortopedia (30%), oncologia (18%), endocrinologia (11%), neurologia (11%) e reumatologia (30%).

Esse número elevado de exames está relacionado ao fato de praticamente metade dos primeiros atendimentos médicos ser feito em pronto socorro. Vários desses pacientes continuam o tratamento com especialistas que, normalmente, pedem novamente exames. Além disso, os plantonistas da emergência costumam solicitar um número grande de exames para chegar a um diagnóstico mais preciso, tendo em vista que não possuem em mãos o histórico do paciente. No ano passado, as consultas em pronto-socorro somaram R\$ 5,1 bilhões, um aumento de 11,7% em relação a 2015.

OPERADORA LANÇA PRODUTO DE SAÚDE COM COBERTURA GLOBAL

Revista Apólice –29/11/2017

A Care Plus reuniu quase 200 corretores de planos de saúde, em São Paulo, para apresentar seu novo produto, primeiro depois da empresa ser adquirida pela Bupa Global.

O produto Master International permitirá às empresas oferecerem a seus colaboradores serviços de saúde em mais de 11 mil hospitais e 1,2 milhão prestadores de serviços médicos. Assim, elas terão mais uma ferramenta para atrair e reter os melhores funcionários, com as facilidades que elas já conhecem. Toda a gestão de contratos, movimentação de beneficiários, acompanhamento de resultados e atendimento serão realizados no Brasil, o que facilita o controle do departamento de recursos humanos.

A cobertura global ainda proporciona aos empregadores a segurança de que seus colaboradores terão acesso a cuidados de saúde de qualidade em qualquer lugar que estejam e sempre que quiserem, seja marcar uma cirurgia, um parto, fazer um exame ou algum tratamento específico. Segundo estudos realizados pela empresa, há um público potencial de 650 mil pessoas no País. Moses Dodo, General Manager da Bupa para a América Latina, conta que há três tipos de público: "brasileiros expatriados, que querem contar com a possibilidade de atendimento fora do Brasil; estrangeiros que atuam no País; e ainda os brasileiros que buscam atendimento internacional".

O produto estará disponível para empresas clientes que tiverem o plano Master I, que proporciona acesso aos melhores hospitais e

laboratórios do país e representa 35% das vidas seguradas pela Care Plus, ou novos clientes com planos compatíveis. Com o Master International, a expectativa é aumentar as vendas em R\$ 1 milhão e atender mais 2 mil novas vidas até o final de 2018.

"Ouvimos clientes e corretores e verificamos a necessidade de uma cobertura global para executivos e ocupantes de cargos que exigem viagens constantes. Com a Bupa Global, juntamos a melhor rede do Brasil aos mais renomados prestadores de serviço dos Estados Unidos e da Europa. Agora, nossos beneficiários têm a segurança de contar com cuidados de saúde em qualquer momento e em qualquer lugar", afirma Roberto Laganá, CEO da Care Plus.

Com o Master International, os beneficiários terão a opção de fazer qualquer tipo de atendimento fora do país, em hospitais referência, como o John Hopkins Hospital, considerado um dos melhores do mundo, com direito à cobertura dos custos da viagem e à compra dos medicamentos para dar continuidade ao tratamento no Brasil.

"Não é um seguro viagem", esclarece Laganá. Entretanto, ele pode ser utilizado em viagens à Europa para adequação ao Acordo de Schengen (uma convenção entre países europeus sobre uma política de abertura das fronteiras e livre circulação de pessoas entre os países signatários, que exige uma cobertura de seguro saúde de 30 mil euros).

Apesar de fazer parte do DNA da Bupa Global em todos os outros países onde atua, no Brasil a operadora não vê a possibilidade de lançar um seguro individual, por questões regulatórias que inviabilizam as atualizações financeiras necessárias para a sustentabilidade de um plano deste tipo. A Care Plus deve atingir crescimento de 18% em 2017, segundo informações de seu CEO.

**COMPRA DE EMPRESA DE SAÚDE
QUASE QUADRUPLICA EM 2017,
DIZ CONSULTORIA**

Folha de S. Paulo –29/11/2017

O setor de saúde é um dos que apresentam maior crescimento no número de fusões e aquisições até o terceiro trimestre deste ano. Foram 32 operações no período, segundo a KPMG.

Em 2016, foram oito compras de empresas da área no ano todo e, em 2015, seis.

"Com a permissão da entrada de capital estrangeiro [em planos de saúde, laboratórios e hospitais, em 2015], houve aquisições de peso. Agora, há mais negócios domésticos", afirma Luis Motta, sócio da consultoria.

Dos negócios fechados nos primeiros nove meses do ano, 27 eram aquisições feitas por empresas nacionais. Apenas cinco foram compras realizadas por estrangeiros.

"Investidores têm buscado ativos na área, especialmente hospitais e laboratórios. Operações mais óbvias, como a que envolveu Rede D'Or e Amil, foram feitas, mas ainda há muito espaço", diz Paulo da Rocha, sócio da Demarest.

No total de segmentos, o número de transações do tipo aumentou 9% no ano até setembro, em relação ao mesmo período do ano passado.

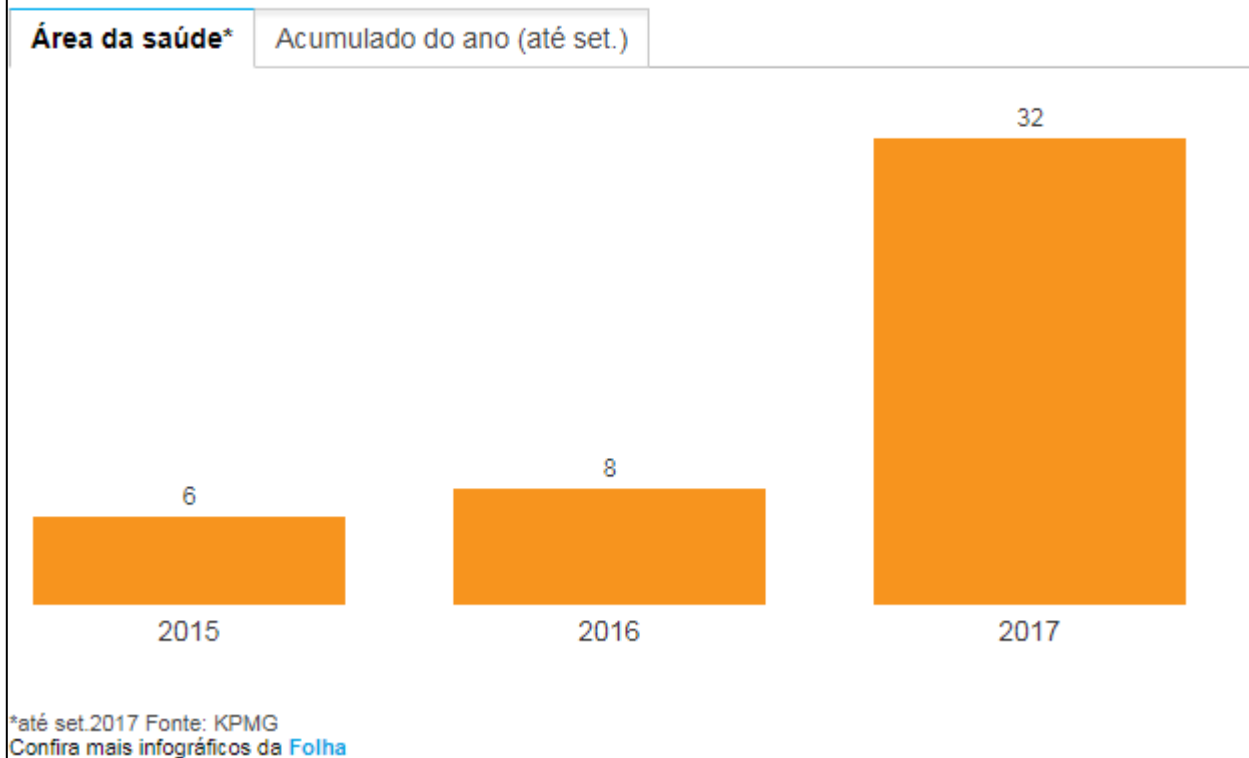
Foram 584 até o fim do terceiro trimestre. Dessas, 44% são compras de ativos nacionais por brasileiros.

"A melhora da economia tem incentivado as empresas nacionais a voltar a negociar compras e fusões", afirma Arthur Penteado, sócio do escritório Machado Meyer.

A perspectiva para os próximos meses é de continuidade do crescimento, diz Motta.

EM RECUPERAÇÃO

Fusões e aquisições no Brasil



É HORA DE MUDAR

Valor Econômico –29/11/2017

Promover gestão assistencial é vital para melhorar o sistema de saúde suplementar. Por José Seripieri Junior

Os consumidores reclamam dos reajustes de mensalidade cada vez mais elevados e também do atendimento. As operadoras de planos de saúde reclamam que há um excesso regulatório do Estado e que suas margens de lucro estão próximas de zero, isso quando não realizam prejuízo. Já os prestadores de serviços, principalmente os médicos, reclamam não serem remunerados e reconhecidos à altura dos serviços que prestam, quando não tolhidos nas suas condutas. Quem tem razão nessa história? Todos, por incrível que pareça.

Justiça seja feita, a saúde suplementar viabilizou o acesso de quase 50 milhões de brasileiros a uma saúde de qualidade. Vale lembrar que antes mesmo da Lei dos Planos de Saúde (9.656/98), o setor privado já tinha atraído cerca de 35 milhões de consumidores. Importante destacar também que a medição da experiência de uso por parte dos clientes atinge bom nível de satisfação (Pesquisa Ibope-IESS 2017). O setor paga por ano perto de 1,5 bilhão de procedimentos médicos entre consultas, exames, terapias e internações hospitalares. Financia a expansão de uma medicina de ponta que não deve nada a nenhum outro país, em que pese ser um sistema dos mais regulados pelo Estado no mundo, se não o mais regulado. Com tudo isso, em geral, consegue atender com alto padrão médico e salva a vida de muitas pessoas.

O atual modelo como um todo tem apresentado um resultado operacional extremamente baixo nos últimos anos. Em 2017, não será diferente. O setor deverá auferir, em números estimados, uma receita bruta de R\$ 190 bilhões e deverá gastar R\$ 165 bilhões só em despesas médico-assistenciais. A essas despesas se somam pagamento de impostos, encargos trabalhistas, despesas administrativas, comerciais, operacionais e reservas técnicas. Nesse sentido, a margem líquida ficará próxima de zero. Em outras palavras, é possível afirmar que o setor de saúde suplementar está econômica e financeiramente limítrofe do colapso.

Há uma paradoxal crise de credibilidade no sistema, onde a insatisfação quase que generalizada de todas as partes envolvidas é o grande sinal de que as coisas precisam mudar — e rápido. A atual escalada dos custos médico-assistenciais está tornando o setor de saúde suplementar irremediavelmente insustentável.

Acredito ser possível reverter esse processo oferecendo serviços de maior qualidade com custos finais mais baixos e preços menores aos consumidores. Como fazer isso, uma vez que o senso comum vigente indicaria justamente o contrário? É necessário sair da tradicional lógica estritamente financeira e migrar para a lógica do melhor e mais racional atendimento médico possível, o que permite combater o elevado desperdício de gastos assistenciais, sem comprometimento dos direitos do cliente e da relação médico-paciente.

Lamentavelmente, o setor de saúde suplementar no Brasil é muito subsegmentado, disperso e focado na dimensão financeira da conta

final a ser paga e no repasse disso aos preços finais, sem conexão com as reais demandas assistenciais.

Na essência, há quase 40 anos o sistema oferece acesso a uma determinada rede médica credenciada — em alguns casos até livre escolha mediante reembolso a posteriori. Ao usuário não é oferecido um sistema de saúde, mas um plano financeiro que sustenta suas idas a determinados prestadores de serviços médicos sem um efetivo acompanhamento e participação da operadora, exceção às verticalizadas que obtêm alguma racionalização de custos através do acesso restrito à sua rede assistencial própria. O que acontece a partir daí, na maior parte das vezes, é problema do usuário e seu médico, laboratório e hospital, a despeito da qualidade e do desfecho clínico, criando um terreno fértil ao desperdício e alta nos preços.

Não há, na verdade, gerenciamento assistencial por parte do plano de saúde sobre a sua carteira de clientes. Não há sequer prontuário ou dados de saúde dos usuários. Há casos em que a operadora não sabe da doença de seu cliente nem do desfecho do tratamento realizado. Se o procedimento é coberto pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, ela paga e pronto. Como essa conta não fecha, os preços são aumentados. É assim há anos.

Não acredito que o atual modelo tenha condições de superar os desafios e as demandas futuras de todos os agentes envolvidos nesse processo. É imperioso que as operadoras de saúde façam a efetiva gestão médica e assistencial de seus clientes, com envolvimento e comprometimento, e não mais apenas a gestão financeira, tendo como objetivo o melhor atendimento de saúde necessário, a preços adequados, apoiado em uma plataforma de altíssima tecnologia e “big data”, e na valorização da relação médico-paciente.

Também não acredito em um sistema de remuneração de prestadores médicos baseado no “fee for service”, uma espécie de “taxímetro” que acaba estimulando a utilização desmedida, pois quanto mais se usa, mais se paga, podendo assim premiar o desperdício e não o melhor desfecho para o paciente.

O setor tem de estar baseado em indicadores médico-assistenciais, financeiros, de qualidade e de performance, com foco na alta resolutividade ao paciente, a custos racionais. A solução não está nos atuais reajustes elevados, que subsidiam muito mais desperdício do que eficiência, racionalização e qualidade.

Outras questões devem ser enfrentadas para garantir a sustentabilidade do setor, tais como a judicialização indevida e a regulação excessiva. Até hoje, além da Lei 9.656/98, foram editadas 40 Medidas Provisórias e cerca de 700 atos normativos da ANS. Mas, certamente ao fazer a gestão assistencial, os planos de saúde proporcionarão serviços de melhor qualidade e maior segurança aos seus clientes, a custos racionais, combatendo o desperdício e o uso descontrolado do sistema. Com a mudança do modelo, os usuários terão um sistema mais efetivo, acessível e baseado em uma relação de confiança e credibilidade com as operadoras de saúde. Não adianta só sonhar o futuro: é hora de começar a construí-lo.

CONFIRA MAIS UMA EDIÇÃO DO POR DENTRO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –29/11/2017

A publicação de novembro traz dados sobre beneficiários de planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos

EMPRESAS E ENTIDADES APROVAM DECISÃO DO RELATOR, MAS DEFENDEM DISCUSSÃO AMPLA SOBRE PLANOS DE SAÚDE

O Globo –29/11/2017

Questão do reajuste para idosos desagradava mercado e entidades que defendem interesse dos consumidores

RIO — Embora a decisão do relator do projeto de lei que pretende mudar a lei de planos de saúde, deputado Rogério Marinho (PSDB/RN), [de desistir de alterar a forma de reajuste para idosos](#) tenha sido bem recebida, os órgãos de defesa do consumidor, como Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e Procon-SP- e representantes do setor de saúde suplementar continuam defendendo uma discussão ampla e transparente da questão e de outros pontos do substitutivo, que reúne 151 projetos de lei que estavam em tramitação no Congresso.

A decisão de Marinho foi tomada em comum acordo com os deputados da comissão especial em reunião a portas fechadas nessa terça-feira. Os parlamentares queriam deixar o assunto de lado uma vez que o tema se tornou impopular. Além disso, nenhum dos lados interessados no projeto — empresas e órgãos de defesa do consumidor — ficou satisfeito com a solução apresentada por Marinho para o reajuste dos idosos. Pelo relatório, o reajuste dos idosos deixaria de ser dado todo de uma vez logo antes dos 60 anos. Hoje, o Estatuto do Idoso proíbe novos aumentos após essa idade, o que gera correções muito grandes nas mensalidades logo antes de o usuário do plano de saúde pular para essa faixa etária. A solução encontrada por Marinho era fixar o reajuste aos 59 anos, mas distribuí-lo em cinco parcelas nos 20 anos seguintes. Isso, contudo, foi retirado do texto.

Coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) da Defensoria Pública do Rio, Patrícia Cardoso admite que, como está hoje a questão do reajuste para os idosos não é a ideal, pois existe a possibilidade de um aumento muito grande quando o usuário completa os 59 anos de idade, mas não foi interessante a forma como foi apresentada no projeto do relator, pois, de uma forma ou de outra, acabava levando o aumento para depois dos 60 anos, quando muitos estão fora do mercado de trabalho e têm redução da renda.

Na opinião da coordenadora do Nudecon, foi importante Marinho ter retirado essa proposta do PL pelo simples fato de esse ponto de ter a concordância de parte do mercado e dos órgãos de defesa do consumidor:

— Sabe por que este texto estava desagradando ambas as partes? Porque ele não foi discutido. É o que eu venho insistindo desde o início. O debate não se exauriu. O PL precisa ter mais vozes. Uma coisa que a gente clama é que o deputado nos ouça. Ouça de forma mais técnica os órgãos de defesa do consumidor.

Os principais indicadores macroeconômicos demonstram que a economia brasileira está em processo de recuperação, embora em ritmo lento.

Observam-se sinais de melhora na atividade econômica e no mercado de trabalho, com reflexos ainda tímidos no desempenho do mercado de saúde suplementar.

[>> Clique aqui para baixar a publicação](#)

Patrícia reforça que o fato de ter retirado a questão do reajuste dos idosos do PL mostra que o relator mudou de postura e sinalizou que pode ouvir as sugestões dos órgãos de defesa do consumidor, no dia 13 de dezembro, para quando foi adiada a sessão da Comissão Especial para votação do parecer:

— Apesar dele ter retrocedido neste ponto, o texto continua ruim. Outros avanços, modificações, ainda precisam acontecer - acrescenta a coordenadora do Nudecon.

Marilena Lazzarini, presidente do conselho diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), também aprovou a decisão do relator de retirar a proposta de alterar a forma de reajuste para idosos, que parecia trazer um benefício, com a divisão do aumento para a última faixa etária (de 59 anos) em cinco parcelas, na verdade adiará em alguns anos um problema grave, que é a expulsão desse beneficiários, vindo a ocorrer em momento que esse idoso estará mais fragilizado, o que tornava a proposta desumana.

— Do jeito que estava, não representava nenhuma vantagem. Num país civilizado, o idoso tem desconto e não aumento. Aqui temos uma situação peculiar. Era uma pegadinha, uma situação desumana. Era uma gordura do projeto, e foi bom ser tirada.

Para Marilena, o cerne deste projeto é a segmentação dos planos e a proposta de menor cobertura.

Procurada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor, informou que não vai se manifestar.

Na opinião de Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde — que reúne 23 empresas do setor — a desistência de Marinho de mudar o cálculo de reajuste do plano de saúde dos idosos já era esperada, já que o deputado tinha depositado uma expectativa muito grande neste dispositivo, achando que seria um benefício para os consumidores dessa faixa etária:

— Essa mudança do cálculo, a nosso ver, teria um altíssimo impacto para as operadoras e para a operação do setor, pois, de alguma forma, seria repassado para outras faixas etárias. Diante desse posicionamento de não atender aos consumidores e de incorrer nessa perda para as operadoras, o deputado entendeu melhor retirar a proposta.

Segundo Solange, se o parcelamento do reajuste, caso fosse aprovado, significariam uma perda para as empresas de R\$ 18 mil por beneficiário. Considerando os vinte anos, trazendo para os valores presentes, isso teria um impacto de R\$ 60 bilhões para todo o mercado de saúde suplementar.

— Além de ter tirado a proposta do seu substitutivo, o fato de ter adiado para o dia 13 a leitura e votação do parecer é importante para que cada segmento participe e encaminhe suas sugestões para aprimorar o projeto. É importante que toda a sociedade se manifeste. Quanto mais diálogo melhor. A Saúde exige que haja esta discussão — completa Solange, lembrando que este ainda é um processo longo e que a renda da população não consegue acompanhar a evolução

de custo. — É imprescindível garantir a melhor assistência, tanto para os consumidores quanto para as empresas.

Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), também concorda com a postergação da votação do parecer, para que o assunto seja melhor discutido no legislativo. Ele pontua que, ao contrário dos jovens, cuja utilização dos planos de saúde diminuiu nos últimos três anos, na faixa a partir dos 59 anos esta participação cresceu 4,6%, e que isto vem causando um desequilíbrio no sistema:

— Talvez por reflexo da longevidade, que está aumentando, e da queda da natalidade, começou a se perceber um desequilíbrio. Isso vem acontecendo a algum tempo e, de repente, vem um projeto que está mexendo numa faixa etária sem uma discussão mais profunda. Isso não é bom. Pode desequilibrar o sistema, que vive do mutualismo. Se aumenta o número de pessoas que utiliza mais o serviço, no caso os idosos, e não está entrando uma faixa mais jovem, você desequilibra e este sistema se torna caro. Por isso, o legislativo deve discutir com mais calma, não só os pontos do parecer. Não ver apenas a questão de reajuste, mas qual é a cobertura assistencial a ser oferecida, tanto no setor público quanto no privado — completa Scheibe.

Patrícia Alvares Dias, supervisora do Procon-SP, afirma que a decisão de Marinho não encobre um outro problema grave, que é a forma como está sendo feita a tramitação do projeto e a realização das audiências públicas prévias à votação do projeto. Segundo ela, representantes dos órgãos de proteção dos direitos do consumidor chegaram cedo em Brasília nessa terça-feira, véspera do dia marcado para a votação, para tentar conversar com os deputados sobre o problema, mas não tiveram sucesso:

— Não houve uma democratização da discussão, que envolve vários setores. Esse é um dos pleitos que temos questionado. Chegamos aqui e nos deparamos com duas alterações de datas da votação, sem sabermos as razões para esses adiamentos. Mesmo assim, não recebemos um retorno sobre a possibilidade de abrir as discussões para todo o cidadão. Há um impacto para todos, beneficiários, mercado, classe médica e Sistema Único de Saúde (SUS).

Marilena, do Idec, lembra que, nas audiências públicas foram ouvidos muitos mais os empresários do setor e menos os representantes dos consumidores, e que estas foram promovidas antes de o relator apresentar o substitutivo. Quando este finalmente veio a público, em 18 de outubro, foi marcada diretamente a votação para 8 de novembro, que foi adiada. Até aquele momento, todos os encontros foram feitos às escuras, sem propostas concretas:

— Não houve a votação porque o projeto era cheio de controvérsias, problemas. Quando os deputados tiveram a noção da gravidade de toda a mudança, fizeram uma reunião de emergência na véspera do dia 8, e a votação foi adiada. O mesmo aconteceu agora, quando não

houve consenso em relação ao reajuste por faixa etária, e houve nova alteração de data.

Assim como Patrícia, Marilea ressalta que o maior problema desse substitutivo é sua tramitação e o regime de urgência:

— A sociedade tem que participar do debate. Tem que haver uma audiência pública em que todas essas posições sejam apresentadas. Precisamos de informações claras, transparentes, um debate aberto. A sociedade tem que entender o que ganha e o que perde. De forma clara e não como tem sido feito, no atropelo.

Patrícia não descarta a possibilidade de que, da forma que está sendo feita a coisa, ocorra um novo adiamento, e que a votação só aconteça no ano que vem:

— É possível sim que isso ocorra. A gente não tem qualquer explicação sobre a alteração de data e sobre se vai ser aberta a discussão para a sociedade.

Solange, por sua vez, não acredita nesta possibilidade, pois vê um interesse dos membros da Comissão Especial em não adiar mais o processo:

— Não vejo isso, embora o processo legislativo permita um novo adiamento. Os deputados estão marcando reuniões dentro da comissão para discutir cada tema apontado no relatório. Isto indica a disposição dos membros da comissão em votar o parecer de Marinho.

O grande receio, afirma Patrícia, é que se faça uma votação apressada, o que é muito perigoso, pois, da forma como o PL está tramitando, não há garantias de se vão ser mantidas as alterações aprovadas na Comissão Especial.

— O projeto vai passar ainda pelo plenário da Câmara e depois pelo Senado, onde podem haver novas mudanças. A proposta pode ser alterada de uma forma muito mais feroz, principalmente para o consumidor idoso.

A questão é que temos, sim, que discutir o reajuste dos idosos, mas o principal ponto é que ele altera o estatuto do idoso, que não permite reajustes a partir dos 60 anos.

Quanto à questão do reajuste por faixa etária, o principal ponto, segundo a supervisora do Procon-SP, é que a proposta alterava o estatuto do idosos, que não permite reajustes a partir dos 60 anos. Apesar de o relator ter recuado neste ponto, o problema do reajuste tem que ser debatido a fundo, pois pode haver uma migração do aumento para outras faixas, o que não resolve o problema.

— A gente continua tentando que se abra esta discussão à sociedade, aos órgãos de defesa do consumidor, usuários e empresas.

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