

05 de dezembro de 2018

ANS AMPLIA REGRAS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

ANS –04/12/2018

Os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais também poderão utilizar a portabilidade de carências caso queiram mudar de plano ou de operadora. A novidade passa a valer em junho de 2019, quando entra em vigor a resolução normativa aprovada nesta segunda-feira (3/12) em reunião da diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A norma, que será publicada no Diário Oficial da União ainda esta semana e terá prazo de 180 dias para ser implementada, define as novas regras para a realização da portabilidade de carências, ampliando o benefício para os clientes de planos empresariais. Além disso, a normativa retira a exigência da chamada “janela” (prazo para exercer a troca) e deixa de exigir compatibilidade de cobertura entre planos para o exercício da portabilidade, devendo o consumidor cumprir carência apenas para as coberturas não contratadas no plano de origem.

[Acesse aqui a Resolução Normativa nº 438](#)

O diretor Rogério Scarabel, à frente da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, explica que a concessão do benefício para quem tem planos coletivos empresariais era uma demanda importante na agenda regulatória. “Os planos empresariais representam quase 70% do mercado e dispõem da mesma cobertura assistencial dos demais planos. A portabilidade de carências passa a ser um direito efetivo de todo consumidor de planos de saúde e vai ser mais representativa no mercado”, pontua. “Com as novas regras, oferecemos mais possibilidades ao consumidor e estimulamos uma salutar concorrência no setor”, acrescenta o diretor.

A medida da ANS é ainda mais relevante para os beneficiários demitidos ou de contratos com menos de 30 vidas, que precisariam cumprir novos períodos de carência ao mudar de plano de saúde. Hoje, quando um empregado deixa a empresa ou se aposenta, há normas que legislam sobre sua permanência no plano mediante a contribuição. O que a portabilidade faz é ampliar o direito desse beneficiário, que pode escolher outro produto tendo respaldada sua cobertura sem prazos extras de carência.

Sem janela e compatibilidade de cobertura

O fim da janela para a realização da portabilidade de carências é outra novidade da normativa. Agora, o mecanismo poderá ser requerido pelo beneficiário a qualquer tempo, desde que haja o cumprimento do prazo mínimo de permanência exigido no plano de origem. Antes, havia um período limitado a 4 meses no ano para o exercício da portabilidade, contados da data de aniversário do contrato.

Também não será mais exigida compatibilidade de cobertura entre o plano de origem e o plano de destino. Por exemplo, o beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar. A exigência que se mantém é a de compatibilidade de preços (valor da mensalidade). Como a delimitação de cobertura poderia restringir o acesso do beneficiário, uma vez que as operadoras não são obrigadas a comercializar plano com todos os tipos de segmentação e cobertura, a ANS extinguiu esse item. Será necessário, porém, o cumprimento das carências previstas na Lei nº 9.656 para as coberturas que o beneficiário não possuía anteriormente.

Prazos mínimos de permanência

Os prazos de permanência para a realização da portabilidade continuam os mesmos. São exigidos mínimo de dois anos de permanência no plano de origem para solicitar a primeira portabilidade e mínimo de um ano para a realização de novas portabilidades. As exceções ocorrem em duas situações: se o beneficiário tiver cumprido cobertura parcial temporária, o prazo mínimo para a primeira portabilidade será de três anos; e se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, o prazo mínimo será de dois anos.

Contrato coletivo rescindido

O beneficiário que teve seu contrato coletivo rescindido passa a poder fazer a portabilidade para outro plano de sua escolha. A portabilidade de carências nesses casos poderá ser exercida no prazo de 60 dias, a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora.

Portabilidade especial

Mudaram também as regras para exercício da portabilidade especial, medida adotada pela ANS para que beneficiários de operadoras em liquidação ou com graves anomalias econômico-administrativas e/ou assistenciais possam trocar de plano. Antes, somente a portabilidade extraordinária permitia a mudança de plano sem cumprimento de compatibilidade de preços, fator que cai com a nova normativa. Assim, na decretação da portabilidade especial não será exigida compatibilidade de preço aos beneficiários.

Planos de pós-pagamento

Não é exigida compatibilidade de preço para os planos em pós-pagamento – modalidade exclusiva dos planos coletivos onde a quitação dos custos é feita após a utilização do serviço –, uma vez que o custo desse produto não é fixo.

ESCALADA DOS CUSTOS

IESS –04/12/2018

Conforme divulgado hoje na coluna Mercado Aberto, assinada por Maria Cristina Frias na Folha de S. Paulo, o gasto de planos de saúde com consultas, exames e procedimentos deverá chegar a R\$ 170 bilhões em 2018, 8,7% a mais que no ano passado. Os dados são da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE).

Segundo Marcos Novais, economista da entidade, a marca de R\$ 150 bilhões foi atingida em 19 de novembro, 27 dias antes do registrado em 2017. Conforme alertamos periodicamente, o avanço nos custos da saúde suplementar do Brasil se dá sob um grande volume de falhas de mercado, como de assimetria de informações na cadeia que compromete comparações e concorrência e não confere clareza nos critérios de formação de preços de insumos como materiais e medicamentos. A adoção de novas tecnologias sem a exigência de estudos de custo-efetividade e análise do sistema em absorver esse incremento de despesas é outro fator de pressão de custos.

"Múltiplos fatores contribuem para essa alta nos gastos. Há um efeito da incorporação de novas tecnologias, dos desperdícios, das fraudes e da expansão da rede", apontou Novais. "O setor não tem ferramentas para inverter essa tendência de crescimento ainda, então, a evolução dos custos deverá ser mais acelerada no ano que vem", conclui.

Vale lembrar que recentemente divulgamos a atualização do [Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar \(VCMH\)](#) que registrou alta de 16,9% nos 12 meses encerrados em março de 2018. Como tem ocorrido nos últimos anos e ao longo da série histórica do índice, o crescimento foi muito superior à oscilação da inflação geral do País,

medida pelo IPCA, que registrou aumento de 2,7% no mesmo período.

Outro ponto importante decorre do fato de o Brasil passar por um processo de transição demográfica, com a maior participação de idosos no total da população, o que impacta diretamente na demanda de serviços de saúde, em especial de internações. A faixa etária de idosos é a que mais cresce no mercado brasileiro de saúde suplementar.

Confira a coluna Mercado Aberto na íntegra [aqui](#).

USUÁRIO DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL PODERÁ TROCAR DE OPERADORA SEM CARÊNCIA

O Globo –04/12/2018

Nova regra vale a partir de junho. Hoje, a portabilidade só se aplica a planos individuais, familiares e coletivos por adesão

RIO - Beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais poderão fazer mudar de plano ou operadora a partir de junho, sem carência. Até agora, essa possibilidade de troca era garantida apenas a quem tinha contratos individuais/familiares ou coletivos por adesão. A carência é o tempo que o usuário precisa esperar para ter acesso a um determinado procedimento, o que pode variar de 24 horas (em casos de urgência) a 24 meses (para diências preexistentes).

A extensão da portabilidade foi uma das novidades divulgadas nesta segunda-feira pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os planos empresariais representam 70% dos beneficiários da saúde suplementar.

A nova regulamentação acaba ainda com a "janela" de troca e elimina a necessidade de compatibilidade entre a cobertura assistencial

oferecida pelo plano de origem e do destino. Ou seja, será possível migrar de um plano ambulatorial para um contrato com cobertura hospitalar.

A mudança nas regras permite ainda que usuários da saúde suplementar demitidos, aposentados ou oriundos de contratos com menos de 30 beneficiários possam migrar para outro plano, sem cumprir carência. As novas normas devem ser publicadas ainda esta semana no Diário Oficial da União.

Segundo Rogério Scarabel, titular da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, ao dar aos planos empresariais a possibilidade da portabilidade, a ANS estimula a concorrência no setor. Para o pesquisador e especialista em direito à saúde, Rafael Robba, do Vilhena Silva Advogados, a inclusão corrige um erro da regulamentação.

— Um outro ponto positivo é a decisão de acabar com a "janela" que existe para que o cliente possa pedir a portabilidade, com certeza, isso fará com que as operadoras repensem a forma de tratar seus consumidores. Talvez traga mais concorrência e evite alguns abusos — avalia Robba.

DIMINUI RITMO DE CANCELAMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE

Terra –04/12/2018

Os números integram a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB)

O mercado de planos de saúde médico-hospitalares segue registrando tímido crescimento. O total de beneficiários desta modalidade apresentou ligeira variação positiva de 0,1% no comparativo entre outubro de 2018 e o mesmo mês do ano anterior, o que representa saldo de 34,6 mil vínculos no período. Os dados integram a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), boletim produzido mensalmente pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, alerta que, mais do que comemorar o pequeno avanço do setor ao longo do ano, é importante analisar os números de cancelamentos de vínculos. "Adicionamos novos itens em nossa análise para mostrar um retrato ainda mais fiel do setor", conta. "Em outubro do ano passado, a quantidade de cancelamentos na variação anual estava acima dos 1,1 milhão. A nova edição do boletim mostra que esse número está

próximo de 945 mil. Ou seja, mais do que voltar a firmar novos contratos nessa modalidade da assistência, o setor tem conseguido diminuir a saída de beneficiários", analisa.

Seguindo como uma tendência recente, o total de vínculos com pessoas de 59 anos ou mais continua crescendo. "A NAB mostrou que essa é a única faixa etária a apresentar crescimento no período de 12 meses encerrado em outubro passado. O aumento de 167,3 mil beneficiários nesta faixa etária corresponde a um avanço de 2,5%. Esse fenômeno acontece tanto pela mudança de idade quanto por novos vínculos firmados", completa.

Por outro lado

Enquanto o total de beneficiários de planos médico-hospitalares continua praticamente estável, sem grandes variações positivas ou negativas, o segmento de planos exclusivamente odontológicos cresce em ritmo acelerado. Nos 12 meses encerrados em outubro deste ano, o setor registrou mais de 1,7 milhão de novos vínculos, com alta de 7,6%.

"Na última edição do boletim, esse mercado superou, pela primeira vez, a marca de 24 milhões", comemora Carneiro. Ele explica que o avanço do segmento está apoiado no custo de contratação deste tipo de plano, bastante inferior ao dos planos médico-hospitalares, o que permite mais acesso. "Ainda assim, o mercado representa

aproximadamente a metade do total de vínculos com planos médico-hospitalares. Isso indica que o nicho ainda tem muito espaço para crescer", avalia.

DEDUÇÃO FISCAL E RESSARCIMENTO AO SUS

IESS –03/12/2018

Publicado hoje na Folha de S. Paulo, o artigo "A 'caixa branca' da saúde pública", de autoria de Henrique Prata, traz uma reflexão de características do sistema público e privado no país. Para tanto, o presidente do Conselho Consultivo da Fundação Pio XII, mantenedora do Hospital de Amor de Barretos-SP (antigo Hospital de Câncer) retoma a criação do sistema público nacional. Para ele, "o SUS (Sistema Único de Saúde) é o maior e melhor sistema de saúde pública do mundo. É uma realidade maior e mais bonita do que sonharam os sanitaristas que lutaram para que o modelo fosse abrigado pela Constituição de 1988", [escreveu](#).

No entanto, para falar de ameaças ao segmento, Prata diz que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não organiza de modo efetivo os repasses privados para o sistema público, o que, na visão do autor, onera o Estado. Aqui, não vamos entrar no mérito de avaliação do SUS, que foge ao nosso propósito. Vale lembrar, contudo, que não há efetiva renúncia fiscal no país, como já mostramos com o artigo "[O fim do mito da desoneração fiscal da saúde suplementar](#)" e o [TD 58 – "Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde"](#). Além disso, como tem sido noticiado, cresce cada vez mais a quantia repassada ao sistema público por parte dos planos de saúde.

Como já apontamos em outras [oportunidades](#), a Constituição determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Ela determina a

complementariedade da saúde privada, ou seja, os sistemas são suplementares e não substitutivos. Em outros termos, o cidadão que aderiu a um plano de saúde não abdicou do seu direito ao SUS, assim como, certamente, não deixou de pagar os tributos que financiam a saúde pública.

Importante reforçar que o Imposto de Renda (IR) incide sobre acréscimos patrimoniais dos contribuintes, conforme determina o Código Tributário Brasileiro. Como, na prática, toda vez que o contribuinte paga por um serviço de saúde privado, visando suprir suas necessidades básicas de existência, sofre um decréscimo patrimonial – lógico, porque se trata de um recurso financeiro do qual se abriu mão do consumo ou do aumento de patrimônio para cumprir o que seria uma responsabilidade constitucional do Estado –, é natural (e definido por Lei) que esse valor seja abatido do cálculo do IR.

Além disso, como noticiado, no primeiro semestre desse ano, os planos de saúde ressarciram R\$365 milhões ao SUS. A quantia representa mais de 62% do total repassado ao longo de 2017, quando foi registrado o maior ressarcimento anual. Segundo o [Boletim Informativo](#) do Ressarcimento ao SUS, desde que a ANS foi criada, em 2000, já foram cobrados cerca de R\$ 3,74 bilhões das operadoras de planos de saúde, que equivalem a aproximadamente 2,5 milhões de atendimentos realizados no SUS.

Claro que o assunto é de grande complexidade e por isso seguiremos repercutindo o tema em outros textos. Tem alguma dúvida? Entre em contato conosco. Também disponibilizamos uma série de publicações sobre os aspectos tributários dos planos de saúde em nossa Área Temática. [Confira](#).

ANS COORDENA PROJETO PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA HOSPITAIS

ANS –03/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sediou, nos dias 27 e 28 de novembro, a primeira reunião do Comitê Gestor do projeto Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde, que tem como objetivo construir um painel de indicadores de saúde que avaliem a qualidade dos hospitais privados em todo o País, tendo como subsídios dados provenientes do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss).

O projeto é coordenado pela ANS e acontece no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), em parceria com o Hospital Moinhos de Ventos, contando ainda com a colaboração de outros hospitais de excelência no País.

A contribuição da ANS passa pela experiência adquirida com o Qualiss e com o Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviço de Saúde (PM-Qualiss), que possuem 17 indicadores gerais, voltados a padrões de segurança e qualidade, tais como: Conformidade com os padrões de cirurgia segura, Tempo de espera na urgência e emergência, entre outros.

Além do PM-Qualiss, também serão apreciados indicadores que considerem a impressão do paciente quanto ao seu tratamento, ou seja, após sua passagem pelo hospital, e indicadores por linhas de cuidado específicas, como por exemplo, neoplasias, doenças cardiovasculares, entre outras. "O projeto deverá produzir uma base de dados coletada e analisada que poderá ser usada pela sociedade em geral, trazendo maior transparência para o setor como um todo", explica Anete Maria Gama, coordenadora de Avaliação e Estímulo à Qualificação de Prestadores.

A expectativa é que o usuário dos serviços de saúde no Brasil passe a ter acesso a informações sobre a qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde no Brasil e aumente sua participação na gestão da própria saúde.

IDSS: ANS SOLICITA REENVIO DE QUESTIONAMENTOS COM ERRO

ANS –03/12/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) solicita que as operadoras que enviaram questionamentos sobre os indicadores do IDSS

avaliem se encaminharam arquivos com caracteres especiais ou símbolos no título. Os arquivos que apresentavam tais caracteres precisam ser reenviados para a Agência, pois eles não foram recebidos devido a uma falha técnica no sistema da reguladora. São exemplos de caracteres especiais os acentos, o "ç" e os sinais de pontuação (".", "!", "!" "?!").

O problema já foi resolvido e o sistema agora está informando no ato do envio sobre a necessidade de correção.

[Clique aqui](#) para abrir novos questionamentos, fazer consultas aos resultados preliminares do IDSS Ano-base 2017 e tirar dúvidas pelo FAQ da ANS.

ENTRAVE NOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO DA SAÚDE É PROBLEMA PARA O SETOR

Apólice –03/12/2018

CBEXs-PR reuniu gestores da área da saúde e médicos em Curitiba para discutir tema

Sul – Promovido pelo Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde-Paraná (CBEXs-PR), o debate “Modelo de Remuneração: aprofundando-se em novos modelos” reuniu mais de 100 executivos e profissionais da saúde, no auditório da FAE Business School, em Curitiba. Durante o evento, foram nomeados dez novos fellows do CBEXs-PR.

O presidente da entidade e CEO do Hospital Santa Cruz, Claudio Enrique Lubascher, mediou o encontro que contou com o diretor de Mercado e Comunicação da Unimed PR e membro do Conselho de Administração da Unimed Curitiba e Unimed Participações, Alexandre Bley; o diretor do Hospital Marcelino Champagnat, José Octávio da Silva Leme Neto; a diretora de Gestão da Rede Médica da Amil, Graciema Bertoletti; e o superintendente regional Sul da Dasa, Carlos Gabardo.

Lubascher explicou que o objetivo do evento foi promover a percepção dos [modelos de remuneração na área da saúde](#) a partir da visão de médicos, das operadoras e da indústria hospitalar. “Nós ainda não praticamos uma medicina de fato para os pacientes. Como mudar isso e como fazer pontes e a diferença?”, questionou e afirmou que o CBEXs-PR tem o propósito de estimular discussões apartidárias sobre o mercado de saúde do Paraná.

Aspectos da remuneração

A diretora da Amil falou sobre a experiência da operadora com seus novos modelos de remuneração. Ela destacou os novos modelos assistenciais, de remuneração e a excelência operacional, ressaltando que esta última é extremamente necessária para que os dois primeiros funcionem bem. Para ela, o serviço prestado tem que ter foco no paciente e na qualidade e eficácia dos serviços prestados.

Alexandre Bley apresentou os aspectos médicos dos novos modelos de remuneração e destacou os desafios hoje, como a crise no setor, o custo crescente dos planos, o descontentamento dos stakeholders, o novo momento da sociedade, as mudanças de parâmetros do volume para o resgate do valor para os beneficiários e da doença para a prevenção, e a judicialização da saúde. Entre outros dados, ele trouxe uma pesquisa no país sobre a expectativa de salário dos médicos da Geração Y e revelou que 34% prefere o salário mensal contra 1,8% que prefere acha a remuneração por performance a mais adequada.

O diretor do Hospital Marcelino Champagnat ressaltou que a pauta dos modelos de remuneração é “antiga”, já tem uns 20 anos e caminha lentamente. Ele destacou que o perfil de negócios de um hospital é de um empreendimento que tem uma carga acentuada de risco e margens de lucro estreitas. Segundo ele, a inflação médica é “bem superior” aos índices oficiais. “Não conseguimos repor a inflação médica e também os índices oficiais”, disse. Para ele, as mudanças são necessárias e importantes. Ele reconheceu que existe defasagem na remuneração dos médicos e enquanto não houver entendimento de que este profissional está inserido nesta discussão não haverá evolução.

Para Carlos Gabardo, o setor de saúde está atravessando um momento complicado, com “forte pressão” para o repasse de preços entre os diversos operadores. Ele comentou que os pedidos exagerados de exames são muitas vezes desnecessários, por exemplo, e geram um descontrole no sistema que passa a tratar a doença e não a saúde.

MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: RESULTADO FINAL E PLANO PERIÓDICO

ANS –03/12/2018

Está disponível o resultado final do Monitoramento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2018, conforme previsto no art. 11 da RN nº 416 de 22/12/2016. Sendo assim, não há a possibilidade de envio de novos questionamentos, já que o prazo foi encerrado no dia 29/10/2018.

Para conferir o resultado final a operadora deve acessar a [Central de Relatórios](#) e depois o Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também disponibilizou o Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial, referente aos seguintes períodos: 3º e 4º trimestres de 2017 e 1º trimestre de 2018.

Conforme estabelecido no artigo 7º da IN DIPRO nº 49 de 22/12/2016, alterado pela IN DIPRO nº 55 de 07/02/2018, o Plano

Periódico de Monitoramento do Risco Assistencial define os critérios de priorização a serem adotados para o encaminhamento de operadoras às áreas responsáveis pela análise e execução das medidas administrativas cabíveis, tomando por base os resultados obtidos no Monitoramento do Risco Assistencial em três trimestres de avaliação consecutivos.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial, [clique aqui](#).

COM 8 MILHÕES DE CLIENTES, CARTÕES DE DESCONTO ATRAEM ÓRFÃOS DE PLANO DE SAÚDE

O estado de S. Paulo –02/12/2018

Nº de usuários já supera o das duas maiores operadoras de convênios médicos juntas; serviço cobra mensalidade baixa por melhor preço para consultas e exames em rede conveniada, mas recebe críticas de especialistas em saúde por falta de regulamentação

SÃO PAULO - [Depois das clínicas populares](#), agora é a vez das empresas de cartões pré-pagos ou de descontos em saúde atraírem clientes que perderam o [convênio médico](#) ou desistiram de ficar nas longas filas de espera do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#). Pelo menos 8 milhões de brasileiros já são usuários desse serviço, segundo levantamento feito pelo Estado com as principais empresas do setor. Para fins de comparação, o número ultrapassa a quantidade de clientes das duas maiores operadoras de planos de saúde do País juntas.

De forma geral, tanto os cartões pré-pagos quanto os de descontos cobram mensalidade baixa (a partir de R\$ 14,99) em troca de descontos em uma rede conveniada. A particularidade do serviço pré-pago é que, além da mensalidade, ele exige que os procedimentos sejam pagos com créditos depositados no cartão.

Embora em expansão, o serviço é visto por especialistas em saúde e entidades de defesa do consumidor como uma espécie de convênio com cobertura básica, mas sem regulamentação adequada por não ser classificado como um plano de saúde. A própria [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\)](#), que regula as operadoras de planos, criou uma [cartilha](#) explicando as diferenças entre os dois serviços e os cuidados que o consumidor deve ter ao optar pelos cartões. Entre as críticas estão o fato de os cartões não garantirem atendimentos ilimitados nem uma lista mínima de procedimentos cobertos.

Já os usuários do serviço e as empresas que operam nesse ramo afirmam que o modelo é uma alternativa para quem quer ter acesso rápido a consultas e exames, mas não tem condições financeiras de pagar a mensalidade de um plano.

Maior empresa do setor, a Cartão de Todos (que dá descontos também em estabelecimentos de educação e lazer) viu o número de adesões mensais triplicar este ano. “No ano passado, tínhamos 30 mil por mês. Neste ano, o número passou para 100 mil”, conta Altair Vilar, presidente da companhia, que possui 7,8 milhões de usuários. Na rede conveniada que dá descontos aos portadores do cartão, a consulta médica com um clínico-geral sai por R\$ 20.

Foi atraída por esses preços que a dona de casa Maria do Carmo Rocha Souza, de 55 anos, fez o cartão para a mãe, Joana, de 87. “A gente tinha convênio, mas cancelamos por causa do preço e passamos a usar só o SUS. Só que ela tem diabete, pressão alta e Alzheimer e a consulta na rede pública demora demais. Na idade dela, não dá para esperar”, afirma.

Para Antônio Eduardo de Carvalho Brigagão, CEO da Vale Saúde Sempre, empresa de cartão pré-pago com mais de 200 mil clientes, as consultas e exames saem mais em conta aos usuários dos cartões porque as companhias do ramo negociam com as clínicas da mesma forma que as operadoras de saúde. “Elas aceitam baixar o preço porque levamos mais clientes.”

Clientes corporativos. O baixo custo da mensalidade dos cartões fez as companhias atuantes no setor oferecerem o produto não

apenas para pessoas físicas, mas também para pessoas jurídicas interessadas em dar o cartão aos seus funcionários. São, geralmente, pequenas ou médias empresas que não oferecem plano de saúde aos trabalhadores.

Com foco nesse mercado, a Doutor Já atende 50 empresas, que, juntas, têm 6 mil trabalhadores. “Algumas oferecem só o cartão de desconto e outras depositam um valor mensal para que os funcionários possam pagar procedimentos”, diz Gustavo Valente, CEO da Doutor Já.

A Ticket, conhecida pelos benefícios refeição e alimentação, lançou em agosto o Ticket Saúde, que também permite as duas modalidades: só desconto ou créditos para o funcionário. “O custo médio para a empresa é de R\$ 28 por colaborador”, afirma Adriana Serra, diretora de produtos da Ticket.

Outra gigante que entrou no mercado de cartões pré-pagos de saúde foi a Ultrafarma. Em outubro, a companhia lançou o cartão Sidney Oliveira, que também dá direito a descontos em procedimentos médicos e odontológicos na rede conveniada.

Apesar dos descontos dados pelos cartões, a [Proteste](#) alerta que nem sempre o serviço pode ser vantajoso. “A pessoa tem de pagar a mensalidade e mais os procedimentos que for fazer. Se fizer muitas consultas e exames, não vai compensar”, diz Luiz Costa, analista de negócios da entidade.

Para Marília Louvison, professora da Faculdade de Saúde Pública da [USP](#), os cartões podem deixar pacientes desprotegidos. “Esse formato não garante continuidade do cuidado nem a resolutividade porque o atendimento vai até onde o paciente pode pagar.”

Questionadas, as empresas do setor afirmam que o serviço tem como foco a atenção primária, com quadros de baixa complexidade e ações de prevenção e promoção da saúde.

Preço menor, mas nem tudo é tão barato

Hipertensa, a aposentada Maria Gonçalves, de 79 anos, ficou sem o remédio para a doença quando foi retirar uma nova receita com seu médico do SUS e descobriu que ele havia deixado o cargo.

Sem previsão de quando um novo profissional chegaria à Unidade Básica de Saúde (UBS) onde se consulta, na zona norte da capital paulista, a idosa decidiu aderir a um cartão de descontos após ver uma propaganda do produto na televisão, protagonizada pela apresentadora Ana Maria Braga.

“Pedi para o meu filho fazer o cartão para mim na internet porque a consulta é barata. Fiz o cartão num dia e no outro já consegui marcar com o geriatra”, conta Maria.

Para a aposentada, essa foi a única opção que encontrou para não ficar sem o tratamento para pressão alta. “No SUS não dava para esperar e um plano de saúde o idoso não consegue pagar. É no mínimo R\$ 800 por mês”, lamenta.

Também cansada da demora na rede pública, a atendente Larissa Marques Santos, de 24 anos, contratou há três semanas o serviço para ela e o filho. “Estou com pedra na vesícula e só para marcar um clínico está demorando um mês. Imagina quanto não vai demorar para fazer um ultrassom”, diz ela.

A jovem foi atraída também pelo fato de a mensalidade ser cobrada por família e não por pessoa. Ou seja, mesmo colocando a criança como beneficiária do serviço, o valor pago por mês será o mesmo.

Larissa perdeu o plano de saúde há três anos, quando saiu de um emprego em que era registrada em regime CLT. "Agora não tenho mais convênio e estou dependendo só do SUS mesmo", conta a atendente.

Os cartões de desconto também são usados por quem quer economizar em tratamentos odontológicos. "Precisava fazer um canal, uma coroa e limpeza e, com o cartão, ficou pela metade do preço e consigo parcelar em oito vezes", relata a atendente comercial Andréa Maria de Santana, de 47 anos.

Ressalvas. Embora aprovem os preços baixos das consultas e a rapidez na marcação do atendimento, alguns clientes dos cartões reclamam do custo dos procedimentos mais complexos.

"Acho que os exames deveriam ser mais em conta. Minha mãe precisou fazer uma ressonância magnética e dois exames de vista e eles custaram R\$ 600. Não foi tão mais barato do que em outros laboratórios", diz a dona de casa Maria do Carmo Rocha Souza, de 55 anos.

Falta regulamentação, diz especialista em saúde pública

1. Qual é a sua avaliação dos cartões pré-pagos e de desconto em saúde?

As demandas em saúde nunca são isoladas. Os pacientes precisam de uma rede de cuidados. O idoso, por ser mais doente e precisar de atendimento com frequência, se sente atraído pelos preços baixos, mas pode ficar desprotegido quando precisar de um atendimento de maior complexidade, pois não terá cobertura.

2. Como dar mais proteção aos usuários desse tipo de serviço?

É preciso construir uma regulação porque, atualmente, esses cartões estão num vazio regulatório em que não entram no escopo de nenhuma agência. Na área da saúde, uma prestação de serviço não pode ser tratada apenas como uma relação de consumo.

TENDÊNCIAS DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

IESS –30/11/2018

Quando se fala em serviços de saúde, é fundamental levar em consideração a sua utilização. Como já alertamos, o excesso de procedimentos também faz mal ao paciente que é, muitas vezes, exposto à riscos desnecessários. Claro, esses exames são extremamente úteis à prática médica e essenciais para diversos diagnósticos. Contudo, também é um fato que muitos dos exames emitem radiação nociva e a prescrição deve ser avaliada caso a caso, como apontamos recentemente. O tema, inclusive, é alvo de campanha da [Sociedade Brasileira de Pediatria \(SBP\)](#). Se não bastasse os perigos à saúde, a supertilização também onera todo o sistema e é um fator importante no cálculo da [VCMH](#).

Exatamente pela importância em se falar e conscientizar sobre a questão é que divulgamos no trabalho "Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013" na [23ª edição do Boletim Científico](#). A pesquisa descreveu as

tendências no uso dos serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional, sexo, idade e posse de plano privado de saúde.

Segundo a pesquisa, houve aumento dos serviços tanto entre indivíduos com planos de saúde quanto os que não possuem. Contudo, verificou-se que o percentual de uso ainda foi maior em todos os anos para aqueles que estão na saúde suplementar. A utilização dos serviços médicos aumentou progressivamente, passando de 55,2% em 1998 para 71,3% em 2013 e, entre os exclusivamente odontológicos, saltou de 1% para 6,3%. O percentual de adultos que consultou dentista no último ano passou de 35,2% para 47%.

Diferentemente do uso de serviços médicos, as pessoas com maior idade tendem a utilizar menos os serviços odontológicos. A idade apresentou tendências inversas comparando o uso do serviço médico com o odontológico no período analisado.

Quer ver esse e outros trabalhos publicados em nosso Boletim Científico? [Acesse e conheça.](#)

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