

25 de abril de 2018

OS MOTORES DA VCMH

IESS –24/04/2018

No Brasil, a saúde suplementar não dispõe de uma agência específica para avaliação de tecnologias em saúde e só agora caminha para o estabelecimento de regras claras para o processo de atualização do Rol, definindo as etapas, os requisitos documentais entre outras coisas (Cosaúde discute proposta de regulamentação do processo de atualização do Rol).

É importante observar que mesmo em países como Canadá, Austrália, Holanda e Reino Unido, que contam com sistemas robustos de análise de custo e efetividade para a incorporação de novas tecnologias, este ainda um fator de aumento da VCMH. Não é de se estranhar, portanto, que a falta de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) seja um dos principais motivos propulsores da VCMH. Afinal, não há recurso para ofertar tudo, o tempo todo, para todos.

Na mesma linha, o envelhecimento populacional (sem dúvidas, um enorme mérito da medicina moderna) tem um peso significativo no aumento da utilização dos serviços de saúde. Especialmente de internações. Dados do IBGE indicam que, em 2030, o Brasil contará com mais de 223 milhões de brasileiros, sendo 18,62% com 60 anos ou mais. Publicado em 2016, o TD 57 – Atualização das projeções para a saúde suplementar de gastos com saúde: envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro – estima que frente a esse avanço da população com mais de 60 anos, os gastos assistenciais podem chegar a R\$ 396,4 bilhões em 2030, o que representaria um avanço 268,4% em comparação a 2014. Já o

estudo especial “Caracterização dos beneficiários de alto custo assistencial – um estudo de caso” indica que 66,5% dos gastos assistenciais são consumidos por apenas 5% dos beneficiários, principalmente devido a internações de pessoas com idade avançada.

Algumas falhas de mercado também são apontadas pelo TD 69 como motores da VCMH. Especialmente a ausência de indicadores de qualidade que possibilitem identificar os melhores prestadores de serviços e realizar uma precificação mais justa dos serviços de saúde; e a falta de transparência nas relações entre os agentes de mercado. Práticas que encontram amparo no modelo de pagamento de serviços de saúde chamado fee-for-service, ou “conta aberta”, atualmente empregado no Brasil. Outro dos temas recorrentes aqui no Blog, não por falta de alternativas – Para saber mais, consulte nossa área temática.

Ainda pesa nessa conta, ao menos no caso brasileiro, o período de recessão econômica e aumento do desemprego que resultou na queda do total de beneficiários, sem uma correspondente redução de custos assistenciais; a judicialização da saúde; e os elevados custos de OPMEs, uma questão que esbarra em problemas como assimetria de informação e até mesmo fraudes.

Por conta desses problemas, embora as estimativas variem um pouco entre os relatórios das três consultorias analisadas no TD 69 (Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson), a VCMH para planos empresariais médico-hospitalares do Brasil é de aproximadamente 17%, o que nos coloca entre os 10 países de maior VCMH do mundo.

ATENÇÃO PRIMÁRIA É O MEIO MAIS EFICAZ DE GARANTIR BEM- ESTAR NA VELHICE

G1 –24/04/2018**O melhor indicador é a capacidade funcional de realizar as
atividades do dia a dia**

A Constituição de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”. No entanto, 30 anos depois, cresce o temor entre profissionais da área de que o Sistema Único de Saúde (SUS), criado para valer fazer esse direito, esteja debaixo de enorme pressão e em processo de desmantelamento. Esse foi o assunto recorrente do I Simpósio Nacional sobre Saúde, Envelhecimento e Estado de Bem-estar, realizado semana passada na Fiocruz, no Rio de Janeiro. Diante de uma plateia majoritariamente jovem, Dalia Romero, que é pesquisadora da instituição, mestre em Demografia e doutora em Saúde Pública, ressaltou a importância da atenção primária de saúde: “no que diz respeito ao envelhecimento da população, isso é fundamental. Embora as doenças crônicas façam parte da velhice, o foco não deveria estar apenas nelas, e sim

no bem-estar das pessoas. E o melhor indicador de bem-estar é a capacidade funcional, de poder realizar as atividades diárias, como comer, tomar banho, sair à rua. Pode haver a presença da doença, mas a independência está mantida”.

Dalia lembrou que, em áreas pobres onde há atenção primária adequada, é possível encontrar indivíduos vivendo numa situação de mais bem-estar do que em regiões de classe média onde idosos moram sozinhos: “o papel do agente de saúde é crucial. Sem atenção primária, caminhamos para o risco de um número maior de internações por condições que poderiam ser evitadas, como hipertensão ou diabetes”. E ainda enfatizou a possibilidade de utilização de tecnologias de baixo custo para beneficiar os mais velhos, citando o exemplo de Portugal, que distribui talheres especiais para portadores do Mal de Parkinson – “atenção primária interessa a todos”, resumiu.

Para Marco Aurelio C. Nascimento, assessor da Coordenação das Ações de Prospecção da Fiocruz, o SUS “é um ativo estratégico nacional para atender ao número crescente de idosos”. Para ilustrar a dimensão do Sistema Único de Saúde, apresentou alguns números: num país de 200 milhões de habitantes, há 130 milhões cobertos pelo programa de Saúde da Família. O SUS realiza 1.5 bilhão de consultas médicas e 12.2 milhões de internações por ano. Tem a maior rede de bancos de leite humano do mundo e 90% das vacinas são financiadas e oferecidas pela rede. “Precisamos zelar pela infraestrutura e investir

em inovação. Não é fazer mais com menos, e sim mais com mais”, afirmou.

Saúde é um bem fundamental da população e um compromisso do Estado com o cidadão. De boa qualidade, é sinônimo de mortalidade menor na infância e bem-estar maior na velhice. Os idosos são um dos elos mais frágeis da cadeia: mesmo a parcela coberta por planos

privados acaba perdendo esse benefício quando deixa o mercado de trabalho. Num momento em que Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) discute a implantação de planos com pagamento de franquia, modalidade em que o consumidor tem de arcar com um valor além da mensalidade se precisar fazer exames ou consultas que não estão previstos no contrato, é hora de se pensar numa mobilização pelo fortalecimento do SUS – esse, sim, é para todos.

DIAGNÓSTICO TARDIO E FALTA DE UNIFICAÇÃO DIFICULTAM ENTRADA DE NOVAS TECNOLOGIAS NO SUS

Folha de S. Paulo –23/04/2018

Especialista defende agilidade na incorporação de novos remédios para reduzir custo com a judicialização

Problemas como a grande parcela de diagnósticos tardios da população, a falta de comunicação entre instituições e o aumento de casos de judicialização elevam os custos da saúde brasileira e dificultam a incorporação de novas tecnologias e medicamentos no SUS.

Essa foi uma das conclusões de especialistas que debateram o tema durante o 5º fórum A Saúde do Brasil, nesta segunda-feira (23), na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo. O evento, organizado pela Folha, tem patrocínio da Amil e da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e apoio da Fundação Getúlio Vargas, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

No Brasil, há uma demora de cerca de seis meses no SUS para conseguir marcar uma consulta e outros seis para realizar um exame, segundo Marco Antônio Fireman, secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e responsável pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS).

“O sistema recebe muitos pacientes com doenças em estado avançado, principalmente câncer. O tratamento acaba sendo mais oneroso e sem eficácia garantida”, afirma.

Para reduzir esse tempo de espera, assim como a grande distância que o paciente precisa percorrer em algumas regiões para conseguir fazer um exame, o governo tem a meta de criar 80 centros médicos de diagnóstico e tratamento contra o câncer distribuídos pelo país, de acordo com Fireman.

A jornalista e fundadora do Instituto Arte de Viver Bem, ONG voltada à luta contra o câncer de mama, Valéria Baracat, que também teve a doença, fez críticas à demora para a incorporação de medicamentos à rede pública, mesmo depois de aprovados pela Conitec.

“No ano passado, o trastuzumabe, uma droga que, com a quimioterapia, pode ampliar em cerca de dois anos e meio a vida do paciente, foi incorporado ao SUS. Devia estar na rede pública em todos os hospitais desde 29 de janeiro, mas não estava. Descobri que a primeira dose foi comprada no dia 10 de abril e só começa a chegar agora nos hospitais públicos”, contou.

Fireman, no entanto, afirmou que a demora para a chegada dos medicamentos pode se dever à falta de interligação entre os sistemas

de compras do SUS de alguns estados, o que afetaria o abastecimento. Outra possibilidade, segundo ele, é que haja problemas na comunicação entre as secretarias de estado de Saúde e os hospitais.

O superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Antonio José Rodrigues, destacou a importância da realização de avaliações profundas antes de incorporar alguma nova tecnologia ao SUS, levando em conta o quanto a mudança custará para a saúde pública e quais benefícios ela deverá trazer para o bem-estar dos pacientes.

“Qual é o impacto dessa tecnologia? Ela substitui total ou parcialmente a antiga? Ou complementa? A saúde não tem preço, mas tem custo, e não há dinheiro para tudo. Todos os protagonistas desse processo, engenheiros clínicos, médicos, órgãos de vigilância, devem estar envolvidos”, afirmou.

Segundo Rodrigues, a criação do prontuário eletrônico da saúde, um registro unificado com dados de todos os pacientes do SUS no Brasil, que está sendo implantado pelo Ministério da Saúde, deve permitir um acompanhamento mais detalhado dos pacientes e também ajudará a evitar parte do desperdício de dinheiro do setor.

Judicialização

Para Baracat, uma maior agilidade na incorporação de novos medicamentos e tecnologias ajudaria a reduzir os custos crescentes com a judicialização no país.

“Sou contra a judicialização, mas se for um medicamento já aprovado pela Anvisa, em último caso, acredito que o paciente deve entrar com uma ação para consegui-lo sim”, afirmou.

Marco Antônio Fireman disse que é preciso saber dividir entre a judicialização realmente necessária, por questão de atraso na incorporação da tecnologia ou remédio, e a que é feita por estratégia da indústria.

“Quando, depois de registrar um produto na Anvisa, o Brasil coloca um preço mais baixo que em outros países, ele reduz o valor do fármaco em todos os outros lugares. Então muitas indústrias retardam essa precificação no Brasil, o que pode gerar uma demanda judicial sem que o medicamento tenha sido ainda incorporado pela Anvisa e o Conitec”, explicou.

Pesquisa

Fireman também defendeu uma maior aproximação da indústria com pesquisadores da área de inovação na saúde no Brasil. De acordo com o secretário, dos projetos desenvolvidos por hospitais em parceria com o Proad-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), nenhum foi produzido até o momento.

Segundo Antonio José Rodrigues, superintendente do Hospital das Clínicas, nos últimos anos houve uma retração da pesquisa médica feita no Brasil, devido à crise financeira enfrentada pelo país. “Passando 2019 ou 2020, acredito que volte a aumentar. Hoje há muitas pesquisas, mas com poucos frutos no lado da produção.”

JUDICIALIZAÇÃO ACENTUA DESIGUALDADE NO ACESSO À SAÚDE NO PAÍS

Folha de S. Paulo –23/04/2018

Para especialista, decisões contemplam grupos minoritários e não são acessíveis a todos

O acesso a medicamentos via processo judicial é sinal da desigualdade no país. Além disso, os números da judicialização evidenciam uma regulação que, apesar de rígida, não fornece segurança jurídica.

Foram essas as principais conclusões da mesa judicialização da saúde, parte do 5º fórum A Saúde do Brasil, realizado pela Folha, nesta segunda-feira (23), na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo.

Judicialização é o termo que designa a obtenção de medicamentos, exames, cirurgias ou tratamentos aos quais os pacientes não conseguem ter acesso, por meio do SUS ou pelos planos de saúde privados, por meio de ações judiciais.

“Muitas vezes ofertamos alta tecnologia e medicamento para um grupo muito pequeno e deixamos de ofertar para uma boa parte da população. A sociedade tem de ter consciência do recurso que é alocado nessa escolha”, afirmou Fabíola Sulpino, pesquisadora na diretoria de estudos e políticas sociais do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

“O acesso à Justiça é muito desigual no país, é um problema muito grave. Quem não tem acesso também é desprivilegiado”, completou Sulpino.

Alessandro Acayaba, presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), concentrou suas críticas na regulamentação da saúde suplementar no país.

“A ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar] tem exatamente 432 normas regulamentadoras do sistema de saúde. São normas muito claras que não são aplicadas no judiciário, que muitas vezes legisla em causas da saúde”, disse o presidente da Anab. “É um setor onde há um excesso de regulação e um arcabouço jurídico muito robusto.”

Segundo o CNJ (Conselho Nacional de Justiça), de 2010 a 2016, a União destinou R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais. No segmento da saúde suplementar, ao todo foram julgados 103.896 processos em 2016.

Para a representante do Ipea, é preciso discutir capacidade e limite orçamentários com tecnocratas, políticos e, principalmente, com a sociedade. “Senão será promovida mais iniquidade social num país que já é bastante desigual”, disse.

Para Sandro Leal, superintendente de regulação da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), a judicialização não é, hoje, o principal fator para o aumento de custo da saúde. Mas é uma tendência que preocupa. “Ela sinaliza que o consumidor pode entrar na Justiça contra o plano de saúde que ele vai ganhar”, afirmou.

Leal também chama a atenção para o mutualismo inerente ao sistema de planos de saúde. “Se alguém não está pagando pela cobertura, todos os outros vão pagar. Temos medicamentos que estão sendo judicializados a R\$ 400 mil a dose. Imagina o quanto isso não vai custar no final do mês para o plano”, disse.

Planos Populares

Já Heleno Corrêa, conselheiro no CNS (Conselho Nacional de Saúde), enxerga terreno fértil para o aumento da judicialização na proposta de planos populares. “Há um imaginário de que o SUS possa ser substituído pelos planos populares. Nesse caso, a judicialização acontecerá nos dois setores: em um por prometer o que não pode entregar, no outro por não entregar o que está formulado na Constituição.”

Acayaba concordou com a crítica ao modelo que propõe planos de saúde mais baratos e de cobertura mais restrita. “O plano popular é equivocado. Primeiro porque, se é um plano acessível, quer dizer que os outros não são; além disso, como pode ser acessível se tem uma série de restrições?”, disse.

Um outro lado

Apesar do caminho seguido pelo debate, o superintendente da FenaSaúde defendeu o que qualificou como “o lado bom da judicialização”. Para isso, usou como exemplo a conquista da distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento do HIV e da Aids.

“A própria Conitec é derivada de um processo de judicialização”, disse em referência à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

REAJUSTES ALTOS AFASTAM 3 MILHÕES DE BRASILEIROS DOS PLANOS DE SAÚDE

Exame –23/04/2018

Os preços de planos de saúde nunca subiram tanto em quase 20 anos. Como consequência, muita gente deixou de ter a proteção.

Aumentos na casa de dois dígitos espantam usuários dos planos de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), o aumento de preço anual das proteções nos últimos três anos foi superior a 13,5% em cada ano, os maiores da série histórica que

começa em 2000. Como comparação, a inflação oficial medida pelo IPCA acumulada em todo o período foi de 21,1%.

Apesar de, em 2017, o número de beneficiários de planos de saúde ter registrado uma ligeira recuperação, o saldo desse período ainda é negativo. Desde 2015, cerca de 2,9 milhões de pessoas saíram do sistema de saúde privado.

Os brasileiros que decidiram sair do plano de saúde por não encontrarem alternativas que caibam no bolso acabam optando por usar serviços de consulta e exames e recorrem ao Sistema Público de Saúde (SUS) em caso de emergência.

Outros, que poderiam continuar a bancar a despesa, mas preferem ter um alívio no orçamento diante de preços exorbitantes. Eles aplicam o dinheiro que gastariam com o plano, confiando no SUS e

que os gastos com saúde que possam vir a ter não serão tão elevados quanto o alto preço que pagavam pelo plano.

Mas a decisão de cortar o plano de saúde é difícil de tomar. O consultor financeiro e professor da PUC-SP, Fábio Gallo, é categórico: é necessária cautela antes de retirar a despesa do orçamento. O ideal é que a decisão seja tomada depois de todas as tentativas possíveis para baixar o custo do plano e após o corte de gastos mais supérfluos. Isso porque o sistema de saúde público está longe de ser um sistema exemplar, segundo os próprios usuários. De acordo com pesquisa da Datafolha feita em 2016, 44% da população esperava há mais de 12 meses para marcar uma cirurgia no SUS.

Além de afastar clientes, os altos preços dos planos de saúde deixam muitas pessoas de fora do sistema privado. Um estudo recente realizado pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) com 1.500 consumidores das capitais do país revela que 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular, seja ele individual ou empresarial. O percentual é ainda maior entre as classes C, D e E (77%).

Por que os preços subiram tanto?

A queda no número de usuários está ligada à crise econômica pela qual o país passou nos últimos anos, na visão de Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). "Muitos brasileiros perderam o emprego. Dois terços dos planos de saúde comercializados são do tipo coletivos empresariais".

O diretor argumenta ainda que a inflação da saúde tende a ser mais alta do que a inflação oficial em diversos países, não apenas no Brasil. Para ele, os gastos no setor de saúde ficaram mais caros por conta do envelhecimento da população, pela incorporação de novas tecnologias e por uma cultura que induz ao consumo excessivo do serviço. "Hoje temos um modelo de saúde no qual o usuário procura especialistas para fazer uma bateria de exames, sem muita orientação".

Do lado das empresas, a Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge) diz que, pelo menos desde 2012, o setor opera com margens operacionais inferiores a 1%. "O resultado dessa conjuntura desfavorável se reflete na dificuldade das operadoras em alcançarem o equilíbrio econômico-financeiro necessário para gerar maiores investimentos, que possam refletir em mensalidades mais baixas aos clientes dos planos de saúde".

Além disso, segundo a entidade, as despesas assistenciais têm crescido frequentemente acima das receitas. Entre 2015 e 2016, a sinistralidade, que não contempla os gastos administrativos, operacionais, comerciais e com impostos, representou 84,6% e 85,6%, o maior nível desde o início da série histórica.

POR QUE MUDANÇAS NOS PLANOS DE SAÚDE TENDEM A PREJUDICAR O CONSUMIDOR

Estado de S. Paulo –23/04/2018

Muito se tem falado sobre o sistema de franquia ou de coparticipação do usuário nos planos de saúde. Na verdade, as operadoras já oferecem esses dois mecanismos em seus contratos, e não é de hoje. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), metade dos contratos atualmente em vigor foi fechada dentro de um desses formatos. Daí a necessidade de uma regulamentação mais ampla sobre o assunto.

Quem perde o emprego geralmente se vê obrigado a cortar a despesa porque fica difícil enquadrar o gasto com um plano individual no orçamento, em geral mais alto do que o do benefício concedido pelo empregador. Apesar de Fonseca, da ANS, apontar que existem 5 mil planos individuais comercializados no mercado atualmente, especialistas rebatem que o preço desses planos é muito alto. "Os poucos que são mais acessíveis acabam correndo o risco de ter uma rede sobrecarregada", analisa Marcos Patullo, advogado especialista em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados.

Mesmo quem continua empregado se vê em dúvida sobre continuar ou não com o plano. Apesar de mais acessíveis em geral, os usuários de planos coletivos empresariais sofrem com altos reajustes. Para Ana Carolina Navarrete, advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), os reajustes maiores dos planos de saúde coletivos acontecem pelo fato de a ANS não regulá-los. "A agência deveria intervir e obrigar as empresas a mostrarem como os cálculos são feitos, ainda mais porque os planos individuais tomam como base os reajustes dos planos coletivos".

Além da falta de regulação, os planos coletivos podem ser cancelados de forma unilateral após o primeiro ano. Para Ana Carolina, essa regra exerce uma pressão muito grande na negociação entre a empresa e a operadora, e faz com que o empregador acabe por aceitar aumentos maiores.

Por conta de uma falta de regulação, o caminho para quem não concorda com o reajuste do plano acaba sendo a Justiça. A advogada diz que alguns juízes já comprovaram a abusividade dos reajustes em alguns casos, mas não há jurisprudência sobre o tema.

Na tentativa de solucionar o problema, projetos de lei discutem a possibilidade de criar planos de saúde mais acessíveis. Contudo, Ana Carolina acredita que são "alarmantes". "Provavelmente esses planos terão uma cobertura menor, mas não temos garantia de que o preço irá cair. É o mesmo discurso da franquia de bagagem. Ou seja: a intenção parece não ser oferecer um plano barato, mas um plano pior mesmo. A questão tem de ser tratada com muito cuidado para não prejudicar usuários".

A ANS não comenta projetos que ainda estejam em discussão, mas acredita que uma tendência que pode reduzir custos, já adotada por algumas empresas, é a do "cuidado gerenciado", diz Fonseca. "O usuário que tem uma dor de cabeça forte, ao invés de procurar logo um neurologista, deve passar antes por um clínico geral, que oriente qual tipo de serviço ele deve buscar". Para Fonseca, o sistema atual beneficia o tratamento da doença. "Precisamos começar a pagar pela manutenção da saúde para ter uma assistência melhor e mais incentivos".

A ANS argumenta que a normatização tem como objetivo estabelecer limites para a franquia ou a coparticipação, garantir maior clareza, segurança jurídica e equilibrar o mercado. As entidades de defesa do consumidor aguardam a definição das novas medidas, que ainda estão em discussão, mas não escondem a preocupação com mudanças que possam prejudicar o participante.

A expectativa é a de que uma nova portaria seja editada até o fim deste ano ou início de 2019. E o que se espera é que outros setores da sociedade possam tomar conhecimento das medidas e participar dessa discussão, além das empresas do setor.

A coparticipação

No sistema de coparticipação, além da mensalidade normal do plano, o associado vai pagar parte dos serviços que usa, como de uma

consulta, ou de um exame. Nos planos atuais, fica a critério da operadora fixar o valor a ser bancado pelo usuário, não há limite.

Pelo que foi ventilado, a ideia da ANS é implementar um teto mensal para a coparticipação, equivalente ao valor da mensalidade paga. Por exemplo, um plano com mensalidade de R\$ 500,00 poderia exigir o desembolso extra do usuário, no pagamento de consultas, exames ou outros serviços, de até R\$ 500,00 a cada mês. Ou um limite anual, equivalente então a 12 mensalidades.

Só que as empresas do setor são contra esse limite, porque, segundo elas, o consumidor é que deve decidir em que níveis quer exercer a coparticipação, até para ter uma mensalidade mais baixa. Em tese, quanto maior o nível de coparticipação, menor deveria ser a mensalidade normal do plano. A questão é que nada garante que isso aconteça de fato. Nas relações de consumo há muitos casos recentes que ficaram na base da promessa. Basta lembrar, por exemplo, a liberação de cobrança de bagagens embarcadas pelas companhias aéreas. Elas não viriam para baixar as passagens?

A franquia

No sistema de franquia, o esquema seria o mesmo usado pelos seguros de automóveis. Quer dizer, além das mensalidades, as despesas até determinado valor devem ser bancadas pelo participante. Há duas opções de franquia sendo estudadas.

Uma fixa um teto em cada serviço, por exemplo R\$ 100, sendo que até esse valor quem paga é o usuário e acima disso ficam a cargo da empresa. Outra, é conhecida como franquia acumulada. Nesse caso, em um plano com franquia de R\$ 1 mil, suponhamos, o usuário teria de pagar despesas de médicos, laboratórios, hospitais, do próprio bolso, que somadas alcançassem esse valor. Em tese, quanto maior o teto da franquia menor o valor da mensalidade normal. Também a conferir.

Tanto a coparticipação como a franquia tendem a levar o participante a pensar duas vezes a usar o plano de saúde. O argumento de operadoras é que há hoje um exagero, quando o usuário repete baterias de exames a cada novo médico consultado. Seria, portanto, uma forma de evitar desperdícios.

Riscos

É possível que isso, de fato, ocorra na prática, mas é uma conduta que não pode ser tomada como regra geral, sob o risco de afetar segmentos de público que realmente necessitam de cuidados permanentes, como os idosos e os doentes crônicos, explica a pesquisadora em Saúde, Ana Carolina Navarrete, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.

Não apenas nesse aspecto, mas em vários, as medidas podem prejudicar o consumidor, segundo a especialista. A começar pelo fato de essas duas modalidades impedirem o participante de ter uma previsibilidade com seus gastos. Para ela, quem contrata um plano de saúde é para estar garantido em relação a essas despesas, e os dois mecanismos em discussão acabam com essa proteção.

Além disso, dificuldades são criadas para que o participante atue na prevenção de doenças, com os custos que terá de arcar para investigar qualquer mal-estar. "Nos casos em que os planos são feitos para a cobertura da família, a situação fica mais complicada, porque ao saber das despesas acumuladas por outros participantes, o usuário pode acabar postergando a ida ao médico", diz Navarrete. "E isso pode acontecer bem no mês em que realmente existe a necessidade de ir a um médico".

Segundo ela, o mesmo modelo de planos foi adotado nos EUA e o que se viu por lá não foi a racionalização do uso, mas uma redução pura e simplesmente. Se a atuação não for na prevenção, os custos podem ser muito maiores, afirma a especialista.

Ainda não está definido se uma operadora poderá oferecer um plano que acumule a coparticipação e a franquia. Essa possibilidade, diz a pesquisadora, pode criar uma "vantagem exagerada" às empresas. Ela ainda destaca um parecer da Procuradoria Geral da República (PGR), que em consulta feita pela ANS, que não admitia a possibilidade de os planos de saúde não bancarem ou bancarem parcialmente as despesas do segurado. Assim, que tomar conhecimento da atual versão da normatização, elaborada pela ANS, será possível saber se vai de encontro ou não a esse parecer da PGR.

VCMH x IPCA: ENTENDA AS DIFERENÇAS

IESS -23/04/2018

Para começar, é fundamental deixar claro qual a diferença entre o índice VCMH e outros indicadores econômicos mais conhecidos, como o Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), que detecta a inflação geral do País. Basicamente, enquanto a inflação medida pelo IPCA avalia a variação dos preços de uma cesta de produtos, o VCMH varia em função tanto do aumento dos custos dos serviços de saúde quanto da frequência de utilização deles. Ficou claro? Provavelmente não...

Na prática, a diferença é a seguinte: se o IPCA aponta que o quilo da batata subiu 10%, ao invés de pagar R\$ 2 pelo quilo do produto (o valor é apenas ilustrativo) você pagaria R\$ 2,20; Se o preço abobrinha subiu 20% e o da berinjela caiu 5%, ao "fazer a feira" você provavelmente irá trocar um produto pelo outro e comprar o suficiente para alimentar sua família até que o preço dos produtos que vocês mais gostam voltem a um patamar usual. É a lei da oferta e da procura. Se as pessoas deixam de consumir um item, seu preço tende a cair; se muitas pessoas querem a mesma coisa, seu preço tende a subir.

Agora, imagine esse cenário no mercado de saúde. Se o custo do raio-X subir 10% e você precisa verificar se quebrou um osso ou confirmar uma suspeita de sinusite, vai deixar de fazer o exame? Pois é, não há como. Substituir também não costuma ser a saída mais eficiente, seja pelas particularidades de cada procedimento, muitas vezes específicos para o caso tratado, seja porque a alternativa costuma ser ainda mais cara. Apenas para ficar no exemplo dado, uma ressonância magnética da perna pode ter um custo mais de 5 vezes superior ao de um Raio-X, já um PET custa ao menos 4 vezes mais que a ressonância.

O mesmo vale para consultas, internações, outros exames, terapias e os demais serviços de saúde. E se substituir não é uma opção viável, deixar de usar o sistema de saúde nem pensar. Para completar, dado o envelhecimento populacional pelo qual estamos passando (para saber mais, consulte nossa área temática), a tendência é aumentar a utilização desses serviços, não diminuir.

Para entender a diferença do VCMH para o IPCA basta fazer um exercício de raciocínio bastante simples. Imagine um cenário em que o preço dos serviços de saúde não avance, mas a utilização deles sim. Por exemplo, vamos assumir que, em 2016, foram realizadas 1 milhão de consultas com o custo médio de R\$ 100 e, em 2017, foram realizadas 1,1 milhão de consultas também com o custo médio de R\$ 100. De acordo com a metodologia do IPCA, a variação nesse cenário é inexistente, já que o preço por consulta não oscilou. Já o

VCMH registraria um aumento de 10% uma vez que o custo total para a realização desses procedimentos avançou de R\$ 100 milhões (R\$ 100 vezes 1 milhão de consultas) para R\$ 110 milhões (R\$ 100 vezes 1,1 milhão de consultas). Considerando que além da utilização do serviço, o custo da consulta também tivesse subido de R\$ 100 para R\$ 110, o IPCA iria registrar um aumento de 10%, já o VCMH apontaria alta de 21% uma vez que o custo total teria subido de R\$

100 milhões (como no exemplo anterior) para R\$ 121 milhões (R\$ 110 vezes 1,1 milhão de consultas).

A metodologia aplicada pelo IESS, no Brasil, para calcular a VCMH é amplamente reconhecida e adotada em diversos países ao redor do mundo.

NOTA DE ESCLARECIMENTO ANS: REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

ANS –20/04/2018

A respeito de matérias publicadas na imprensa que procuram antecipar o percentual de reajuste dos planos de saúde individuais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece:

1 - Ao contrário do que foi divulgado, ainda não há uma definição sobre o percentual de reajuste que poderá ser aplicado pelas operadoras nesse tipo de contrato para o período de maio de 2018 a abril de 2019.

2 – As informações publicadas são meramente especulativas, baseiam-se em fontes do mercado e não encontram respaldo em informações oficiais.

3 - O índice máximo deve ser divulgado pela ANS até junho, após consulta prévia ao Ministério da Fazenda, conforme determina a legislação do setor.

DIGITALIZAÇÃO DOS DADOS REQUER MAIS SEGURANÇA

IESS –20/04/2018

Não há como negar a facilidade e comodidade que os avanços tecnológicos trazem em nossa rotina. Como reforçamos em diferentes situações, a correta utilização da tecnologia pode auxiliar nos serviços de saúde para diferentes necessidades, seja facilitando o acesso do paciente, melhorando a comunicação entre todos os elos da cadeia e outras aplicações. No entanto, a saúde no Brasil ainda continua sendo analógica, mesmo em um mundo cada vez mais digital.

Uma nova pesquisa mostra que, em 10 anos, as interações médicas serão cada vez mais com o uso de câmeras, sensores e dispositivos robóticos, já que as organizações de saúde em todo o mundo estão modernizando os diferentes serviços para a chamada "Internet das Coisas" (IoT).

O relatório "Building the Hospital of 2030" foi produzido pela Aruba, empresa especializada em soluções digitais, e é resultado de uma série de entrevistas realizadas com especialistas e líderes do setor. Para eles, é importante que se crie ambientes de saúde mais inteligentes, com incorporação de tecnologias móveis e de nuvem, melhorando o atendimento e transformando a experiência do paciente.

Uma das previsões do estudo é exatamente sobre a integração dos dados, como já mostramos aqui. Com maior quantidade de informações e condições do tratamento, os profissionais conseguem ter avaliações mais precisas da saúde do paciente em tempo real para auxiliar na tomada de decisão.

No entanto, a segurança das informações do paciente e instituições ainda é uma preocupação. O relatório mostra que 89% das organizações de saúde que adotaram estratégias da Internet das Coisas sofreram algum tipo de violação das informações. Neste sentido, fica o alerta e a lição de casa: com o aumento dos dispositivos tecnológicos nos próximos anos, um dos principais desafios é a visibilidade e confidencialidade da segurança desses dados. Sendo assim, é fundamental a implementação de ferramentas para proteger a privacidade do paciente.

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS DEVEM TER REAJUSTE DE 13%, ESTIMA O MERCADO

O Globo –19/04/2018

Operadoras temem reação dos consumidores diante de perspectiva de inflação de 3,48%

O índice de reajuste de planos de saúde individuais ou familiares só deve ser divulgado em maio pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), mas fontes do mercado apostam num percentual semelhante ao do ano passado, em torno de 13%. Para os planos coletivos com até 30 pessoas, o percentual variou entre 20% e 30%, em 2017.

O setor teme a reação dos consumidores diante da perspectiva de inflação para este ano de 3,48%, segundo a última estimativa do Boletim Focus, do Banco Central. O limite só é válido para cerca de 20% dos contratos do setor. Para os outros 30 milhões de beneficiários de planos coletivos, o reajuste é livre, tendo chegado à casa dos 40% em alguns casos em 2017.

— Teremos a inflação mais baixa dos últimos 20 anos, em torno dos 3%, e um reajuste na casa de dois dígitos. A nossa luta é informar melhor o nosso consumidor para poder ser compreendido — disse João Alceu Amoroso Lima, presidente da Comissão de Comunicação da FenaSaúde, na abertura do 2º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar, cujo tema foi o reajuste de planos de saúde.

Marilena Lazzarini, presidente do Conselho Diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), por sua vez, diz que o setor precisa entender que vivemos uma crise:

— O país está vivendo uma crise e todos os setores diminuiram as suas receitas, mas a saúde suplementar quer continuar crescendo. E a pior parte da história é que o limite de reajuste é só para os individuais, que também não têm opções, já que nos planos coletivos esses percentuais podem ser ainda mais altos. E as empresas querem crescer vendendo “planinhos” e comparando o consumidor a carros, como faziam antes da lei de planos de saúde há 20 anos — diz Marilena, numa referência à adoção de franquia pelos planos de saúde.

José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde, por sua vez, diz que os reajustes altos também não são bons para as empresas. Ele explica que se o consumidor perde a sua capacidade de pagamento, quem deixa o plano, num primeiro momento, é beneficiário sadio. Isto significa que reduz o equilíbrio na carteira já que quem fica é aquele que precisa de tratamento e que gera maior custo. Mudar a inclinação da curva da variação de custo, no entanto, diz Cechin, depende de vários fatores, inclusive do comportamento do consumidor:

— O consumidor precisa entender, por exemplo, que nem sempre fazer exames é bom. E tem que aprender a perguntar ao médico porque repeti-los se fez na semana anterior. Passa também por uma mudança na formação do médico, que ele aprenda economicidade, fazer o melhor pelo menor custo. É preciso mudar a forma de remuneração dos hospitais para que se garanta valor sem estimular o desperdício. E ainda temos as questões dos materiais, há casos de aumentos que correspondem a dez vezes o IPCA. É preciso verificar se há concorrência nesse mercado — conclui Cechin.

A diferença entre a inflação geral e variação de custo médico-hospitalar não é mais uma das jabuticabas brasileiras. Segundo levantamento apresentado pelo Instituto Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em 18 países, essa é uma questão que aflige inclusive os mais desenvolvidos, como Reino Unido e Canadá, em que a variação é, em média, respectivamente 2,9 e 4,7 vezes a inflação geral.

Desde o último aumento, no ano passado, a ANS trabalhava numa nova fórmula de cálculo para o reajuste nos planos individuais. A meta era dar mais transparência, uma crítica frequente dos órgãos de defesa do consumidor, e previsibilidade. De três em três meses o consumidor poderia verificar a tendência de reajuste. Apresentado em março à diretoria colegiada da agência, o novo modelo garantiria um reajuste menor este ano, além de dar clareza à fórmula de cálculo.

No entanto, foi rejeitado pela maioria dos diretores e não poderá ser usado para o cálculo de 2018. A proposta de mudança de modelo

coincide com a divulgação do relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) que identificou falhas na definição de tetos de reajustes para a ANS e determinou que a agência reguladora faça mudanças para melhorar o controle e evitar aumentos abusivos.

— O relatório do TCU reforça o que o Idec e outras entidades dizem há anos, que a ANS não vêm atuando como deveria no controle dos reajustes. Só a agência e as empresas sabem como é feito esse cálculo, para os consumidores ainda é uma caixa preta. O que o tribunal mostra é que falta zelo e fiscalização nos índices dos reajustes dos coletivos que são, pelo que entendemos, uma parte importante da formulação do percentual de aumento dos individuais — reforça Marilena.

Fontes do setor dizem ainda que as empresas temem que em um ano eleitoral parta do legislativo alguma nova regulação que possa vincular o reajuste dos planos de saúde a um índice geral de preços como o IPCA, por exemplo.

— Isso poderia comprometer a sustentabilidade do setor. Historicamente, o aumento dos custos médico-hospitalares é mais alto do que a inflação média. Mas já há casos de empresas que conseguiram fazer um reajuste com percentual correspondente à metade do teto estipulado pela ANS no ano passado, com mudança de gestão e sem prejudicar seu balanço — afirma um executivo do setor.

A mudança de modelo assistencial é vista como a única saída para reduzir a diferença entre os custos médicos e hospitalares e a inflação geral da economia (medida pelo IPCA). Para Reinaldo Camargo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), essa mudança demandará um esforço conjunto dos ministérios da Saúde, da Fazenda, do Planejamento e da Educação, das operadoras, da agência reguladora e dos prestadores de serviço.

— Falta uma política de gestão de saúde no Brasil. E não se pode pensar em separado saúde suplementar e pública, até porque precisamos pensar e gerir de melhor maneira os recursos disponíveis. Temos que pensar desde a formação nas universidades de medicina, para avançar num modelo de assistência que privilegie a qualidade e o resultado para o paciente e não promova excesso de procedimentos. Não faz sentido que sejamos o país que mais realiza tomografias — exemplifica Scheibe.

Segundo Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, dos dez países com maior diferença entre a variação de custo médico-hospitalar e inflação, seis têm como modelo de remuneração o de pagamento por serviço (fee for service). A mudança para um sistema de pagamento por diagnóstico ou pacote, diz Carneiro, tem se mostrado eficaz na redução de custos e na melhora na qualidade da prestação do serviço.

— A África do Sul, por exemplo, que tem um mercado de saúde suplementar semelhante ao nosso fez essa mudança e hoje tem um custo muito próximo ao da inflação geral (1,6) — exemplifica Carneiro.

2º ENCONTRO DE COMUNICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR DEBATE OS FATORES QUE LEVAM AO REAJUSTE DOS PLANOS

FenaSaúde –19/04/2018

A questão do reajuste dos planos de saúde e a dificuldade em transmitir à sociedade os reais fatores que determinam os índices de aumento foram o foco das discussões no “2º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar”, realizado pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), na última quarta-feira (18/4), em São Paulo.

Com uma plateia formada por profissionais de comunicação, diretores das empresas associadas à FenaSaúde e jornalistas especializados e renomados, o encontro teve como finalidade dar

mais transparência às discussões em torno do reajuste, calculado a partir da variação dos custos médicos e hospitalares. O índice é divulgado anualmente, geralmente no mês de maio, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na abertura do evento, o presidente da Comissão de Comunicação da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, reconheceu que o tema do reajuste dos planos é "ácido", porque o índice normalmente atinge a casa dos dois dígitos, enquanto a inflação oficial da economia fica bem abaixo disso – próximo a 3% atualmente. De acordo com ele, esse gap não acontece só no Brasil, mas em todos os países. Por isso, afirmou, a sociedade "cobra uma satisfação", e o objetivo do Encontro era esclarecer e debater com os jornalistas o entendimento sobre o assunto.

O presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca, disse que a Saúde Suplementar é um setor fundamental para a economia do país. O grande desafio da saúde, segundo ele, é o financiamento dos produtos, sejam públicos ou privados. Fonseca lembrou que o índice de reajuste dos planos está em dois dígitos há muitos anos e que é preciso ampliar o debate sobre como tornar o acesso à saúde sustentável e adequado, arrefecendo os custos do setor.

Em sua palestra, o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, explicou que a inflação oficial da economia resulta da variação de preços de uma cesta de produtos definida pelo IBGE, para diferentes cestas de bens e serviços, ao passo que no reajuste dos planos de saúde levam-se em conta tanto os aumentos dos custos médico-hospitalares quanto a frequência dos procedimentos, isto é, a quantidade por beneficiário, tais como exames, consultas e internações. Entre os custos médico-hospitalares figuram novas tecnologias, a ampliação do rol mínimo obrigatório de procedimentos e os materiais especiais. Outro fator que pressiona os custos do setor são as demandas por liminares judiciais. Para Cechin, o modelo perfeito de reajuste, se existisse e fosse encontrado, continuaria

produzindo índices altos de reajuste se não se alterarem os propulsores de despesas.

Por sua vez, o superintendente executivo do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), Luiz Augusto Carneiro, apresentou uma pesquisa inédita sobre a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) no Brasil e no mundo. Segundo o estudo, que analisou os dados de três das principais consultorias que apuram o comportamento do setor (Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson), no Brasil a VCMH é, em média, 3,4 vezes a inflação geral, o que não representa uma anormalidade, já que outros países têm média superior a isso, como Canadá, China e EUA. A maior variação no Brasil, de acordo com ele, está vindo das despesas com internação médica. "Metade das despesas se deve a internações", disse.

Já o gerente geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da ANS, Rafael Vinhas, disse que a agência tem a preocupação de melhorar a metodologia de aferição dos custos. "A discussão sobre o financiamento do setor é extremamente relevante e deve ser feita desde já."

A seguir, o jornalista Ascânio Seleme, colunista de O Globo, destacou a importância de uma comunicação clara e objetiva com a imprensa por parte das empresas. "O jornalista quer transparência", disse.

A última palestra foi da jornalista Mara Luquet, do site My News, que contou uma entrevista feita com a executiva Carolina Mazza, da Mercer. Carolina apontou que no mundo inteiro empresas globais estão montando seus próprios planos para gerir o custo da saúde de seus funcionários. Segundo Mara, os jornais deveriam, em vez de simplesmente noticiar o reajuste dos planos, explicar melhor os riscos reais à solvência das empresas e de que forma os beneficiários devem lidar com sua operadora para obter mais informações.

FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO SÃO OPCIONAIS

FenaSaúde –19/04/2018

O consumidor pode ou não escolher planos com essas características

A possibilidade da contratação de planos de saúde com franquia ou coparticipação, conforme proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representará um avanço tanto para o setor de Saúde Suplementar quanto para os próprios consumidores.

Está em discussão junto à ANS uma proposta de normativo com o objetivo de atualizar a regulação sobre o tema, estabelecendo limites e parâmetros para aplicação desses produtos, uma vez que, são mecanismos financeiros de regulação já existentes e amplamente usados pelo mercado de planos de saúde. Atualmente, cerca de 50% dos beneficiários possuem contrato com um desses mecanismos.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) calcula que os planos com franquia fiquem mais baratos e que haja uma redução na utilização de procedimentos que hoje são considerados excessivos e estariam tornando os planos mais caros para os beneficiários. "Esses mecanismos são opcionais, ou seja, o consumidor pode ou não optar pelo plano com essas características. E irá funcionar como um moderador do uso e, portanto, combate os desperdícios, mas isso não quer dizer que o paciente deverá se

descuidar da sua saúde", explica José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde.

Ainda de acordo com o diretor da FenaSaúde, o plano com franquia deve atender ao consumidor com um perfil específico, que se planeja e dispõe dos recursos para arcar com as despesas que cubram o valor da franquia. "Caberá a cada um analisar, dentro das suas necessidades médicas e possibilidades financeiras, optar entre planos com ou sem franquia. O mais importante é que o consumidor passará a ter mais escolhas, algo sempre positivo. A competição entre as operadoras, por sua vez, evitará o risco de planos excessivamente caros. Pelo contrário: o plano com franquia terá uma mensalidade menor que o plano sem franquia e sem perda de qualidade assistencial."

Já a coparticipação, em que o consumidor fica responsável pelo pagamento de parte do custo do evento assistencial, é outro fator moderador bastante comum em diversos países, tanto em sistemas públicos quanto privados. Quando o beneficiário arca com parte do custo de determinado procedimento, tende a evitar o uso desnecessário de recursos e passa a ter uma relação de mais responsabilidade com o sistema de saúde. Como o sistema é baseado no mutualismo, quando há desperdício todos acabam pagando, o que propicia reajustes maiores na mensalidade dos planos.

"Em síntese, a FenaSaúde acredita que a existência de planos de saúde com franquia ou coparticipação irá estimular novas e mais acessíveis formas de contratação, beneficiando todos os consumidores e aumentando a sustentabilidade do setor", finaliza José Cechin..

EMPODERAMENTO DO BENEFICIÁRIO

IESS –19/04/2018

A participação mais ativa do beneficiário de plano de saúde no controle e promoção do seu próprio bem-estar é algo fundamental. Trazer o indivíduo para perto e promover sua atuação nas decisões relacionadas ao uso do plano é uma das bandeiras que sempre defendemos. Afinal, municiar o paciente de informações e fazer com que ele seja parte ativa em todo o processo traz maior racionalidade do uso dos serviços de saúde.

Como apontamos em diferentes momentos, esse é um dos pilares dos planos com coparticipação e franquia anual. Esses modelos têm sido repercutidos pela imprensa e sociedade nesta semana por conta da medida em análise final por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que prevê a melhor regulamentação de novos produtos para o setor, como mostramos aqui.

Previstas desde 1998, as modalidades de franquia e coparticipação ainda carecem de regras específicas para maior utilização. Se os planos com coparticipação têm apresentado leve aumento nos últimos anos, isso não pode ser afirmado no que diz respeito ao modelo de franquias, que ainda não é adotado na prática.

Como mostramos, amplamente utilizados em sistemas internacionais de saúde, estas modalidades podem fazer com o que o beneficiário seja mais consciente no uso de seu plano de saúde evitando procedimentos desnecessários e mais criterioso com os diferentes serviços.

Para se ter uma ideia, estudo publicado na 13º Boletim Científico IESS mostrou que a expansão de novas modalidades de planos nos Estados Unidos representou uma redução entre 5% e 15% no total de despesas com saúde em comparação aos planos tradicionais. Para o sistema norte-americano, isso significa economia de US\$ 57 bilhões ao ano.

Com diferentes iniciativas para aproximar o beneficiário da gestão de sua própria saúde, como o projeto “Sua Saúde: Informe-se e Faça Boas Escolhas”, a melhor regulação desses produtos representará novo avanço por parte do órgão regulador no anseio do empoderamento do beneficiário.

Fica, portanto, o desafio. É importante a correta e maciça comunicação sobre as novidades ao consumidor para que ele saiba não só os custos dos diferentes procedimentos e como isso influencia na sua mensalidade, mas também sobre os benefícios dos procedimentos para a sua saúde.

CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES CRESCEM NO BRASIL EM LINHA AO PADRÃO GLOBAL

IESS –18/04/2018

Estudo inédito do IESS avalia as principais causas para o aumento da VCMH no sistema de saúde, no Brasil e no mundo, e como enfrentar esse problema

A variação de custos médico-hospitalares (VCMH) é o principal indicador usado mundialmente para aferição de custos em sistemas de saúde (públicos ou privados). Trabalho inédito do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) constata que a VCMH do Brasil tem seguido um padrão global de comportamento, similar ao encontrado inclusive nas economias mais desenvolvidas e estáveis. Por exemplo, a VCMH do Reino Unido é 4,2 vezes superior à inflação geral da economia local, segundo um dos critérios aplicado, enquanto a proporção brasileira, pelo mesmo parâmetro, é de 2,8 vezes. “Mesmo em países que apresentam inflação geral da economia bastante baixa, como aconteceu no Brasil em 2017, nota-se que a VCMH tem crescido em ritmo bastante acelerado, de dois dígitos”, pondera destaca Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

O estudo inédito “Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional” reúne e analisa os dados de três das principais consultorias que apuram o comportamento do VCMH no mundo (Aon Hewitt, Mercer e Willis Towers Watson), uma importante contribuição para a compreensão do tema pois, cada uma dessas consultorias, divulgam isoladamente suas informações e, por questões técnicas e comerciais, não comparam os resultados entre si. “O estudo é especialmente importante por traçar, pela primeira vez, um panorama geral e integrado da VCMH no mundo, ao invés da fotografia parcial capturada por cada um dos relatórios”, afirma.

Para o levantamento, foram consideradas as VCMHs apuradas no ano de 2017 – dado mais recente disponível – de mais de 200 operadoras de planos de saúde (OPS) em diferentes países.

De acordo com os relatórios da AON, por exemplo, a VCMH da Holanda supera a inflação média em 5,1 vezes e, do México, em 3,4 vezes. No Brasil, a proporção foi de 2,8 vezes. Os números da Mercer também destacam o indicador 6,1 vezes superior à inflação geral da Dinamarca; e os da Towers apontam que na Grécia a VCMH é 8,3 vezes maior do que a inflação da economia. No geral, o Brasil aparece entre os 20 países com maior diferença entre VCMH e inflação geral.

Foram identificados no estudo os principais fatores causadores da elevação dos custos médico-hospitalares no mundo e quais as estratégias mais efetivas para combater o problema, assegurando a sustentabilidade econômico, financeira e assistencial do setor. Essencialmente, a principal causa para a expansão da VCMH na saúde está relacionada à incorporação de novas tecnologias e ao processo de envelhecimento populacional, que demanda mais cuidados e serviços em saúde.

“É importante observar que mesmo em países como Canadá, Austrália, Holanda e Reino Unido, com sistemas robustos de análise de custo e efetividade para a incorporação de novas tecnologias, esse é um fator de aumento da VCMH. No Brasil, a saúde suplementar não dispõe desses mesmos requisitos, diferentemente do SUS, que conta com a avaliação da Conitec. Essa é uma das situações que potencializa a alta da VCMH no Brasil”, alerta Carneiro.

Ele acrescenta que falhas de mercado, especialmente a ausência de indicadores de qualidade para que se possa identificar os melhores prestadores de serviços e a justa precificação; a falta de transparência nas relações entre os agentes de mercado; e a incorporação de novos procedimentos, medicamentos e tratamentos sem critérios de custo-efetividade, potencializam a VCMH brasileira. Todo esse ambiente encontra amparo no modelo prevalente para pagamento de serviços prestados de saúde, o chamado fee-for-service, ou “conta aberta”.

Por conta desses problemas, embora as estimativas de VCMH variem um pouco entre os relatórios, nos três casos a VCMH para planos empresariais médico-hospitalares do Brasil é de aproximadamente 17%, o que coloca o país entre os 10 países de maior VCMH do mundo.

“No caso do Brasil, ainda precisamos considerar o período de recessão econômica e aumento do desemprego que resultaram na queda do total de beneficiários, sem uma correspondente redução de

custos assistenciais, a judicialização da saúde e os elevados custos de OPMEs, uma questão que esbarra em problemas como assimetria de informação e até mesmo fraudes”, pondera Carneiro.

Os três relatórios estudados argumentam que o combate à prescrição excessiva de exames e procedimentos e o uso inapropriado de serviços médicos, com foco no combate ao desperdício, são elementos fundamentais para conter o avanço acelerado da VCMH.

COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

ANS –18/04/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece que franquia e coparticipação são mecanismos financeiros de regulação já existentes e amplamente usados pelo mercado de planos de saúde. Atualmente, cerca de 50% dos beneficiários possuem contrato com um desses mecanismos.

A coparticipação é o valor devido à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. A franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura. Esses mecanismos são opcionais, ou seja, o consumidor pode optar ou não pelo plano com essas características.

Atualmente, as regras que gerem estes mecanismos, previstas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) n° 08, de 3 de novembro de 1998, são genéricas e abertas, e não preveem claramente quais são as condições, os critérios e os limites para aplicação destes mecanismos. Por essa razão, a ANS está elaborando uma proposta de normativo (que ainda está em

discussão) a fim de atualizar a regulação sobre o tema, estabelecendo limites e parâmetros para aplicação desses mecanismos. Dessa forma, visa suprir lacunas existentes na legislação e garantir maior clareza, segurança jurídica e previsibilidade aos consumidores, bem como maior equilíbrio ao mercado, contribuindo, assim, para sua sustentabilidade, ao promover o uso racional dos serviços de saúde e combater os desperdícios de recursos.

A proposta de normativo prevê o estabelecimento de limites mensal e anual, a serem observados pelas operadoras na cobrança, visando proteger a exposição financeira do beneficiário; isenção da incidência de coparticipação e/ou franquia em diversos procedimentos; disponibilização de informações detalhadas no contrato com a operadora, bem como no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), área com acesso restrito do beneficiário; entre outras regras. Contudo, como se trata de uma proposta que ainda está em discussão, é possível que ajustes ainda sejam feitos.

A proposta de Resolução Normativa está sendo discutida pela Diretoria Colegiada da ANS e a expectativa é que possa entrar em vigor entre o final do ano de 2018 e o início do ano de 2019.

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