

19 de setembro de 2018

ATENÇÃO À SAÚDE PRIMÁRIA PODE DIMINUIR CUSTOS DA MEDICINA ESPECIALIZADA

FenaSaúde –19/09/2018

Desafio na gestão de saúde empresarial no país é a adequação do sistema para as empresas

Uma bomba prestes a explodir. Esta é a situação atual da gestão de saúde empresarial no País. Com custos cada vez mais elevados e com a chamada “atingindo o nível estratosférico de 20,4% em 2016 (último dado disponibilizado pelo Instituto de Estudo de Saúde Suplementar), está cada dia mais difícil a relação entre usuários, gestores e planos de saúde, colocando em risco a oferta do benefício para o empregado “O benefício agregado mais importante para o funcionário de uma empresa sem dúvida é contar com a cobertura de um plano de saúde”, afirma o médico e coordenador de saúde corporativa do Grupo Marista em Curitiba, Guilherme Murta.

De acordo com Murta, esta conta está cada vez mais insustentável financeiramente devido a vários fatores. Um deles é a relação custo benefício x efetividade. “Como médico e gestor, observo que determinados tratamentos prescritos tem um custo elevado para uma baixa resolutividade. Por exemplo: algumas vezes um remédio prescrito, cujo custo é de R\$ 10, pode ter o mesmo efeito no tratamento de um outro que custa R\$ 100. Além disto, existe uma falta de consenso quanto aos protocolos médicos. Muitas vezes nos utilizamos da medicina baseada em evidências para propor a terapêutica mais adequada que, a rigor, acaba sendo a que proporciona melhor custo-efetividade”, sustenta o médico.

Outro fator preocupante neste processo diz respeito a falta de padronização dos códigos específicos de procedimentos utilizados pelas diferentes operadoras de saúde e inúmeros prestadores de serviço, como clínicas e hospitais. Ainda de acordo com o médico, a fórmula ideal seria que todos eles praticassem a mesma tabela com códigos de referência homogêneos. “Sem esta padronização, o uso de dados para fins de controle e elaboração de indicadores – no que diz respeito a sua utilização e a realização de auditorias – torna-se uma tarefa muito difícil de ser conduzida pelos setores de tecnologia da informação”, observa Murta.

Diante de um cenário tão complexo, quais seriam as alternativas? Segundo Murta, que também é presidente da Associação Paranaense de Medicina do Trabalho, as frentes de ação são muito amplas. Uma delas seria investir em uma equipe técnica com capacitação aprofundada na gestão de saúde complementar da população de colaboradores da empresa como forma de detectar suas peculiaridades. “Um médico do trabalho, que esteja dedicado a realizar uma gestão integral de saúde poderá abordar as dimensões da qualidade de vida, sinistralidade de saúde complementar e da saúde

ocupacional de forma integrada e articulada, o que resultaria em uma melhoria no bem-estar e na produtividade dos funcionários, bem como na racionalização dos recursos da empresa dedicados ao setor”, esclarece Murta.

Outra tendência do mercado tem sido a implantação de ambulatórios próprios, que funcionam como um núcleo de atenção primária supervisionados por médicos da família. “Estes profissionais têm preparo para atender todos os gêneros e faixas etárias. O acompanhamento de saúde contínuo dos funcionários evita a procura pelo especialista”, afirma Murta.

Esta também é a opinião do médico e CEO do Imtep, Alexandre Berger. Segundo ele, o sistema de atenção primária é eficaz para resolver até 80% das intercorrências médicas. “Na maioria dos casos, a procura pelo médico especialista é desnecessária e eleva a sinistralidade do plano no momento da renegociação do reajuste”, afirma.

Mas se a fórmula para a resolução do problema parece estar à disposição das empresas, qual seria então o impedimento para que mais organizações invistam na modalidade núcleo de atenção primária? Segundo Berger, a cultura do empresário brasileiro ainda está muito focada no custo do processo de implantação de uma estrutura de atendimento. “Diferentemente de outros países, existe uma certa dificuldade do nosso empresariado em enxergar os benefícios e a redução de custos futuros, que fatalmente deverão impactar de forma positiva no caixa das empresas. Até pelo histórico econômico do Brasil, somos reticentes em investir em ações que, em primeiro momento, tem um custo superior ao benefício, que será revertido em um prazo mais longo”, garante o CEO.

Mas a implantação de um núcleo de atenção primária vai muito além dos benefícios econômicos para as empresas e atinge diretamente a melhoria da saúde do colaborador. Considerado um problema premente de saúde pública hoje no País, as doenças crônicas também têm um impacto significativo na produtividade e nos custos da gestão de saúde nas empresas. Para se ter uma ideia, a Brazil-US Business Council, organização que se dedica ao fortalecimento das relações econômicas e comerciais entre os Estados Unidos e o Brasil, estima que no País, até 2030, os casos de absenteísmo, presenteísmo e aposentadoria precoce, cuja causa são as doenças crônicas, representem perdas de 8,7% do PIB (dados do Sesi).

De acordo com especialistas do setor, este dado é considerado extremamente elevado, visto que a produtividade da indústria brasileira deixa muito a desejar. Segundo estimativas da organização norte-americana The Conference Board, que pesquisa e reúne dados de centenas de países, o Brasil atualmente ocupa a 52ª posição dentre os 68 países que têm esse dado consolidado na base de informações da instituição. Isto significa que são necessários quatro brasileiros para produzir o mesmo que um norte-americano, visto que os EUA ocupam o primeiro lugar na lista de países mais produtivos do mundo.

CSP-MG E FENASAÚDE DEBATEM DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –19/09/2018

Diretor-executivo da Federação aponta a escalada dos custos como principal problema do setor

O Clube de Seguros de Pessoas de Minas Gerais (CSP-MG) reuniu profissionais do mercado, no dia 18 de setembro, em Belo Horizonte, para debater o cenário atual do setor de seguros e planos de saúde, as alterações recentes na legislação e os desafios para a saúde suplementar no País. O diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin, ministrou a palestra magna do evento.

Cerca de 170 pessoas compareceram ao encontro, entre corretores de seguros, consultores, executivos de seguradoras, operadoras e assessorias especializadas na área, além da diretoria e conselheiros do CSP-MG.

O diretor da FenaSaúde apresentou números do setor, que hoje atende 47,2 milhões de usuários em planos médicos individuais, coletivos por adesão e empresariais. Ele também falou sobre as principais dificuldades do segmento com destaque para o aumento das despesas médico-hospitalares que em 2017 chegaram a R\$ 178,3 bilhões.

Segundo o dirigente, a disparada dos custos deve-se a diversos fatores, entre eles as novas tecnologias incorporadas ao setor médico, grande utilização dos planos, preços elevados dos

procedimentos, além de judicialização, desperdícios e fraudes. “O aumento de custos vem da soma de muitos fatores que perpassam toda cadeia produtiva da saúde suplementar”.

Para buscar o equilíbrio entre receitas e despesas, Cechin propõe a união de esforços de todos os agentes do setor: operadoras, médicos, consumidores, hospitais, laboratórios, fabricantes de medicamentos, insumos e de equipamentos. “Só com o envolvimento de todos é que poderemos resolver esse problema. O desafio é prestar um serviço de boa qualidade, em redes credenciadas ou referenciadas acreditadas, na medida certa para atender às necessidades dos usuários, entregando valor a eles, isto é, a um custo compatível”, ressaltou.

De acordo com o executivo, no Brasil, a iniciativa privada responde por cerca de 57% dos gastos com saúde, diferente dos países desenvolvidos em que a maior parte das despesas é de responsabilidade do setor público, com exceção dos EUA, Turquia e México.

O presidente do CSP-MG, João Paulo Moreira de Mello, comentou a importância do setor de saúde suplementar. “Devido à relevante participação do setor privado no custeio da área de saúde, é fundamental que o mercado promova fóruns de discussão sobre as medidas que devem ser adotadas visando, principalmente, à sustentabilidade desse setor”.

Ao final do evento, o diretor da FenaSaúde integrou a mesa de debates composta pelas seguintes autoridades: João Paulo Mello (presidente do CSP-MG), Mauricio Tadeu Barros Moraes (mediador e diretor de Seguros do Clube), Juliana Queiroz (presidente da Comissão de Seguros de Pessoas do SindSeg MG/GO/MT/DF), Evaldo de Paula (diretor do Sincor-MG), Omar Otaviano Dantas Meira (presidente do Conselho Empresarial de Seguros da ACMinas) e André Beraldo de Moraes (presidente da Ascor-MG).

ENTIDADES DA SAÚDE ENTREGARÃO A PRESIDENCIÁVEIS PROPOSTAS PARA O SETOR

Folha de São Paulo –18/09/2018

Hospitais, operadoras de saúde e farmacêuticas têm demandas como adoção de prontuário eletrônico

Representantes de presidenciáveis vão receber, na quarta (19), propostas de entidades de setores da saúde como hospitais,

operadoras, farmacêuticas. Entre os convidados estão equipes das campanhas de Novo, PDT, PSDB, PT e Rede.

As sugestões foram separadas em oito eixos, de judicialização de tratamentos a parcerias entre público e privado, segundo Claudio Lottenberg, presidente do Icos (Instituto Coalizão Saúde) e do UnitedHealth Group no Brasil, dono da Amil.

A integração dos prontuários de pacientes e a regulamentação da telemedicina são duas das questões mais urgentes, afirma.

“O prontuário eletrônico é imprescindível, seria um dos primeiros pontos que recomendaríamos. Gastamos uma fortuna com procedimentos redundantes, é mais simples de implementar do que se imagina e teria um retorno enorme.”

FENASAÚDE PARTICIPA DO XI CONGRESSO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIREITO E ECONOMIA (ABDE)

FenaSaúde –18/09/2018

Gerente jurídica mediu o painel ‘Judicialização da Saúde’ e apontou os principais dilemas da Saúde Suplementar

O crescimento da judicialização da saúde nos últimos anos foi tema de painel durante XI Congresso Anual da Associação Brasileira de Direito e Economia, nos dias 13 e 14 de setembro, em Florianópolis, Santa Catarina. A gerente jurídica da Federação de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Mônica Figueiredo Costa, mediu o debate sobre o tema, que contou com a participação de: Clenio Jair Schulze, juiz federal e autor dos livros “Judicialização da Saúde no Século XXI” e “Direito à Saúde – Análise à luz da judicialização”; e do juiz de direito, Orlando Luiz Zanon Junior, doutor em Ciência Jurídica pela UNIVALI com Dupla titulação pela UNIPG (Itália).

Na sua exposição, o juiz Orlando Luiz Zanon Junior enfatizou a necessidade de enfrentamento da judicialização excessiva,

destacando que grande parcela dos recursos são consumidos por falsos litígios e não se dá a devida importância aos casos mais complexos. A partir de uma gestão aprimorada das demandas judiciais, o palestrante sugeriu uma espécie de triagem, estabelecendo um fluxo próprio no qual se dedicaria o exame de casos mais complexos, aumentando a eficiência e a qualidade na prestação da tutela judicial.

O juiz Clenio Jair Schulze apresentou questões cruciais na judicialização da saúde, como a incorporação e concessão judicial de medicamentos sem evidências científicas e o dogma de não falar em custo do tratamento. Também apontou algumas alternativas para a redução da judicialização, afirmando que o juiz na tomada de decisão deve analisar o impacto da decisão para a sociedade, levando em consideração que 50% das prescrições médicas são inadequadas.

Por sua vez, ao mediar o debate, a gerente jurídica da FenaSaúde, Mônica Figueiredo Costa, abordou a importância da análise econômica do direito como ferramenta para ponderação de

interesses e redução da judicialização. “É preciso considerar a necessidade de se manter a equação econômico-financeira nos planos de saúde e buscar propostas para subsidiar a tomada de decisão nos casos que envolvam prescrições médicas. É necessário combater a judicialização da saúde indevida”, afirmou.

Para contribuir na discussão, a representante da Federação citou a judicialização como um dos propulsores de custos que acabam por impactar o fundo mutual, na medida em que coberturas extracontratuais ou excluídas legalmente são fornecidas por decisão judicial. Mencionou, ainda, que os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário – NATJUS têm sido ferramenta relevante para fornecer subsídios com base em evidências científicas nos temas que envolvam saúde.

O Congresso Anual da ABDE é o maior evento na área de análise econômica do Direito no Brasil e na América Latina.

COMPANHIAS PÕEM A SAÚDE EM PLANO MAIOR DE EFICIÊNCIA

Valor Econômico – 17/09/2018

Ao longo dos anos, as empresas aprenderam que aquela que não souber trabalhar com eficiência não sobreviverá. Há menos tempo, porém, muitas perceberam que um custo que nada tem a ver com os produtos que fabricam ou vendem escapava desse controle. Encontraram desperdícios e ineficiência na forma como eram usados os planos de saúde que contratam para seus funcionários. A constatação fez surgir um movimento crescente de companhias em busca de saídas. Total de 62 têm se reunido para trocar experiências. Gestões mais atentas, prevenção e ferramentas próprias para melhorar a eficiência têm ajudado muitas empresas a reduzir custos com planos de saúde e ter trabalhadores mais saudáveis. Por meio de acompanhamento e serviço de orientação próprios, em um ano a Volkswagen conseguiu reduzir em 25% os dias de hospitalização de seus funcionários.

A despesa com planos de saúde continua a ser o segundo maior gasto com pessoal numa empresa, perdendo apenas para salários. Representa 12% do que as companhias gastam com funcionários, em geral, e chega a 20% nos grupos de empregados mais qualificados, segundo Luiz Edmundo Rosa, diretor de desenvolvimento de pessoas da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH).

Estudo da Confederação Nacional da Indústria (CNI) indica que dos 47,3 milhões de beneficiários de planos privados registrados no país em 2017 cerca de 80% correspondem a planos coletivos (empresariais ou por adesão). Já faz dez anos, porém, que a variação do chamado custo médico hospitalar (VCMH), do Instituto de Saúde Suplementar, ultrapassa em muito a inflação medida pelo IPCA. Segundo o estudo da CNI, entre 2008 e 2016 o IPCA aumentou 75% enquanto o custo médico hospitalar cresceu 238%. O VCMH em 2017 foi de 19,20%.

O tema é ainda tratado com cautela. É nítido o receio que boa parte das empresas tem de dar a impressão de eventual intenção de reduzir um benefício do trabalhador. Por isso, talvez, muitas não queiram aparecer. Duas voltaram atrás pouco depois de concordar em dar entrevista ao Valor.

Nenhuma das empresas consultadas que adotaram novas práticas de gestão de saúde revela quanto conseguiu economizar. Apenas dão pistas. Nos últimos dois anos a indústria química Clariant tem mantido gastos abaixo do contratado com as operadoras dos planos

de saúde, segundo o diretor de Recursos Humanos da companhia na América Latina, Alberto Mendes.

A Clariant tem sede na Suíça e presença em todos os continentes. No Brasil, a empresa tem um médico na direção da área de sustentabilidade, que inclui a gestão de saúde. Paulo Itapura ajudou a montar um banco de dados dos 1,2 mil funcionários e mais 1,8 mil dependentes e faz acompanhamento pessoal das ocorrências, com monitoramento constante do uso de Pronto Socorro e UTI.

A organização dos dados de saúde dos empregados é uma solução usada por todas as empresas consultadas. O banco criado pela Volkswagen há dois anos conta com 200 diferentes indicadores de 59 mil vidas sob sua responsabilidade, que incluem os 15 mil funcionários mais dependentes. Ali constam informações como dias de internação, de UTI e dados dos partos, entre outros tantos.

“O banco de dados tem nos ajudado na gestão financeira de saúde”, afirma Marcellus Puig, que comanda a área de Recursos Humanos da companhia no Brasil e América do Sul. Por meio de um monitoramento mais preciso, a Volkswagen descobriu recentemente, segundo Puig, que 4% a 5% dos procedimentos médicos pelos quais os empregados já passaram não deveriam ter sido indicados. “Teoricamente poderíamos terceirizar a organização das informações. Mas como isso aperta o meu calcanhar decidimos assumir”, destaca o executivo.

As empresas que arregaçaram as mangas para assumir melhor a gestão da saúde dos funcionários recorrem ao conhecimento de métodos que fazem parte da rotina da sua atividade principal. Qualquer empresa do varejo oferece, por exemplo, aos clientes uma linha telefônica gratuita para reclamações. O grupo GPA criou a chamada linha “0800” para ouvir queixas de saúde dos 140 mil funcionários que trabalham nas marcas Pão de Açúcar, Extra, Açai, Casas Bahia e Ponto Frio, espalhados por todo o país. Com dependentes, o GPA cuida de um total de 255 mil vidas.

O funcionário que decide relatar alguma dor ou mal estar pode utilizar a linha telefônica gratuita do GPA, chamada de “Alô saúde”. Ele é atendido por uma equipe terceirizada de enfermeiros e médicos. “Por meio desse canal conseguimos antecipar e orientar por telefone cerca de 80% dos casos que antes apareciam quando a pessoa chegava ao Pronto Socorro; conseguimos reduzir idas desnecessárias ao hospital”, destaca o diretor de Recursos Humanos do grupo GPA, Frederico Lopes. Segundo o executivo, no passado o GPA chegou a ter até 10 a 12 operadoras de planos de saúde. Hoje são cinco.

Há quatro anos, a Pirelli começou a investir mais forte na gestão de saúde dos 8 mil funcionários e dependentes. Ao todo são quase 30

mil vidas. A empresa também decidiu ter um especialista no assunto entre seus executivos. Alexandre Toscano é o gerente médico da Pirelli. Toscano acompanha o dia a dia dos ambulatórios nas fábricas, exames em hospitais e laboratórios e conversa com operadoras.

A italiana Pirelli criou recentemente um sistema de gestão de doenças crônicas. Quando o quadro indica que tal funcionário é propenso a ter hipertensão ou diabetes, por exemplo, um enfermeiro de empresa especializada contratada pelo GPA entra em contato com ele e a partir daí começam as orientações para uma rotina de controle com medicamentos ou exercícios físicos.

O diretor de Recursos Humanos da Pirelli na América Latina, Giuseppe Giorgi, explica que o funcionário decide se quer ou não participar do programa. "Respeitamos as decisões, mas em geral a maioria aceita", destaca Giorgi. Segundo o executivo, nos últimos dois anos a Pirelli intensificou o uso da inteligência artificial para ajudar no agrupamento de informações que, junto com programas de prevenção, a ajudam a gerir a saúde. "A grosso modo, podemos dizer que a sinistralidade vem caindo", diz.

O grupo GPA também, conta com programas de acompanhamento de fatores de risco, como diabetes, hipertensão, obesidade e tabagismo. Segundo Frederico Lopes, 85% dos pacientes crônicos são assistidos por algum programa de gestão de saúde da empresa.

A prevenção tem participação importante nas soluções de gestão de saúde criadas por essas empresas. Volkswagen e Clariant oferecem check up para todo o efetivo. Na Clariant, anualmente todos os empregados passam por um mini check up, além dos exames médicos periódicos, obrigatórios por lei. Na Volkswagen, a cada três anos a empresa consegue cobrir todo o efetivo com exames mais completos.

A preocupação das empresas com o tema provocou o surgimento de grupos que se reúnem para trocar experiências e discutir caminhos. Há um ano foi formado um fórum que reúne 18 empresas. A organização está a cargo da ABRH e da Aliança para a saúde populacional (Asap), uma entidade que reúne grandes empregadores e que estimula os dirigentes das empresas a adotar a gestão de saúde. Mais recentemente, a CNI começou a promover encontros para discutir o assunto. Esse grupo, que já tem 44 empresas, apoia

um extenso documento com propostas da CNI para mudar a forma de cobrança dos planos de saúde, já encaminhado às equipes dos candidatos à Presidência da República.

O interesse que o assunto despertou levou a ABRH e a Asap a pensarem num curso. Há pouco tempo as duas entidades fecharam com a Fundação Getúlio Vargas (FGV) a criação do primeiro curso de gestão de saúde empresarial, dirigido principalmente aos profissionais de recursos humanos que lidam com o assunto no dia a dia. "Estamos trabalhando para reduzir a ineficiência do sistema", destaca a presidente da Asap, Ana Elisa Siqueira.

O curso começará no primeiro trimestre de 2019. Serão 80 horas de aulas ministradas pelos próprios profissionais da área, incluindo pessoas das empresas que adotaram mudanças de gestão. Segundo o diretor de educação executiva da FVG em São Paulo, Paulo Lemos, o curso vai abranger temas como uma administração "mais competente" dos gastos, meios de lidar com as operadoras, a co-participação do trabalhador e como ter mais saúde. Segundo Lemos, nas reuniões periódicas da instituição com dirigentes de recursos humanos ficou claro que se nada for feito "esse custo vai explodir".

"O sistema atual foi criado numa época em que a população não envelhecia como hoje, num princípio no qual todos pagam e poucos usam. Por isso, essa despesa se transformou, nas empresas, numa gestão de custos e não de saúde", destaca Elisa Siqueira.

Para Edmundo Rosa, da ABRH, as empresas começaram a perceber que diminuir as despesas com planos de saúde não significa o "custo pelo custo". Todas as empresas que de alguma forma viraram o jogo estimulam os funcionários a praticar atividades físicas e buscar o bem estar. A Clariant cria espaços de convivência no trabalho. O grupo GPA tem convênios com academias em todo o país. E todas aprimoraram o cardápio dos refeitórios para incluir comida mais saudável.

Cada nova ideia de ação vale para as empresas conseguirem vencer a guerra contra os reajustes dos planos de saúde. "O aumento desses custos tem sido uma caixinha preta com dois dígitos que não parece fazer sentido", afirma Lopes, do grupo GPA. "Pudéssemos nós ter esses índices de aumento de vendas em nossas lojas".

USO DE PLANO DE SAÚDE SUBIU 33% DESDE 2012

DCI – 14/09/2018

Em cinco anos, a frequência de uso na rede de saúde particular avançou 33%. Se em 2012 cada beneficiário de planos recorreu aos serviços disponíveis 21,1 vezes, em 2017 as utilizações/ano por paciente alcançaram 28,1.

As informações são de um estudo encomendado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) com objetivo de "botar na mesa o dado real" que influencia a alta de custos do setor, segundo a diretora-executiva da entidade, Martha Oliveira.

"O que realmente impactou o crescimento real nos custos de saúde foi o aumento da frequência de beneficiários", sinalizou a sócia-fundadora da Compass Consultoria (responsável pelo estudo), Laura Porro.

Segundo os dados, entre 2012 e 2017 o gasto total com saúde suplementar cresceu R\$ 48,9 bilhões em valores constantes, atingindo R\$ 171,9 bilhões no ano passado ante R\$ 122,9 bilhões cinco anos antes. Desse montante, 70% (ou R\$ 34,3 bilhões) estariam diretamente associado à alta na frequência.

"Esse crescimento não vem dos beneficiários nem do [aumento no] custo unitário, que está bem perto da inflação", prosseguiu Laura, citando alta, entre 2012 e 2017, de 7,4% ao ano no gasto por evento – que atingiu R\$ 109 ante R\$ 76,4. No mesmo período, o número de beneficiários cresceu pouco: de 47,1 milhões para 47,3 milhões.

A mesma recessão que impediu um aumento significativo na base da saúde suplementar pode ter sido um dos fatores que incentivaram uma busca maior por procedimentos pelos pacientes.

"No momento de crise a pessoa tem medo de perder o plano de saúde no mês seguinte. Isso traz um aumento na frequência", argumentou Martha Oliveira.

Efeito semelhante seria causado pelo *downgrade*, ou a diminuição da cobertura de planos. "Se a pessoa sabe que o plano não vai mais cobrir o oculista que ela está acostumada, ela antecipa o procedimento", completou Laura Porro, da Compass Consultoria.

Outros fatores citados pela diretora da Anahp são o próprio modelo de remuneração "que leva a aumento de frequência constante, pois os incentivos são para isso" e que "prefere remunerar a ineficiência do que a eficiência".

A divulgação dos números pela Anahp pode ser consideradas resposta a dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) divulgados dia 5 e que traziam a perspectiva de operadoras de planos.

De acordo com o material, contas hospitalares e exames indevidos, fraudes e desperdícios teriam R\$ 27,8 bilhões em gastos durante 2017, ou 19,1% das despesas médico-hospitalares pagas pelas operadoras de planos no ano passado.

Categories

Entre as categorias de serviços verificadas pela Anahp, o maior aumento de frequência de uso foi verificado nos exames complementares: em 2012, a média anual de eventos por beneficiário era 12,4. Em 2017, o uso passou para 17,3 eventos ao ano – em alta de 39,8% no intervalo.

De acordo com Laura Porro, o impacto financeiro da tendência seria ainda maior “se o valor unitário dos exames não tivesse caído”. Em valores constantes, os custos unitários com o procedimento caíram 1,7% ao ano de 2012 a 2017, influenciados pela maior carga de

exames mais baratos, tecnologia e efeitos de negociação com contratantes.

No caso das consultas médicas, a frequência anual passou de 5,2 eventos em 2012 para 5,7 em 2017 (10,4% de alta em cinco anos), com alta anual de 3,1% no custo unitário dentro do mesmo período. A demanda por terapias, por sua vez, passou de 1,1 evento/ano para 1,6 no ano passado, registrando assim alta de 51,9% na procura acompanhada por aumento anual de 6,2% no custo unitário com os procedimentos. Já os chamados “outros serviços ambulatoriais” passaram de 2,4 eventos/ano em 2012 para 3,3 em 2017. Além da busca 39,7% maior, os custos com a categoria subiram 1,4% ao ano.

Menos suscetível à procura e encaminhamentos indiscriminados, as internações aumentaram menos: de 0,16 eventos anuais por beneficiário em 2012 para 0,17 realizados ano passado. Já o custo unitário com procedimentos do gênero alcançou a cifra de R\$ 8.197 em 2017 – ou uma alta anual de 3,4% desde 2012.

FENASAÚDE DEBATE ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAR O AUMENTO DOS CUSTOS NO 4º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde – 14/09/2018

O 4º Fórum de Saúde Suplementar, organizado pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), reunirá líderes nacionais e internacionais, nos dias 22 e 23 de outubro, no Windsor Convention & Expo Center, na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, para discutir estratégias de enfrentamento do aumento dos custos na área da saúde – um problema mundial. Com o tema ‘O desafio da eficiência em saúde: um debate inclusivo’, o evento tem inscrições gratuitas e que já estão abertas no site.

Para a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, o evento é uma oportunidade de debater sobre questões essenciais para o desenvolvimento e fortalecimento da Saúde Suplementar no Brasil. “É preciso repensar o modelo de atendimento assistencial no país, valorizando o médico generalista e a coordenação do cuidado. Combater desperdícios e melhorar a eficiência são premissas básicas para dar sustentabilidade à Saúde Suplementar, exigindo de todos a predisposição para o diálogo em busca da redução de fraudes, da transparência na formação de custos de toda a indústria da saúde e nas práticas de remuneração dos prestadores de serviço.

Também é preciso engajar o consumidor no cuidado da sua própria saúde com foco em promoção de saúde e prevenção de doenças”, destaca.

No primeiro dia, durante a palestra magna do fórum, Robert Pearl, diretor executivo e CEO do The Permanente Medical Group, abordará os dilemas da assistência à saúde no mundo. Em seguida, o debate será sobre Economia e Saúde no cenário brasileiro. Nesse primeiro painel estão confirmados: Marcos Lisboa, diretor presidente do Inspere; Robert Pearl; Romeu Cortes Domingues, presidente executivo do Conselho de Administração da DASA; Manoel Peres, diretor Geral da Bradesco Saúde e Eduardo Rahme Amaro, presidente do Conselho de Administração da ANAHP.

Ainda no primeiro dia, Lewis Sandy, vice-presidente Sênior da UnitedHealth Group, e Gustavo Gusso, professor da Universidade de São Paulo (USP), apresentarão propostas para fortalecer a atenção primária na Saúde Suplementar. Participarão desse debate, Antônio Augusto Brandão De Aras, subprocurador-Geral da República; Helton Freitas, presidente da Seguros Unimed; e Sergio Ricardo Santos, CEO da Amil Assistência Médica Internacional. No último dia, os debates serão em torno do crescimento dos custos e a qualidade da informação em saúde.

O fórum busca trazer à sociedade discussões sobre questões centrais e recorrentes do setor de saúde, como modelo de assistência com foco na Atenção Primária à Saúde e mudança na forma de pagamento dos prestadores de serviços – médicos, hospitais, laboratórios – entre outros assuntos.

EM CINCO ANOS, GASTOS DOS PLANOS DE SAÚDE AUMENTAM R\$ 49 BILHÕES

O Globo – 14/09/2018

Estudo da associação de hospitais privados diz que despesas do setor subiram 40% entre 2012 e 2017

SÃO PAULO - Os gastos do sistema de saúde suplementar no Brasil subiram 40% entre 2012 e 2017, ou R\$ 49 bilhões a mais, segundo estudo encomendado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). A principal razão por trás desse avanço, de acordo com os organizadores do levantamento, foi o aumento da frequência do uso dos serviços disponíveis pelos pacientes. Críticos do setor, no entanto, dizem que o avanço pode ser um problema de má gestão.

Em 2012, cada usuário de plano de saúde realizou 21,1 eventos, como consultas e atendimentos ambulatoriais. Em 2017, esse número subiu para 28,1, segundo o estudo.

Martha Oliveira, diretora executiva da Anahp, diz que vários fatores explicam a maior frequência de pacientes nos consultórios e hospitais. Entre eles, a crise econômica, que fez muita gente, por medo de perder o emprego e o plano de saúde, antecipar exames e consultas.

O advogado Rafael Robba, especialista em Direito à Saúde e sócio do escritório Vilhena Silva, discorda das conclusões da pesquisa:

Se está havendo abusos, são as operadoras que devem fazer o gerenciamento desse atendimento. Parece uma conclusão muito simplista dizer que o paciente está utilizando mais o sistema.

FALTA CORAGEM PARA MUDAR SAÚDE PRIVADA

Exame – 14/09/2018

Um problema fundamental da saúde privada no Brasil é a falta de coragem para mudar e reduzir custos. Essa foi uma das conclusões do debate “Saúde privada: é possível satisfazer todos os interesses?”, que ocorreu durante o EXAME Fórum Saúde, realizado em 12/09 por EXAME.

Participaram da discussão Sidney Klajner, presidente do Hospital Albert Einstein, Irene Hahn, presidente da Qualirede, e Henrique Lian, diretor de relações institucionais da Proteste. Cada palestrante fez uma apresentação de dez minutos, e depois houve um debate com perguntas sobre o tema.

É consenso geral que o custo da saúde no Brasil chegou a um patamar insustentável. O resultado disso é que o consumidor não tem mais condições de pagar pela saúde privada, e as próprias operadoras encontram dificuldades para oferecer o serviço.

Redução nos lucros

“Acho que todos nós sabemos o que tem para ser feito. Mas falta coragem para dar o passo inicial, mesmo que num primeiro momento isso traga uma redução nos lucros”, disse Sidney Klajner, presidente do Hospital Albert Einstein.

Em sua apresentação, Klajner deu exemplos de como o Albert Einstein tem feito essa mudança. Uma das ações foi a implementação de uma segunda opinião para indicações de cirurgias que usam itens caros como órteses ou próteses.

“Depois que passamos a fazer dessa forma, 61% das indicações de cirurgia foram contraindicadas na segunda opinião. E nossa pesquisa de satisfação mostrou mais de 90% de satisfação tanto para os pacientes que fizeram a cirurgia quanto para os que não fizeram, o que prova que as indicações foram corretas”, disse.

No entanto, ações desse tipo mexem com o bolso. “Há um sistema perverso de remuneração que premia o exame desnecessário e o tempo de permanência do paciente. No Einstein a gente já vê uma diminuição da nossa receita por conta da redução do tempo de internação”, exemplificou Klajner.

Avaliação de qualidade

A falta de coragem também foi citada por Irene Hahn, presidente da Qualirede, empresa que atua na gestão de planos de saúde. Em sua apresentação, Hahn citou a dificuldade que os beneficiários dos planos têm hoje de encontrar um bom médico que resolva seu problema. Por traz dessa dificuldade está a inexistência de uma avaliação do atendimento prestado pelos médicos listados nos planos.

“Parece pecado falar de mérito na saúde. Hoje eu tenho dados para dizer quais cardiologistas entregam maior valor, por exemplo. Consigo saber quais pessoas tiveram muitas intervenções após uma cirurgia, quais tiveram atendimento em cinco cardiologistas, mas acabaram fazendo uma cirurgia de urgência. E consigo saber quem fez esses atendimentos. Mas os planos não querem divulgar isso. Deus me livre falar essa equipe tem o melhor resultado”, provoca.

Para Hahn, esse é um exemplo de atitude que pode ser implementada rapidamente e que traria bons resultados para o setor. “Essa competitividade gera qualidade”, defende.

Outro ponto levantado por Hahn é a necessidade dos consultórios e hospitais usarem um sistema unificado de gestão, o que permitiria maior facilidade no cruzamento de dados e menores custos. “Se os bancos compartilham os caixas 24 horas, está na hora de compartilhar tecnologia na área da saúde, porque a tecnologia é fundamental para a mudança. Cada consultório gasta com sistema de gestão e não é pouco dinheiro. Uma alternativa é pensar em financiar um sistema em conjunto”, sugere.

Solução complexa

Já Henrique Lian, diretor de relações institucionais da Proteste, organização de origem europeia que atua na defesa dos direitos do consumidor, lembra: “somos todos consumidores”. O paciente consome o plano, que consome os serviços do hospital que consome os serviços de um médico. Sendo assim, se há problemas no sistema, todos sofrem, afirmou.

Porém, mesmo que todos os atores estejam engajados em buscar soluções para o problema, essa é uma questão complexa, portanto, as soluções também não são simples, avalia Lian. “Esse é um tema que envolve ações de origem política e econômica. Mas também há um componente comportamental, que está tanto no paciente que vai para o hospital por qualquer motivo, quanto no médico que indica procedimentos desnecessários. Não há solução simples.”

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