

19 de Abril de 2017

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE CAI 2% EM MARÇO, DIZ IESS

Istoé –18/04/2017

O mercado de planos de saúde encolheu 2% em março deste ano na comparação com igual período de 2016, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O dado considera os planos médico-hospitalares, que fecharam o mês com 47,6 milhões de beneficiários, rompimento de 978,2 mil vínculos desde o mesmo mês do ano anterior.

No estudo, produzido com base nos números da Agência Nacional de Saúde (ANS), o IESS avalia que não há sinais de retomada do

crescimento do mercado nos próximos meses, em especial em razão do impacto do cenário de emprego.

Na comparação com fevereiro, houve queda de 0,1% no número de beneficiários. Em fevereiro, houve uma leve variação positiva de 0,3% ante janeiro, mas o dado não se confirmou como o início de uma tendência positiva.

Odontológicos

Diferente do que ocorre nos planos médicos, o total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segue crescendo. Houve alta de 7,7% em março ante igual período de 2016, o que representa 1,6 milhão de novos vínculos.

MANIFESTO CONTRA PLANOS DE SAÚDE DE BAIXA COBERTURA GANHA NOVAS ADESÕES

Revista JRS –18/04/2017

O manifesto contra os planos de baixa cobertura, lançado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em parceria com diversas instituições paulistas e nacionais, recebe novas adesões. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), as Sociedades Brasileiras de Bioética e de Clínica Médica, Associação Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (Sogesp) e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD) acabam de declarar apoio ao documento, que denuncia manobra do governo federal de tentar iludir a população com a oferta de planos mais baratos, mas sem esclarecer que esses produtos terão cobertura muito restrita.

Proposta de planos acessíveis abre discussão sobre a escalada de custos na saúde

Para as entidades, as propostas do Ministério da Saúde (MS), em estudo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), geram falsas expectativas de assistência, pois na prática, não atendem às necessidades do paciente nos momentos em que a saúde dele tem de ser preservada para evitar complicações. Além disso, levam em conta a criação de um novo rol de procedimentos, a liberação de reajustes para os planos individuais, o aumento dos prazos para agendamento de consultas e para o acesso a procedimentos.

Divulgado no Dia Mundial da Saúde, 7 de abril, o manifesto conta com apoio da Associação Paulista de Medicina (APM), Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Procon, ProTeste, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-SP) e promotores de Justiça Ministério Público do Estado de São Paulo (MP-SP).

Por outro lado, entre dezembro de 2014 e o mesmo mês de 2016, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas perderam o vínculo com o plano de saúde. A queda acentuada do número de beneficiários eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar. Essa grave situação levou a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e mais outras 20 instituições vinculadas ao setor, aos Órgãos de Defesa do Consumidor e ao Ministério da Saúde a debaterem o tema com o objetivo de combater a escalada de custos do segmento e ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades da população.

A partir de agora, o órgão regulador irá compor um Grupo de Trabalho – formado por servidores de todas as diretorias e da Procuradoria Geral da Agência – para avaliar, de forma técnica e jurídica, a viabilidade das sugestões recebidas.

“Este é o maior mérito de toda essa discussão. Mostrar a sociedade brasileira que a sustentabilidade do setor de saúde suplementar corre um grande risco diante do acelerado crescimento das despesas assistenciais. O consumidor precisa fazer parte desse debate para apontar que tipo de produto vai caber no seu bolso”, afirmou Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

REGIÃO DO PAÍS, EDUCAÇÃO E IDADE SÃO DETERMINANTES PARA A POSSE DE PLANOS DE SAÚDE, REVELA IESS

Terra –17/04/2017

Estudo inédito produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) aponta que o local de residência, a idade e o nível de educação são fatores determinantes para uma pessoa contar com um plano de saúde individual no Brasil. Segundo o levantamento, esses planos atendem a pessoas mais velhas e com maior prevalência de doenças crônicas do que a média da população brasileira.

"O plano de saúde se estabelece a partir do mutualismo e do subsídio intergeracional. Isso significa, na prática, que o equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do sistema se baseia no fato de que os mais saudáveis e mais jovens assumirão uma conta maior para que os menos saudáveis e mais idosos tenham um custo menor quando considerado o perfil de uso", explica Luiz Augusto Carneiro, superintendente-executivo do IESS. "O estudo identifica uma situação de risco de desequilíbrio nesse sistema hoje no Brasil: a maioria dos beneficiários desses planos são pessoas com idade mais avançada e que mais precisam dos serviços de saúde, sem o contrapeso da participação dos mais jovens e mais saudáveis", analisa.

Na prática, esse processo gera um risco conhecido como "seleção adversa": a maioria dos contratantes dos planos é formada por pessoas que necessitam de cuidados de saúde e usam o benefício para acessar esses serviços. Sem a contrapartida da participação daqueles que usam menos o serviço, pode haver desequilíbrio do sistema e um aumento significativo dos custos, exigindo a compensação nas mensalidades ou tornando os custos do produto

mais elevados. "Esse padrão é negativo, pois tende a encarecer o sistema como um todo, dificultando o acesso para pessoas mais saudáveis e pondo em xeque, em última análise, a sustentabilidade da saúde suplementar", avalia Carneiro.

A cada ano de vida, a probabilidade de possuir um plano de saúde individual aumenta em 0,13%. O que significa que pessoas mais velhas e, portanto, com mais chance de apresentarem problemas de saúde mais graves, tendem a procurar mais os planos de saúde individuais. Fato evidenciado pela média de idade dos beneficiários de planos individuais, que é de 47,7 anos. O que representa 8,8 anos a mais do que a média de população brasileira: 38,9 anos. Já a prevalência de ao menos uma doença crônica aumenta a possibilidade de adquirir o benefício em 1,22%.

Ter um plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, segundo pesquisa do Ibope/IESS. De acordo com o novo estudo, um residente da região Sudeste tem 3,2% mais chance de contar com o benefício do que outro da região Sul. Já os Nordestinos têm, em relação a quem vive no Sul, 2,06% menos probabilidade de contar com o benefício. "Essa probabilidade está intimamente ligada a disponibilidade de serviços de saúde", explica Carneiro. "A infraestrutura de saúde em uma região, ou seja, a oferta de serviços de saúde como ambulatorios, especialistas, hospitais etc., influencia a aquisição de planos na medida em que as pessoas se interessam mais em possuir o benefício nos locais onde poderão aproveitar mais esses serviços", comenta.

O estudo também aponta que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior a chance de possuir o plano. Uma pessoa com ensino superior completo tem 9,18% mais probabilidade de contar com o benefício individual do que outra sem ensino formal. Carneiro afirma que isso decorre da relação entre o nível de instrução de uma pessoa sua renda. "A renda continua a ser um fator extremamente determinante de acesso ao benefício. Talvez, com a proposta atual de haver planos de saúde mais acessíveis, hoje em análise pela ANS, é possível que essa condicionante se altere um pouco", admite.

AÇÕES VOLTADAS PARA IDOSOS REDUZEM CUSTOS DE PLANO

Correio Braziliense –16/04/2017

O envelhecimento da população e o aumento de custos médicos está levando as operadoras de convênios a investirem na promoção e prevenção da saúde na terceira idade. Os resultados de políticas de estímulo à prática de exercícios físicos já geram economia para as empresas desse mercado, sobretudo para as de autogestão. Segundo a Geap, que atende o funcionalismo público, em 2016, idosos inscritos nesses programas gastaram, em média, 23% a menos em relação aos que não participam da chamada Política de Atenção à Saúde, que oferece atividades diversas para a terceira idade.

Não é à toa que a busca pela redução de custos preocupa tanto as empresas de saúde suplementar. No ano passado, as despesas superaram as receitas do setor em R\$ 633,74 milhões, de acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). Há alguns anos, o segmento convive com margens operacionais negativas ou próximas de zero. Sem uma mudança estrutural no modelo de remuneração, medidas de prevenção são fundamentais para amenizar os custos no atendimento aos clientes que estão em uma fase da vida na qual os gastos são, normalmente, mais elevados.

A taxa de internação de beneficiários de planos com 59 anos ou mais é de, em média, 24%, com custo de R\$ 19,1 mil, apontam dados da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas). Já no caso dos jovens entre 19 e 23 anos o índice é de 7,4%, sendo que o gastos médio é de R\$ 7,6 mil. "Os custos acabam subindo com internação e hospitalização. Mas depois que o idoso passa dos 80 e 90 anos, as despesas costumam diminuir, se ele não é muito doente", garante o vice-presidente da entidade, João Paulo dos Reis Neto.

As medidas de promoção e prevenção têm sido essenciais para reduzir a sinistralidade, avalia o gerente regional da Geap no Distrito Federal, José da Silva Pacheco. "O retorno tem sido impressionante", afirma. A terceira idade pode ser uma época da vida muito melhor se precedida e acompanhada pela prática de exercícios físicos, boa alimentação e cuidado com a saúde. Afinal, o respeito ao corpo é fundamental para alcançar a longevidade sem a convivência com problemas de saúde.

Após o falecimento do marido, há nove anos, a depressão e a tristeza tomaram conta do dia a dia da aposentada Nadir Pereira Fernandes, 78 anos. Para superar a dor, ela procurou viajar. Mas isso foi insuficiente para controlar as doenças. "Tenho gastrite e hipertensão. Eu me sentia muito mal. Era triste e não aproveitava o que a vida tem a oferecer", diz Nadir. Somente após participar de encontros e atividades com outras pessoas da terceira idade, algumas organizadas pela Geap, reencontrou a felicidade. "Hoje,

me sinto muito mais alegre. E mesmo os problemas de saúde não incomodam tanto”, afirma.

A também aposentada Onízia Teixeira, 82 anos, também conseguiu mudar de vida com a prática de atividades físicas. “Tomo remédios só para hipertensão”, afirma. Quando mais jovem, ela sofreu complicações em decorrência de problemas de varizes e precisou fazer uma cirurgia. Durante o procedimento, sofreu três paradas cardíacas. “O médico disse que eu não teria muitos anos de vida. Mas ele acabou falecendo e eu ainda estou inteira”, constata. Com uma alimentação regrada e práticas de caminhadas e ginástica, ela pretende ir longe. “Tem muita gente que não tem coragem de viver. Mas eu ainda tenho muita coisa boa para fazer.”

Maria Nadir Soares Neto, 85 anos, mais conhecida como Xuxa, tira proveito da boa alimentação e das práticas físicas há duas décadas. Há 20 anos, pratica natação. Há oito anos, decidiu também fazer musculação. Ao longo desse período, ainda aprendeu dança cigana e dança do ventre. O pique e a saúde andam tão em dia que ela quase não usa o plano. “Eu procuro sempre me cuidar. A vida é maravilhosa e quero continuar aproveitando tudo de bom que ela tem a oferecer. E acho que os jovens que não estão se cuidando deveriam fazer o mesmo”, diz.

ANS ATUALIZA DADOS DO SETOR

ANS –13/04/2017

O número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica e demais dados relacionados ao setor relativos a março estão disponíveis para consulta na Sala de Situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As informações foram atualizadas na quinta-feira (13/04).

Nesse mês, o setor registrou 47.606.341 beneficiários em planos médico-hospitalares e 22.468.131 em planos exclusivamente odontológicos.

A Sala de Situação é um painel que mostra um panorama do setor mês a mês, com informações sobre número de beneficiários, de operadoras e de planos de saúde disponíveis, demandas dos consumidores (reclamações e pedidos de informação) e receitas e despesas das empresas. Também podem ser consultados dados específicos por Unidade Federativa e por operadora.

Acesse aqui a Sala de Situação.

Confira nas tabelas abaixo o número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica detalhados por modalidade de contratação e por UF:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR TIPO DE CONTRATAÇÃO							
	competência	total	coletivo			individual	não informado
			empresarial	por adesão	não identificado		
Assistência médica	Março/2016	48.584.583	32.199.721	6.582.361	9.918	9.557.389	235.194
	Março/2017	47.606.341	31.591.360	6.453.413	8.800	9.344.440	208.328
Exclusivamente odontológicos	Março/16	20.870.602	15.408.065	1.829.578	4.158	3.583.961	44.840
	Março/17	22.468.131	16.406.813	1.924.952	4.064	4.097.312	34.990

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR UF		
UF	Março/2016	Março/2016
Acre	46.313	47.977
Alagoas	409.023	400.445
Amapá	71.472	70.149
Amazonas	510.303	542.623
Bahia	1.618.370	1.593.239
Ceará	1.248.754	1.277.816
Distrito Federal	897.870	878.301
Espírito Santo	1.113.856	1.094.963
Goiás	1.105.218	1.088.789
Maranhão	477.925	470.260
Mato Grosso	549.286	525.082
Mato Grosso do Sul	556.635	553.608
Minas Gerais	5.126.038	5.019.724
Pará	829.994	811.878
Paraíba	423.249	426.175
Paraná	2.842.851	2.796.398
Pernambuco	1.367.160	1.364.496
Piauí	290.289	294.218
Rio de Janeiro	5.765.319	5.554.140
Rio Grande do Norte	520.881	515.458
Rio Grande do Sul	2.671.778	2.630.430
Rondônia	170.893	158.358
Roraima	30.779	30.629
Santa Catarina	1.465.530	1.480.241
São Paulo	18.033.309	17.539.718
Sergipe	320.427	317.268
Tocantins	107.645	109.517
Não Identificado	13.416	14.441

UNIMEDS MUDAM EM BUSCA DE INTEGRAÇÃO

Valor Econômico – 13/04/2017

Em 2015, quando a Unimed Paulistana quebrou, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obrigou três cooperativas médicas do sistema Unimed a assumir a carteira de planos de saúde individuais da operadora. No ano passado, os membros do sistema também foram chamados pela ANS a acompanhar de perto a crise da Unimed-Rio – uma de suas maiores operações no país. Os dois casos parecem ter servido como alerta de que algo precisava mudar no modelo totalmente descentralizado adotado até então. Medidas na direção de um sistema mais integrado foram tomadas e estão sendo reforçadas este ano.

“Temos que ter um acompanhamento mais próximo. As ocorrências não vão ficar como responsabilidade da ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]. Tem que ter centralização de algumas coisas”, disse Orestes Pullin, que assumiu ontem a presidência da Unimed do Brasil, entidade que gerencia e representa institucionalmente as cooperativas que operam sob a marca.

No fim do ano passado, foram aprovadas alterações na Constituição do sistema. Agora, a Unimed do Brasil pode exigir das cooperativas informações de qualquer espécie e fazer avaliações presenciais das estruturas. As federações (que representam as cooperativas de uma determinada região ou estado) passaram a ser liberadas para convocar reuniões com conselhos e cooperados para discutir sua situação econômica-financeira, além de realizar auditorias.

Agora, está em fase de testes um banco de dados centralizado com informações de pacientes, o Registro Eletrônico de Saúde (RES). A

Unimed do Brasil também está desenvolvendo internamente um sistema de análise de dados (BI) para auxiliar na tomada de decisões. “É um novo desafio da evolução do sistema. Um novo salto a ser dado”, afirmou Helton Freitas, da Seguros Unimed. Ele também faz parte da nova diretoria da Unimed do Brasil, empossada para um mandato de quatro anos, ao lado de Alexandre Ruschi (da Central Nacional Unimed) e Nilson Luiz May (da Unimed Participações).

O sistema Unimed é composto por 348 cooperativas – sendo 293 operadoras que vendem planos de saúde a clientes (as outras são entidades jurídicas, como federações). Elas reúnem 114 mil médicos, atendem 18 milhões de pessoas e somam 29% do mercado brasileiro de planos de saúde. No acumulado de 2016 até setembro, última informação disponível, o sistema teve faturamento de R\$ 48 bilhões, com lucro de R\$ 1,3 bilhão.

Segundo Pullin, hoje existe menos resistência por parte das cooperativas em compartilhar informações sobre suas operações, uma vez que esses dados precisam ser tornados públicos por exigência da ANS. O maior acompanhamento não significa, entretanto, menos autonomia para as cooperativas.

Um olhar mais atento sobre o desempenho das cooperativas começou a ser adotado há quatro anos. Hoje, oito cooperativas trabalham no que recebeu o nome de “planos internos preventivos”, para ajustar suas operações. Os nomes das unidades não são revelados por questões de confidencialidade.

A Unimed do Brasil, que não tem poder de intervenção nas cooperativas, acompanha a execução do plano oferecendo

informações sobre preços que eventualmente precisem ser ajustados para equilibrar as contas, ou negociações entre cooperativas para o pagamento de débitos – como aconteceu com a Unimed-Rio, que ganhou maior prazo para quitar uma dívida de R\$ 100 milhões com outras cooperativas pelo atendimento de pacientes fora de seu Estado de origem, o chamado intercâmbio.

Os executivos da Unimed defendem – não só para o seu sistema, mas para todo o mercado de planos de saúde – a ampliação do conceito de atenção primária, ou médico da família. Nele, em vez de uma pessoa escolher um médico por sua especialidade quando precisa, ela passa a ter um profissional que a acompanha e faz eventuais indicações de especialistas. Segundo Ruschi, o modelo é muito mais eficiente e menos oneroso.

Na Unimed-Vitória, onde foi presidente, ele conta que os clientes desse modelo representam um custo assistencial 43,03% menor que o da carteira geral e fazem a metade do número de exames. “É um plano até mais barato para o cliente [porque tem um custo menor]”, disse. O modelo de atendimento primário começou a ser estudado pelas Unimeds 2011 e hoje está implantado em 30, com 150 mil pacientes participantes.

Freitas reconhece que a adoção do modelo não é fácil, por fatores como a falta de médicos capacitados para esse tipo de atendimento e pelo própria estrutura do sistema de saúde. Mas ressalta que o debate sobre o assunto precisa ser feito uma vez que o modelo que remunera pela quantidade de atendimentos e exames feitos é insustentável no médio e longo prazo.

LICENÇA PARA APLICAR

Folha de São Paulo –12/04/2017

As operadoras de planos de saúde poderão receber uma autorização prévia da ANS (órgão regulador) para movimentar cerca de R\$ 21,7 bilhões em ativos garantidores —lastro para cobrir os passivos das companhias.

Hoje, as operadoras precisam pedir aval da ANS para movimentar os recursos, o que pode demorar dois meses. O prazo trava investimentos de maior rentabilidade, segundo o setor.

“Na prática, a medida permite que as empresas invistam mais no mercado aberto”, afirma o economista-chefe da Abramge (associação do setor), Marcos Novais.

“O impacto dessa autorização é marginal, mas como muitas companhias do setor não têm conseguido resultado com a própria operação dos planos de saúde, a receita adicional é importante.”

A liberação pela ANS depende de requisitos como a comprovação do equilíbrio financeiro, já que os ativos são a garantia de pagamento de compromissos da operadora.

LÍDERES DEBATEM PRINCIPAIS PROBLEMAS DO MERCADO

FenaSaúde –12/04/2017

A elevação da taxa de sinistralidade, ou seja, a relação entre as despesas assistenciais sobre as receitas de uma operadora, vem preocupando o setor de Saúde Suplementar, em especial as entidades representativas das operadoras de planos. A sinistralidade da saúde atingiu 84,4% no terceiro semestre de 2016 apenas com a assistência médica. Essa foi uma das discussões da mesa redonda “Controle da Sinistralidade na Saúde Suplementar, realizada no 8º Seminário Unidas, nos dias 10/04 e 11/04, em Brasília (DF).

Participaram do debate, Sandro Leal, superintendente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde); Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de

Saúde (Abramge); Alberto Gugelmin Neto, diretor vice-presidente da Unimed do Brasil; e Ricardo Ayache, diretor técnico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas).

Na avaliação do superintendente da FenaSaúde, o crescimento elevado das despesas assistenciais vem desafiando o setor a manter o equilíbrio econômico dos contratos e a solvência das operadoras e do próprio sistema de saúde suplementar. Pelos estudos da FenaSaúde apresentados no debate, nos últimos dez anos, em apenas quatro o resultado consolidado do setor foi positivo, reflexo de uma dinâmica de custos que cresce acima das receitas.

A despesa assistencial per capita, pelos cálculos da Federação, cresceu 138,3% de 2008 a 2016. Neste mesmo período, a inflação medida pelo IPCA foi de 65,8% e o reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais foi de 104,2% acumulados no período. “Isto mostra o descompasso entre a capacidade de pagamento das pessoas com o ritmo de crescimento dos custos da assistência à

saúde”, segundo Leal. “É fundamental equacionar os fatores que causam esse crescimento excessivo dos custos, dentre eles a incorporação de tecnologias sem custo-efetividade comprovada, abusos e fraudes no uso de OPME e desperdícios em geral que são observados ao longo de toda a cadeia produtiva”, argumentou.

Sandro Leal também alertou que a regulação está voltada apenas para as operadoras, não alcançando o prestador de serviços médicos nem a indústria de materiais e equipamentos. “A regulação veio corrigir falhas de mercado e fornecer informação ao beneficiário. Mas, o que vemos hoje é um excesso de regulação ou microrregulação, que impacta o operacional das empresas e desestimula o oferecimento de novos produtos. Para se corrigir falhas de mercado muitas vezes se criam falhas de regulação. Um exemplo é o que ocorreu nos planos individuais cujo subajuste recorrente levou o mercado para os planos coletivos”, esclareceu o superintendente da Federação.

Leal defendeu a importância da precificação e da manutenção da solvência em um período de sinistralidade crescente. Para fechar as

contas as empresas estão investindo em tecnologias da informação que contribuam para a maior previsibilidade do risco como o big data e os modelos preditivos. As regras prudenciais também contribuem pela valoração dos ativos garantidores das provisões técnicas. Outras operadoras apostam na verticalização da atividade; compras diretas; e ações de prevenção das doenças e promoção da saúde como medidas de controle dos custos assistenciais. “Mas é preciso ir além com novos modelos de remuneração e novos produtos que ajudem no compartilhamento do risco como coparticipação e franquia tornando o consumidor um agente mais atuante e consciente na saúde suplementar”, concluiu.

O 8º Seminário da Unidas reuniu dirigentes de operadoras de saúde, gestores, executivos de instituições públicas e privadas, representantes de sociedades de classe, médicos, enfermeiros, acadêmicos, formadores de opinião e prestadores de serviço, a fim de debater e definir estratégias para melhorar a viabilidade econômica da saúde suplementar a curto, médio e longo prazos.

ANS VAI DISCUTIR FLEXIBILIZAÇÃO DE REGRAS DE PLANOS DE AUTOGESTÃO

Agência Estado –11/04/2017

Depois de dois anos de insistência, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) conseguiu convencer

a Agência Nacional de Saúde Suplementar a discutir a flexibilização das regras dessa modalidade de plano de saúde, que não têm fins lucrativos e hoje atendem mais de 5 milhões de beneficiários.

SINOG APONTA DIFICULDADES CAUSADAS POR MULTAS

Revista Apólice –10/04/2017

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia – Sinog – afirmou em nota que as operadoras de **planos odontológicos** vêm enfrentando grandes dificuldades relacionadas ao processo de autuação da **Agência Nacional de Saúde (ANS)**. Essas dificuldades estariam ocorrendo devido ao que o sindicato denomina de um alto custo e desproporcionalidade do valor das multas – cuja média no ano passado chegou a quase R\$ 73 mil. Essa única multa corresponderia ao valor de cerca de 5 mil mensalidades de planos odontológicos, já que o ticket médio praticado pelas operadoras exclusivamente odontológicas é de R\$ 14,65.

O processo de autuação da agência junto às operadoras de planos odontológicos vem causando dificuldades no setor. Outros temas, como a mudança regulatória, os aumentos das autuações têm sido recorrentes nos mais diversos fóruns do segmento. O Sinog alega que, apesar de a ANS já estar convencida desta desproporcionalidade, as mudanças ainda não são significativas.

O Sinog espera que a ANS institua regras específicas para operadoras de planos odontológicos, uma vez que os segmentos de planos médicos e odontológicos são diferentes. Não pode uma operadora de plano odontológico, com ticket médio mensal de R\$ 14,65 pagar valor de multa igual a uma operadora de plano médico, cujo ticket é de R\$ 263,60 (17 vezes maior).

“O risco é termos cada vez mais multas em valores muito superiores à capacidade financeira do setor, inviabilizando o segmento, bem como possível aumento das mensalidades para o reequilíbrio das contas”, comenta o presidente do Sinog, Geraldo Almeida Lima.

De janeiro a agosto de 2016, foram aplicadas 164 infrações para as operadoras de planos odontológicos, que somaram R\$ 11,9 milhões, o que corresponde a um aumento de 42% registrado em todo o ano de 2015. Já em 2015 (de janeiro a dezembro), foram registradas 353 infrações, um total de R\$ 19,5 milhões. A perspectiva para 2017 é que o número de multas para os planos médicos e odontológicos ultrapasse a casa de R\$ 1 bilhão. “Se nada for alterado, as operadoras de pequeno porte não conseguirão se manter. Com isso, há o comprometimento da sustentabilidade dessas operadoras”, completa Lima.

Panorama de multas – operadoras exclusivamente odontológicas

Período	Quantidade de Multas	Valor Total Multas Aplicadas (R\$)	Valor médio por multa (R\$)	Contraprestação mensal média (R\$)	1 (única) multa equivale a:
2014	311	23.214.735,31	74.645,45	15,02	4.970 mensalidades
2015	353	19.469.306,38	55.153,84	15,49	3.560 mensalidades
2016 (jan-ago)*	164	11.870.113,47	72.378,74	14,65	4.941 mensalidades

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