NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

31 de agosto de 2022

ÍNDICE INTERATIVO

Esclarecimento sobre a votação do PL 2.033 - Fonte: GOV (ANS)

Variação de custos médico-hospitalares (VCMH) apresenta leve queda e fecha em 25% - Fonte: Revista Cobertura

Senado aprova projeto que obriga planos de saúde a cobrirem tratamentos fora do rol da ANS - Fonte: G1

Aumenta interesse da população sobre portabilidade de planos de saúde - Fonte: Segs

ANS divulga dados sobre o interesse na portabilidade de carências- Fonte: GOV (ANS)

Qualidade hospitalar é tema de encontro da ANS - Fonte: GOV (ANS)

ANS afirma que projeto do rol taxativo poderá atingir 80% das operadoras de saúde e descontrolar sistema - Fonte: Segs

Entidades do setor de saúde estimam 83 mil demissões com a adoção do piso de enfermagem sem contrapartida - Fonte: Valor Econômico

ESCLARECIMENTO SOBRE A VOTAÇÃO DO PL 2.033

GOV (ANS) – 30/08/2022

Plenário do Senado Federal aprovou texto que assegura cobertura de itens não previstos no Rol da ANS

O plenário do Senado Federal aprovou, na tarde da segunda-feira 29/08, o Projeto de Lei 2.033, que altera a Lei nº 9.656/1998 para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. A matéria segue para sanção do presidente da República.

O principal artigo do PL 2.033 determina que os planos de saúde terão que cobrir tratamentos prescritos por médico ou odontólogo, mesmo que não estejam na lista de procedimentos definida pela ANS, se atenderem a pelo menos um dos seguintes requisitos: ser comprovadamente eficaz, segundo as evidências científicas e plano terapêutico; ou ser recomendado pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) ou por outro órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional.

A ANS se posicionou contrariamente ao PL pois a garantia de coberturas não previstas no rol deixa de levar em consideração diversos critérios avaliados durante o processo de incorporação de tecnologias em saúde, tais como: segurança, eficácia, acurácia, efetividade, custo-efetividade e impacto orçamentário, além da disponibilidade de rede prestadora e da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao seu uso.

Importante esclarecer que o processo de revisão do Rol feito pela ANS não será alterado. A Agência continuará recebendo e analisando propostas de inclusão via FormRol de forma contínua, com as incorporações podendo acontecer a qualquer momento.

Atualmente, o processo de revisão, que levava dois anos para ser concluído, hoje tem prazo de análise de, no máximo, 9 meses. Tecnologias para o tratamento de câncer levam entre 4 e 6 meses para serem analisadas. E aquelas tecnologias que já tiverem sido aprovadas para incorporação no SUS passam pela análise da ANS em, no máximo, 2 meses.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista de consultas, exames, terapias e cirurgias que constitui a cobertura obrigatória para os planos de saúde regulamentados (contratados após 2/01/1999 ou adaptados à Lei 9.656/98). Essa lista possui 3.373 itens que atendem a todas as doenças classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e pode ser consultada no site da ANS (clique aqui). Só em 2022, já foram incluídos 9 procedimentos e 20 medicamentos, bem como ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como o Transtorno do Espectro Autista, além do fim dos limites para consultas e sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, desde que seja indicado pelo médico que acompanha o paciente.

VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES (VCMH) APRESENTA LEVE QUEDA E FECHA EM 25%

Revista Cobertura – 30/08/2022

Índice calculado pelo IESS não significa redução nos custos, que estão crescendo em velocidade menor

A Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) apurada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) foi de 25% nos 12 meses encerrados em dezembro de 2021, comparado com os 12 meses anteriores. O índice teve uma redução de 2,7 pontos percentuais em relação ao último levantamento divulgado, referente a setembro do ano passado, e não significa uma queda nos custos gerais, que estão crescendo em velocidade menor.

O estudo leva em conta o comportamento de uma carteira de 672,6 mil beneficiários de planos individuais e se revelou superior à inflação de preços medida pelo IPCA/IBGE, que foi de 10,1% no mesmo período.

“A leve desaceleração foi puxada, principalmente, pelo item Exames, cujos indicadores passaram de 31,6%, em set/21, para 29%, em dez/21, devido a uma redução na frequência de utilização”, afirmou o superintendente executivo do IESS, José Cechin.

No mesmo período, houve queda em Internação, de 29,3% para 24,4%, puxada por desaceleração do custo médio e também da frequência de utilização. Vale ressaltar que os dois itens, Exames e Internação, respondem por 73% da composição do indicador.

O levantamento do IESS, no entanto, revela que a VCMH foi positiva em todos os grupos de procedimentos, indicando aumento nas despesas per capita no período avaliado. O maior registro ocorreu em Outros Serviços Ambulatoriais – OSA (44,6%), seguido por Exames (29%), Consultas e Internações (24,4%) e Terapias (13,5%).

Em relação aos dados por Grupo de Procedimentos, nota-se que as Internações têm o maior peso (63%), seguidas por Terapias (12%), Exames Complementares (10%), Consultas (2%) e OSA (8%).

Como a VCMH é calculada

A VCMH é calculada a partir de metodologia internacional considerando-se o custo médio por exposto em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos 12 meses imediatamente anteriores. O índice é uma média ponderada por padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo), o que possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico-hospitalar. Com isso, eliminam-se boa parte das variações que decorrem de mudanças na composição dos planos, que nada teriam a ver com variação de despesas.

A metodologia é reconhecida internacionalmente e aplicada na construção de índices de variação de custo per capita em saúde nos Estados Unidos, como o S&P Healthcare Economic Composite e Milliman Medical Index.

Clique aqui para acessar o estudo na íntegra.

SENADO APROVA PROJETO QUE OBRIGA PLANOS DE SAÚDE A COBRIREM TRATAMENTOS FORA DO ROL DA ANS

G1 – 29/08/2022

Senadores deram aval ao mesmo texto aprovado na Câmara; com isso, projeto vai à sanção de Bolsonaro. Em junho, STJ decidiu que lista da ANS representava a cobertura obrigatória total.

O Senado aprovou nesta segunda-feira (29) proposta que obriga os planos de saúde a cobrirem tratamentos e exames não previstos na lista da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS). O texto acaba com o chamado "rol taxativo" da agência.

Em junho, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) desobrigou as operadoras de pagarem por procedimentos não listados no rol. Em agosto, no entanto, a Câmara aprovou um projeto de lei para reverter essa decisão e dizer que a lista da ANS é apenas "exemplificativa", e não a cobertura total.

Como os senadores aprovaram o mesmo texto que passou na Câmara, o projeto seguirá para sanção presidencial.

Pela proposta, os planos terão de pagar por tratamentos, mesmo que fora do rol, desde que sigam um dos seguintes critérios:

- eficácia comprovada;
- recomendação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS ou recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional. Neste último caso, o tratamento precisa ainda ter sido autorizado para os cidadãos do país que sediar esse órgão de renome internacional, quando for o caso.

Na prática, o texto, que ainda precisa do crivo da Presidência antes de virar lei, acaba com o rol taxativo e o torna exemplificativo, com uma função de referência.

Polêmica

Na semana passada, o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, argumentou em sessão de debates no Senado que se os planos forem obrigados a cobrir os tratamentos não citados na lista da ANS, os custos "serão repassados" para os usuários.

Enquanto o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello, disse que forçar os planos a pagarem pelos tratamentos pode causar "desequilíbrio no setor" pois "80% das operadoras são pequenas" e "não terão condições de arcar com os custos elevados dos medicamentos".

Na ocasião, entidades da sociedade civil, que representam autistas e pessoas portadores de doenças raras, por exemplo, alegaram que a decisão do STJ causou insegurança jurídica já que alguns tratamentos foram interrompidos de forma imediata. Na sessão desta segunda, grupos favoráveis ao projeto também acompanharam a votação no plenário do Senado.

O relator, Romário (PL-RJ), classificou em seu parecer que "a necessidade de prévia manifestação da ANS pode restringir consideravelmente o conjunto de terapias que possuem evidências científicas sobre sua eficácia a serem disponibilizadas aos beneficiários, uma vez que a agência ainda não tem estrutura para acompanhar adequadamente o desenvolvimento tecnológico das tecnologias em saúde".

Segundo a senadora Dra. Eudócia (PSB-AL), a limitação da cobertura por meio do rol taxativo terá como consequência o "endividamento das famílias e a migração massiva dos pacientes para o SUS".

Decisão do STJ

O STJ entendeu que o rol da ANS é taxativo, ou seja, o que não está nesta lista preliminar da agência não precisa ter cobertura das operadoras.

Com isso, o paciente só terá direito a um procedimento que não conste na lista em situações excepcionais. Um exemplo de exceção é se não houver no rol um tratamento semelhante ao que o paciente necessite; ou em caso de terapias com recomendação médica, que não possuem substituto na lista da agência.

Antes da decisão, a lista da ANS era considerada exemplificativa pela maior parte do Judiciário. Isso significa que pacientes que tivessem negados procedimentos, exames, cirurgias e medicamentos que não constassem na lista poderiam recorrer à Justiça e conseguir essa cobertura.

Isso porque o rol era considerado o mínimo que o plano deveria oferecer. Os planos, assim, deveriam custear outros tratamentos que não estão na lista, mas que tenham sido prescritos pelo médico, tenham justificativa e não sejam experimentais

AUMENTA INTERESSE DA POPULAÇÃO SOBRE PORTABILIDADE DE PLANOS DE SAÚDE

Segs – 29/08/2022

De acordo com dados da ANS, o número de protocolos emitidos é mais de 2% superior ao do semestre passado. Guia da ANAB auxilia consumidor a exercer a mudança do plano mantendo cobertura ideal

O brasileiro tem se desdobrado para equilibrar o orçamento sem abrir mão do plano de saúde. Em julho o setor registrou o total de 49,8 milhões de beneficiários, o maior número desde 2016 segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na mesma medida, o interesse pela portabilidade de carências, no total de protocolos emitidos, no primeiro semestre deste ano foi 2,1% maior (3.309) que o total gerado no segundo semestre de 2021.

Para auxiliar o consumidor no processo de portabilidade, a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) disponibiliza o Guia de Portabilidade dos Planos de Saúde, versão online e gratuita, com todas as informações necessárias para o beneficiário solicitar a mudança.

"Os brasileiros valorizam, desejam e temem perder o benefício. Enquanto o número de novos usuários cresce, vemos também uma parcela de pessoas que buscam uma solução para manter o plano, especialmente em virtude do preço, por isso 47% dos beneficiários precisaram ajustar o orçamento para manter o serviço no último ano", destaca Alessandro Acayaba de Toledo, advogado especializado em direito na saúde e presidente da ANAB. O dado de 47% faz parte da Pesquisa ANAB de Assistência Médica, que mapeou o uso do brasileiro do SUS e dos planos de saúde ao longo dos últimos 12 meses. Acesse a pesquisa no site da ANAB.
"O Guia da ANAB mostra ao consumidor que ele tem direito à portabilidade e que ela pode ser uma alternativa para reduzir valores e alinhar uma cobertura mais adequada às necessidades", explica Alessandro Acayaba de Toledo.
O guia da ANAB está dividido em sete capítulos. Com uma linguagem didática, o consumidor vai entender o contexto legal da portabilidade, as vantagens para quem decide aderir, orientações para análise de caso, passo a passo do procedimento e dicas sobre segurança de dados. O material traz ainda um capítulo de orientações financeiras para quem deseja colocar as contas em dia com o dinheiro economizado no plano.

Durante a pandemia, as operadoras de planos de saúde criaram ao menos 40 portfólios de produtos para atender as demandas do consumidor. "A ANAB, como representante no segmento de planos coletivos por adesão, incentiva o lançamento de novas opções para o consumidor. Exemplo disso são os planos com redes credenciadas de alcance regional e até operadoras que possuem suas próprias clínicas e centros de atendimento ao paciente. Tudo isso contribui para a redução de valores", finaliza Alessandro.

O Guia de Portabilidade dos Planos de Saúde está disponível para download - clique aqui - no site da ANAB.

Para acessar os dados atualizados sobre portabilidade, visite o site da ANS.

O papel das administradoras de benefícios - A ANAB representa as empresas que fazem a gestão e comercialização de planos de saúde coletivos, aquela em que o benefício é vinculado a alguma empresa ou entidade de classe a que o consumidor pertença. De acordo com a ANS, há 176 administradoras de benefícios cadastradas no país.

Levantamento da ANAB aponta que, nos últimos 8 anos, quem tinha uma administradora de benefícios na gestão do plano de saúde pagou R$ 7 bilhões a menos de reajuste das operadoras. Esse valor representa a diferença entre o pedido pelas operadoras para o reajuste anual e o efetivamente cobrado dos clientes das administradoras de benefícios após a atuação dessas empresas na negociação em prol dos consumidores, com redução de custos de 40%.

ANS DIVULGA DADOS SOBRE O INTERESSE NA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

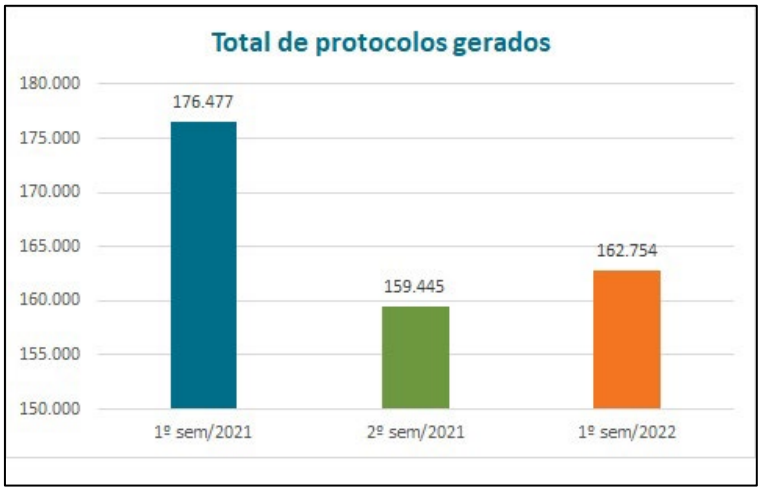
GOV (ANS) – 25/08/2022

Usuários de planos de saúde geraram mais de 162 mil protocolos no 1º semestre de 2022

No primeiro semestre de 2022, usuários de planos de saúde finalizaram 162.754 pesquisas no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre planos disponíveis para a realização da portabilidade de carências. O principal motivo informado pelos consumidores para o interesse na troca de plano sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência foi a busca por um produto mais barato.

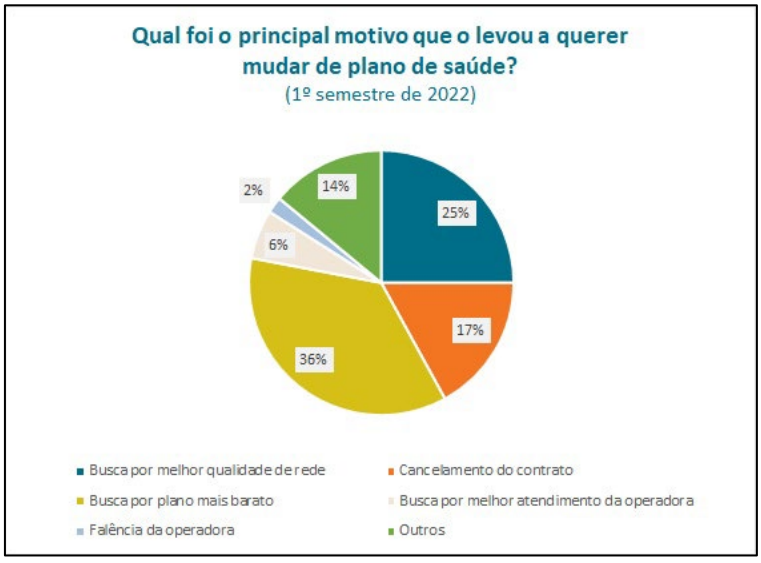
O dado faz parte do relatório de acompanhamento de protocolos de portabilidade emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta de consulta disponível no portal da Agência para a contratação e troca de planos de saúde. Cada pesquisa de portabilidade de carências concluída no Guia ANS gera um protocolo com as informações sobre o plano e a operadora escolhidas pelo consumidor para a troca.

O total de protocolos emitidos no primeiro semestre deste ano foi 2,1% maior (3.309) que o total gerado no segundo semestre de 2021 e 7,8% menor que o total de protocolos emitidos no primeiro semestre de 2021. Importante destacar que o número de protocolos emitidos representa o total de consultas finalizadas no Guia ANS e não o número de portabilidades de carência efetivadas.



Motivação para mudança de plano

De janeiro a junho de 2022, os principais motivos informados pelos beneficiários quanto ao interesse na portabilidade de carências foram: a busca por um plano mais barato (36%), a procura por melhor qualidade da rede prestadora (25%) e cancelamento de contrato (17%), como pode ser visto no gráfico abaixo.



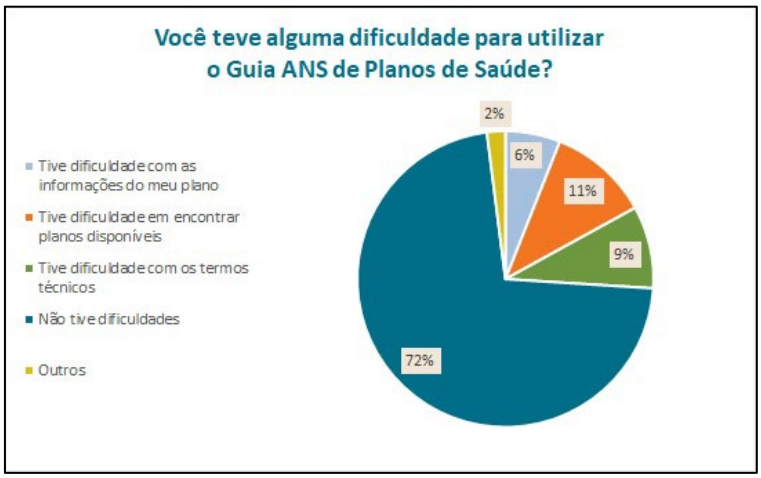
Período: janeiro a junho de 2022

Percepção dos usuários sobre o Guia de Planos da ANS

A percepção dos usuários sobre o Guia de Planos tem sido mensurada pela ANS com o objetivo de aprimorar, de forma permanente, a ferramenta. Dessa maneira, após o relatório ter sido gerado, é feita uma pesquisa com os usuários.

No primeiro semestre de 2022, 72% das pessoas que acessaram o Guia não tiveram dificuldades, enquanto 11% informaram dificuldade de encontrar planos disponíveis na região de seu interesse. Já 9% informaram que tiveram dificuldades com os termos técnicos utilizados no sistema

.



Período: janeiro a junho de 2022

Como fazer a portabilidade de carências

A portabilidade de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária, garantido a todos os beneficiários de planos de saúde regulamentados (contratados a partir de 01/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98).

Essa opção está disponível aos beneficiários de qualquer modalidade de contratação (planos individuais, coletivos empresariais e coletivos por adesão), mediante o cumprimento dos seguintes requisitos gerais:

O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)

1. O plano de destino deve ter faixa de preço compatível com o plano atual

2. O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado

3. O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades

4. O beneficiário deve ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano:

1ª portabilidade: 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade: Se já tiver feito portabilidade antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano; ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

Há ainda situações específicas, em que não é exigida a compatibilidade de preço ou o cumprimento do prazo de permanência no plano (veja situações específicas de portabilidade), são os casos em que o beneficiário tem que mudar de plano por motivos alheios à sua vontade, como, por exemplo, morte do titular, demissão, cancelamento do contrato e falência da operadora.

Vale ainda esclarecer que as regras gerais para exercício da Portabilidade de Carências, bem como os requisitos necessários para tal, estão atualmente dispostos na Resolução Normativa nº 438/2018. No portal da ANS, também pode ser encontrada uma cartilha que explica a portabilidade de forma didática e acessível: Confira aqui.

Guia ANS de Planos de Saúde

Para consultar os planos disponíveis no mercado e compatíveis para fins de portabilidade, o beneficiário deve consultar o Guia ANS de Planos de Saúde. Depois de preencher as informações requisitadas sobre o plano de origem e sobre os critérios desejados na contratação do novo plano, ao final da consulta serão retornados os planos disponíveis para portabilidade.

O beneficiário deve escolher o plano que mais lhe convier e emitir o protocolo de Relatório de Compatibilidade. Depois de escolher o novo plano ao qual deseja aderir, deve procurar a operadora munido da documentação exigida e solicitar a proposta de adesão. A operadora do plano de destino tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

Documentação exigida para realizar a portabilidade de carências:

1. Comprovante de que está em dia com o pagamento das mensalidades: comprovante das três últimas mensalidades pagas OU declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante estar em dia com o pagamento das mensalidades ;

2. Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada OU contrato assinado OU declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante do plano atual;

3. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino OU nº de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;

4. Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de sua inscrição nos órgãos competentes para contratação de plano empresarial.

Situações em que há carência no novo plano contratado
Caso o beneficiário exerça portabilidade para um plano com coberturas não previstas no plano de origem, estará sujeito ao cumprimento de carências, mas somente para as novas coberturas. Por exemplo: um beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar cumprindo carências apenas para a cobertura hospitalar.

Com isso, a ANS ampliou as opções de escolha do beneficiário, permitindo que ele encontre um plano de saúde que atenda suas necessidades, sem cumprir carências para as coberturas que já tenha cumprido, preservando, por outro lado, o equilíbrio do setor, ao manter a lógica prevista em Lei de exigência de carências para as novas coberturas.

Clique aqui e saiba mais sobre portabilidade.

QUALIDADE HOSPITALAR É TEMA DE ENCONTRO DA ANS

GOV (ANS) – 29/08/2022

Programa Qualiss tem adesão voluntária e conta com mais de 130 hospitais participantes.

A Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS) promoveu nessa quarta-feira, 24 de agosto, uma reunião técnica do Programa de Monitoramento de Qualidade Hospitalar/PM Qualiss Hospitalar. O evento, que teve transmissão online, contou com a participação dos hospitais que fazem parte do programa.

Ao todo, 133 hospitais das cinco regiões do País aderiram, de forma voluntária, ao programa, que tem o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade dos serviços por meio do monitoramento e avaliação do desempenho e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares através de indicadores.

Foram abordados os objetivos, metodologia e os próximos passos do PM Qualiss Hospitalar, destacando a história dos hospitais envolvidos e a necessidade da avaliação sobre a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Representantes de hospitais que estão no programa foram convidados a compartilhar suas experiências na prática, dentre eles Andressa Riggs, do Hospital das Clínicas de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul; Camila Silva, do Hospital Unimed, de Volta Redonda, no Rio de Janeiro; Eduarda Carvalho, do Hospital Santo Amaro, localizado na Bahia e Pollyana Campos, do Hospital Brasília, situado na capital federal.

O encontro pode ser visto na íntegra aqui

ANS AFIRMA QUE PROJETO DO ROL TAXATIVO PODERÁ ATINGIR 80% DAS OPERADORAS DE SAÚDE E DESCONTROLAR SISTEMA

Segs – 25/08/2022

Nesta terça-feira (22), o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Paulo Rebello contou que a aprovação do projeto que trata da obrigação dos planos de saúde de cobrirem tratamentos que não estejam previstos pela ANS, o que acaba com o rol taxativo, assim, desconsidera o trabalho realizado pela agência reguladora e que pode desequilibrar o setor de saúde suplementar.

De acordo com as informações do site Valor Econômico, o diretor-presidente pontuou que acredita que 80% das operadoras de saúde não terão condições de sustentar os custos dos novos procedimentos.

“É bom que se diga e traga a verdade aqui porque muito foi falado sobre isso como a anuência da agência baseado nesse texto que foi apresentado quando não houve qualquer tipo de anuência. Houve sim uma manifestação contrária a esse texto. Querer desconsiderar o trabalho que é feito pela ANS, é isso que estamos vendo aqui hoje”, afirmou Paulo Rebello durante audiência pública.

Conforme o diretor-presidente da ANS, apenas alguns planos de saúde de grande porte que poderão custear tratamentos novos, que estão fora do rol taxativo hoje em dia. “Qualquer decisão que venha a ser diferente daquilo que a agência já faz hoje em dia vai trazer sim o desequilíbrio no setor de Saúde Suplementar, vai trazer sim uma migração de pessoas desse setor para o SUS. Estamos lidando com um setor em que 80% dessas operadoras são operadoras pequenas, que ficam no interior dos estados, que não terão condições de arcar com os custos elevados desses medicamentos e quando ultrapassar para os beneficiários, eles não vão conseguir permanecer nesse setor”.

ENTIDADES DO SETOR DE SAÚDE ESTIMAM 83 MIL DEMISSÕES COM A ADOÇÃO DO PISO DE ENFERMAGEM SEM CONTRAPARTIDA

Valor Econômico – 24/08/2022

Segundo a pesquisa, medida poderia resultar no fechamento de 20 mil leitos de hospitais privados e filantrópicos e laboratórios de medicina diagnóstica

Entidades de saúde privada e filantrópica estimam que o piso nacional de enfermagem, sem a contrapartida de um subsídio, deve provocar a demissão de 83 mil profissionais e o fechamento de 20 mil leitos a partir do próximo mês, quando começam a ser pagos os novos salários da categoria.

Esses números referem-se ao cenário apresentado por 2,5 mil estabelecimentos como hospitais, clínicas, laboratórios de medicina diagnóstica, entre outros privados com ou sem fins lucrativos (filantrópicos).

Os hospitais e clínicas que participaram do levantamento informaram que haverá um acréscimo de 60% na folha de pagamento e 59% deles disseram que pretendem reduzir investimentos. “Os impactos são imediatos, a folha de pagamento está aí. As Santas Casas e hospitais filantrópicos, que já sofriam com o subfinanciamento, agora sofrem com o acréscimo de 60% na folha de pagamento”, disse Mirocles Véras, presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia (CMB).

O piso nacional de enfermagem começou a vigorar, no setor privado, no começo deste mês e dia 5 de setembro será pago o primeiro salário já de acordo com o aumento estabelecido. Os enfermeiros passam a receber pelo menos R$ 4,7 mil, os técnicos de enfermagem, R$ 3,3 mil e os auxiliares agora têm um piso de R$ 2,3 mil.

“A adoção de um piso sem contrapartida, financiamento, não é crível. Haverá demissões e fechamento de leitos. Os hospitais estão com uma taxa de ocupação de cerca de 80% e o fechamento de leitos vai prejudicar o paciente”, disse Antonio Britto, presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp).

Daniel Menezes, membro do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) disse que já era esperada essa reação dos estabelecimentos de saúde e que não acredita nesse volume de demissões. “É muita especulação, é um levantamento, não um estudo aprofundado”, afirmou. “As demissões que estão ocorrendo agora são de contratos temporários, não devido ao novo piso”, complementou.

Menezes afirmou ainda entender a situação dos hospitais filantrópicos que são remunerados pela tabela SUS, defasada há anos, e defende uma contrapartida financeira por parte do governo às Santas Casas a fim de arcar como a nova remuneração dos enfermeiros. Em sua visão, os filantrópicos não vão quebrar por causa do piso.

Segundo Bruno Sobral, diretor da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), há o risco de maior contratação de auxiliares de enfermagem, que têm um salário menor. “Além disso, agora, a remuneração do técnico passa a ser equivalente a 70% do salário do enfermeiro, que pode se sentir desestimulado a estudar mais para chegar ao cargo de enfermeiro. Também há o risco de judicialização aumentar”, disse.

O piso está sendo questionado por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) no Supremo Tribunal Federal (STF). A Santa Casa de Belo Horizonte conseguiu uma liminar bloqueando R$ 3 milhões, por mês, de contas do governo, para subsidiar o piso.

O levantamento foi feito pela CMB, CNSaúde, Anahp, Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), entre outras.

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.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.