

03 de outubro de 2018

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 27/09/2018

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman do mês de setembro. O artigo “FRAUDE E DESPERDÍCIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR” que trata sobre os altos custos com desperdícios e fraudes. Este debate faz-se necessário para entender os impactos no setor.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

É NULO ACÓRDÃO QUE EXIGIU OFERTA DE MIGRAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PARA RESCISÃO CONTRATUAL

Migalhas –02/10/2018

O ministro Antonio Carlos Ferreira, do STJ, deu provimento a recurso de operadora de plano de saúde e anulou acórdão do TJ/DF que condicionou rescisão contratual de plano de saúde coletivo à oferta de migração para os planos individual ou familiar a beneficiária. Consta nos autos que a operadora do plano de saúde se recusou a renovar o plano coletivo de beneficiária após ela ser internada em domicílio por não cobrir internações home care. Por causa do cancelamento, a beneficiária e seu esposo ingressaram na Justiça contra a operadora requerendo indenização por danos morais, alegando que a exclusão de cobertura de internação home care é abusiva e que a rescisão unilateral viola o mutualismo do contrato.

Ao analisar o caso, o TJ/DF considerou que “a imposição de limites ao tipo de tratamento a ser recebido pelo paciente configura transferência de risco da atividade desenvolvida pelas operadoras de plano de saúde ao consumidor, deixando-o em situação de extrema desvantagem”.

O Tribunal entendeu ser abusivos a cláusula que exclui o home care da cobertura do plano e o cancelamento da modalidade coletiva. Com isso, condenou a operadora a indenizar o casal em R\$ 13 mil por danos morais e aduziu que deveria ter sido ofertada, à beneficiária, a migração para plano individual ou familiar antes da rescisão.

Ao analisar recurso especial, o ministro Antonio Carlos Ferreira, do STJ, pontuou que o Tribunal de origem, ao condicionar a rescisão contratual à oferta anterior de migração para o plano de saúde individual ou familiar “*diverge da orientação do STJ, segundo a qual não é abusiva a rescisão unilateral de plano de saúde coletivo pela empresa operadora, não incidindo o disposto no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei n. 9.656/98*”.

O ministro afirmou que “as instâncias de origem consideraram ilícita a negativa de renovação sem aferir a presença dos requisitos aceitos pela jurisprudência do STJ para validar a recusa da operadora de plano de saúde coletivo”, havendo, nesse contexto, a impossibilidade de reexame de fatos e provas em recurso especial.

O ministro, então, deu parcial provimento ao recurso da operadora e anulou o acórdão, determinando o retorno dos autos ao TJ/DF para que sejam analisados os

requisitos para o exercício do direito à rescisão unilateral do plano de saúde coletivo, nos moldes da jurisprudência do STJ.

QUALICORP CAI QUASE 30% E PERDE R\$ 1,4 BILHÃO EM VALOR DE MERCADO

Agência Estado –02/10/2018

Movimento foi resposta a acordo de não competição que envolve pagamento de R\$ 150 milhões a presidente da empresa

Com queda de quase 30% nas ações, a Qualicorp perdeu, nessa segunda-feira (1º/10), R\$ 1,366 bilhão em valor de mercado em função de um acordo de não competição anunciado entre a administradora de planos de saúde e seu presidente, fundador e acionista, José Seripieri Filho. Pelo contrato, o executivo, que detém de forma indireta cerca de 15% do capital da companhia, não poderá realizar a venda de sua participação por um prazo de seis anos nem

competir com empresa. Em troca, receberá R\$ 150 milhões.

A empresa esclareceu que a decisão foi tomada por unanimidade por todos os membros do conselho, com exceção do acionista em questão, que não participou da reunião.

Para o presidente da Associação de Investidores no Mercado de Capitais (Amec), Mauro Cunha, o acordo pode ser, sob o prisma das informações públicas até aqui, “o maior escândalo societário do mercado brasileiro desde o caso Oi”. “É preciso uma ação incisiva da Comissão de Valores Mobiliários (CVM), Ministério Público (MP) e dos acionistas”, disse Cunha ao jornal O Estado de S. Paulo e ao Broadcast (serviço de notícias em tempo real do Grupo Estado).

Segundo ele, esse tipo de transação configura transferência de valor da companhia para o controlador, por meio do pagamento de um “prêmio de controle escondido”. A Qualicorp esclareceu que a empresa não possui controle ou bloco de controle, tendo capital pulverizado.

A companhia justificou o acordo com o argumento de que o “mercado de atuação da companhia está em forte transformação e o conselho de administração entendeu essencial contratar alinhamento estratégico e de longo prazo com o acionista, fundador e principal

liderança da companhia". Disse ainda que o acordo teve como referência trabalhos de consultoria contratados a pedido do conselho e prestados pelas empresas McKinsey, Spencer Stuart e Mercer.

Contrato

Segundo o acordo, Seripieri Filho está obrigado a não competir com os negócios da companhia e não solicitar qualquer cliente, fornecedor, distribuidor ou qualquer pessoa a deixar seu emprego ou deixar de prestar serviços para a Qualicorp.

O prazo de vigência da obrigação de não competição poderá ser estendido por dois anos, a qualquer tempo daqui a até cinco anos da assinatura do contrato, com pagamento de indenização adicional.

Para Cunha, da Amec, o acordo, se não punido, irá prejudicar todo o mercado de capitais brasileiro, colocando a credibilidade do mesmo em risco. Os acionistas minoritários da Qualicorp, segundo o presidente da Amec, estão "abismados".

No caso da Oi há alguns anos, houve questionamentos e reclamação de acionistas minoritários de que a reestruturação proposta pela empresa transferiria indiretamente dívidas dos controladores para a tele.

Em relatório, o Itaú BBA disse que os termos do acordo são negativos em relação à governança, que deve ser uma crescente preocupação dos acionistas. As informações são do jornal **O Estado de S. Paulo**

SETOR MOSTRA PREOCUPAÇÃO COM MODELOS DE PAGAMENTO

IESS –01/10/2018

Como já aconteceu muitas vezes ao longo de nossos 11 anos de trabalho em prol do aperfeiçoamento do setor, ficamos bastante contentes em perceber a repercussão e evolução positiva de temas que sempre buscamos pautar em nossa atuação. Importante ver que, finalmente, o setor começa a tomar mais medidas e ampliar as alternativas sobre modelos de pagamentos para os prestadores de serviço na cadeia de saúde suplementar.

Noticiada na última semana pelo jornal Valor Econômico, reportagem mostra nova alternativa adotada para o pagamento de internações clínica e cirúrgica no setor. Essa sempre foi nossa tônica: gerar subsídios para a criação de novas alternativas que favoreçam o equilíbrio do sistema e a qualidade da assistência prestada ao paciente seja por meio de nossas publicações, eventos, palestras e demais divulgações. A importante questão do modelo de remuneração já foi tema de diferentes estudos, como o "TD 54 - Diagnosis Related Groups (DRG's) e seus efeitos sobre os custos e a qualidade dos serviços hospitalares" que mostrou as principais características desse modelo de remuneração a partir da experiência de outros países.

Já o TD 64 – "Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar" apontou os benefícios de modelos de pagamento prospectivos, que priorizem questões como a qualidade do atendimento, o desfecho para o paciente e outras características. Foi com base nesse estudo inédito que realizamos um especial aqui no Blog, apresentando as especificidades de diferentes modelos: DRG, Bundled Payment, Pay for Performance (P4P), Global budget e o Captation. O objetivo foi mostrar as características de cada um desses modelos e sua aplicabilidade para diferentes realidades.

Segundo a reportagem, no novo modelo, a operadora irá pagar uma quantia fixa mensalmente ao hospital, calculada de acordo com os preços praticados no acumulado do ano passado. "Atualmente, o modelo vigente no mercado é o da conta médica aberta, ou seja, não

há um teto para os gastos médicos, o que leva a um descontrole dos custos que, conseqüentemente, tem impacto no reajuste do preço do plano de saúde", mostrou. "O custo das internações passa a ser reajustado com base no IPCA, o que tende a contribuir para que a inflação médica fique num patamar mais próximo da inflação geral". A título de informação, o modelo de remuneração vigente no país em grande parte dos prestadores é o fee for service (FFS), que privilegia a quantidade de atendimentos e não a qualidade e incentiva a maior utilização de procedimentos e insumos, gerando mais desperdício em toda a cadeia.

A publicação ainda trouxe mais detalhes sobre o acordo firmado. "Essa forma de remuneração, batizada de 'adjustable budget payment', será um modelo de transição. A meta é adotar a partir de 2019 um formato de remuneração baseado no resultado do tratamento. Um exemplo hipotético: numa cirurgia de prótese de joelho avaliada em R\$ 100 mil, o hospital recebe R\$ 70 mil na alta do paciente e o restante após um determinado tempo definido entre as partes. Caso a cirurgia seja bem-sucedida dentro dos protocolos médicos estabelecidos, o hospital recebe R\$ 50 mil nesse segundo momento, ou seja, um adicional de R\$ 20 mil em relação ao valor acordado. Mas, se o paciente tiver complicações que podem ter sido provocadas por problemas no atendimento médico, a operadora não paga a diferença de R\$ 30 mil".

Gerar conhecimento e referencial técnico para auxiliar na tomada de decisão pelos diferentes atores da volumosa cadeia de saúde suplementar faz parte da nossa premissa de busca pela máxima eficiência do setor. Ficamos orgulhosos em perceber que nossos diferentes esforços têm surtido efeito com os agentes do segmento. Esperamos conseguir perceber as mudanças em prol da sustentabilidade do sistema de saúde.

Para entender melhor sobre a importância dos modelos de remuneração para o setor, confira nossa Área Temática. Também vale a pena rever as palestras de Sam Rossolimos e Etienne Dreyer, diretores de Healthcare da PwC África do Sul, durante o seminário internacional "A Sustentabilidade da Saúde Suplementar", realizado em 2015. A palestra trata da adoção do DRG (Diagnosis Related Groups), um modelo de remuneração hospitalar que trouxe resultados positivos em todos os países onde foi implementado.

DESPESA COM CONVÊNIO MÉDICO COMPROMETE ORÇAMENTO DE METADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Saúde Business –01/10/2018

Pagar um convênio médico está cada vez mais difícil. É o que mostra uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e a CNDL (Confederação Nacional dos Dirigentes Lojistas). De acordo com o levantamento, o brasileiro paga em média R\$ 440,00 na mensalidade do plano de saúde, ou seja, em uma família com 5 pessoas o gasto com esse tipo de serviço ultrapassa a faixa de R\$ 2 mil. “O valor que se gasta com o plano de saúde pode ser usado para pagar outros custos essenciais de uma família, com um aluguel. A grande maioria dos brasileiros não conseguem assumir ambos os custos, por isso novos modelos de negócios em relação a saúde estão aparecendo, como as clínicas médicas populares”, conta o fundador da clínica médica popular, MedicMais, Tiago Alves.

O modelo de negócio ganhou espaço com a crise que se instalou no Brasil e tornou-se âncora para quem busca alternativas na hora de consultar um médico, principalmente para os idosos que possuem as taxas mais altas na mensalidade dos planos de saúde. Na MedicMais, por exemplo, a terceira idade já representa 60% dos clientes atendidos e costumam procurar por especialidades como ortopedista, oftalmologista e reumatologia. “Ter um convênio médico está entre as dificuldades que pessoas idosas enfrentam no Brasil. As mensalidades são altíssimas e, muitas vezes, chegam a comprometer toda a aposentadoria da pessoa. A fim de economizar, muita gente tem optando pelo uso dos serviços da MedicMais e

acreditamos que este público será cada vez mais frequente”, revela Tiago.

De acordo com o SPC, a mensalidade média de um convênio médico para pessoas acima de 55 anos aumenta para R\$ 650,00, mais do que o dobro da média apurada entre beneficiários de 18 a 34 anos, que pagam um valor aproximado de R\$ 255,00. Na MedicMais, um idoso desembolsa em média R\$ 350,00 entre consultas e exames que podem ser pagos em até 6X vezes, no cheque, cartão ou boleto. Expansão

A busca por alternativas aos planos de saúde tem impactado diretamente nos negócios da MedicMais, que já possui 70 unidades vendidas em todo o país. Só neste ano, a rede inaugurou três unidades no estado de São Paulo, região que mais perdeu beneficiários de convênio médico em 2017 (segundo dados da FenaSaúde, foram mais de 160 mil baixas, o equivalente a uma redução de 60%), e até dezembro irá totalizar 20 clínicas em funcionamento.

Há pouco mais de ano no mercado de franquias, a MedicMais apresenta números promissores: já são 18 unidades inauguradas e uma média de 60 mil atendimentos realizados. Até o final de 2018, a expectativa é atingir 120 unidades vendidas e um faturamento de R\$30 milhões. “Nosso objetivo é descomplicar a saúde, tanto para médicos quanto para pacientes. Do ponto de vista do paciente, promovemos um atendimento digno e acessível. Quanto aos médicos, eles passam a contar com uma alternativa importante de trabalho, não precisando se submeter à burocracia dos planos de saúde e contando com apoio e estrutura na captação de clientes.”

A rede conta com médicos, técnicos de enfermagem e atendentes qualificados, e oferece um plano de carreira estruturado aos profissionais da área da saúde.

FOME DE AQUISIÇÕES

Isto é –28/09/2018

Uma das primeiras medidas do fundo de investimentos americano Bain Capital depois de comprar o grupo de saúde NotreDame Intermédica, por R\$ 2 bilhões, em 2014, foi selecionar Irlau Machado Filho para comandar a operação. Tarimbado executivo, formado em administração de empresas, economia e ciências políticas pela faculdade americana Augustana College, em Dakota do Sul, ele conhecia como poucos o mercado financeiro e o setor de saúde. Machado havia ocupado o cargo de vice-presidente de marketing do Santander no Brasil e também tinha comandado a Medial Saúde e o Hospital A.C. Camargo, no qual foi responsável por rebatizar o antigo Hospital do Câncer e torná-lo uma referência nacional no tratamento de oncologia. Portanto, unia as características que os acionistas da NotreDame buscavam. E, ao assumir a operadora de saúde, o executivo atendeu às expectativas: promoveu um plano de expansão com foco na abertura de capital e em aquisições.

Nesse curto período, ampliou o faturamento do grupo em cinco vezes, para os R\$ 5,3 bilhões registrados no ano passado. Como ele conseguiu essa façanha em apenas três anos e meio? Simples. No período, investiu R\$ 3 bilhões na compra de 12 companhias. E não vai parar por aí. Outros dez novos ativos estão no alvo. “Se somarmos as últimas aquisições, atingimos 3,6 milhões de clientes e assumimos a primeira posição em São Paulo”, disse Machado, durante evento realizado na segunda-feira 24 para uma plateia composta pelos maiores grupos de corretores e clientes corporativos, como o Grupo Pão de Açúcar (GPA). “Agora, temos a grande oportunidade de nos tornarmos a maior empresa do setor nos próximos três anos.”

Com a última aquisição anunciada, no início deste mês, do grupo paulistano Greenline, por R\$ 1,2 bilhão, a companhia chegará a 4 milhões de vidas. A Amil, empresa do grupo americano UnitedHealth e a atual líder do segmento, possui 5,5 milhões de beneficiários. No mesmo evento, **o executivo anunciou ainda a criação de uma marca própria de laboratórios de exames, a NotreLabs, que vai aproveitar muitos dos recursos incorporados por meio de aquisições recentes.** Outra novidade foi o lançamento de um aplicativo que permite aos usuários de seus planos de saúde marcarem exames e consultas.

O apetite para a consolidação, no entanto, segue sendo o principal eixo da estratégia de crescimento da NotreDame. Para acelerar a expansão da operadora, Machado montou um time de fusões e aquisições, com o objetivo de selecionar, comprar e integrar empresas. Formada por nove executivos, que respondem diretamente ao presidente, essa equipe foi responsável pelo mapeamento de 240 companhias que poderiam se tornar alvos de uma investida do grupo.

Antes da chegada de Machado e da Bain Capital, o grupo, fundado pelo empresário Paulo Barbanti e negociado por R\$ 2 bilhões, em 2014, nunca havia adotado a estratégia de fusões em cinco décadas de existência. As últimas três aquisições, da Samed, da Medplan e do grupo Greenline, aconteceram depois da abertura de capital, em abril deste ano, que levantou R\$ 2,7 bilhões. No entanto, a maior parte desse valor não foi direcionada à operação, mas sim para remunerar o fundo controlador. “As nossas aquisições estão sendo financiadas com a geração própria de caixa”, afirma Machado. “Apenas no caso do Greenline, que foi um negócio de maior porte, utilizamos financiamento bancário.”

A NotreDame fechou o segundo trimestre com caixa e aplicações financeiras totalizando R\$ 1,2 bilhão. “A estratégia por trás das aquisições é a expansão geográfica de nossa rede própria. Logo, nosso histórico tem sido direcionado a hospitais e planos de saúde verticalizados”, diz. À medida que se expande, o grupo também aumenta a sua zona de atuação ao redor da cidade de São Paulo, chegando ao grande ABC e em Mogi das Cruzes, onde atua a Samed, e no Rio de Janeiro, onde comprou o Hospital Samci (ver gráfico). Mas a empresa não pretende estender o foco muito além das duas maiores cidades do País e dos seus arredores. “Apenas o território de São Paulo e Rio de Janeiro abarca um mercado do tamanho da França”, diz Machado, acrescentando que 48% dos planos de saúde do País estão concentrados nessa região.

No plano traçado pela NotreDame, o objetivo é integrar rapidamente cada ativo adquirido à rede, para ganhar benefícios de escala e de uniformização de operações. Para isso, a área de fusões e aquisições mapeia os processos e inicia o trabalho de integração, com o objetivo de finalizar o projeto em até 100 dias. No caso do grupo Greenline, esse método deve levar um pouco mais de tempo, em virtude da complexidade da operação. Afinal, o acordo envolve um plano de saúde, o Laboratório Bio Master, o Pronto Socorro Itamaraty e a Maternidade Brás. Ao todo, são dois hospitais, 10 prontos-socorros e nove centros clínicos.

A companhia traz 464 mil beneficiários concentrados na região metropolitana de São Paulo, sendo que 60% dos planos são corporativos. “A negociação foi muito tranquila. Eles são muito profissionais”, diz José Rafic, fundador da Greenline. “Fomos cotejados por muitos grupos, mas eles prometeram manter a marca e o quadro de funcionários.” A fusão ainda tem o potencial para impulsionar novos segmentos de negócios. Um projeto-piloto na Greenline busca a criação de um produto diferente, um plano voltado ao público idoso, capaz de fazer frente à Prevent Senior. Segundo Machado, a estratégia está num estágio ainda preliminar.

Com tantas frentes de atuação, a NotreDame surpreendeu o mercado de ações. O grupo chegou à B3 em abril, exatamente na mesma semana em que a sua concorrente Hapvida, que fatura R\$ 3,8 bilhões e captou R\$ 3,4 bilhões com a abertura de capital. Focada no Norte e no Nordeste, a rival, fundada pelo médico Cândido Pinheiro, era vista como a mais atrativa das duas pelos investidores. Apesar de um faturamento menor, mesmo atingindo mais clientes, a Hapvida apresentava maior lucro e rentabilidade. Em 2017, a empresa lucrou R\$ 651 milhões e reportou uma margem de 21,4%.

Na NotreDame, o resultado do período ficou em R\$ 240 milhões e 13,4%, respectivamente. Mas a desconfiança acabou rapidamente. **Desde o IPO, as ações da companhia subiram mais de 30%. “Eles estão cumprindo todas as promessas feitas na abertura de capital. Havia certa ansiedade em relação ao crescimento e à rentabilidade, mas estão entregando o que o mercado desejava”**, diz Thiago Macruz, analista de investimentos do Itaú BBA. Ele observa que as ações subiram muito depois da compra da Greenline, o que foi visto como um movimento estratégico para evitar a competição. “Se a Hapvida quiser entrar no mercado de São Paulo, será muito complicado e precisará acontecer por crescimento orgânico.”

O investidor ficou satisfeito com o posicionamento que evita a pressão da chegada de um competidor direto. Mas também percebe outros pontos positivos na estratégia geral. “A NotreDame está sabendo contornar a crise econômica, que fez as pessoas perderem

os seus planos de saúde, e mostrou um bom posicionamento nos mercados paulista e carioca, onde está a maior atividade corporativa”, afirma Bruno Madruga, sócio da Monte Bravo Investimentos. Os planos de saúde do grupo estão focados no mercado corporativo (apenas 3% deles são individuais), que são os preferidos das operadoras. Além de evitar o reajuste controlado de preços por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), garantem uma média etária menor. A taxa média de clientes do setor com idade acima de 60 anos, que costuma utilizar mais consultas, exames e cirurgias, fica em 13%. Já na NotreDame, está abaixo de 5%. Isso significa um nível menor de uso dos serviços e custos inferiores de operação. “As empresas que trabalham com tíquete médio menor não sentiram a queda do número de beneficiários”, diz Marcos Novais, economista-chefe da Abramge, associação dos planos de saúde.

Desde o início da crise econômica, uma das grandes preocupações do setor de saúde são os antigos clientes que perderam empregos formais e, com isso, também os seus planos. **O segmento superou 50 milhões de beneficiários por apenas um ano, em 2015. Desde então, 3 milhões de pessoas deixaram o sistema. Em receita, o segmento seguiu crescendo, atingindo R\$ 196 bilhões de faturamento em 2017**, o que coloca o Brasil atrás apenas dos EUA. Mas a maior parte desse valor serviu apenas para repassar a inflação médica, que avança acima de 10% ao ano. “O ganho de escala é salutar”, afirma Novais. “Por isso, é importante a consolidação do mercado.” Segundo a associação, existem 730 operadoras de planos médicos que possuem clientes (algumas detêm o registro na ANS mas não estão operando), e outras 300 voltadas apenas a planos odontológicos. De todas essas, as mais propensas a sobreviverem ou serem adquiridas são aquelas que buscam estratégias de ampliação de margem de rentabilidade, que, na média do setor, costuma ser baixa, em torno de 2%.

A mais testada e aprovada dessas estratégias é a verticalização. Ela consiste em ter uma rede própria de hospitais e clínicas, para realizar consultas e internações dentro de casa, impondo maior controle de custos e evitando tratamentos e cirurgias desnecessários. O setor estima haver uma perda de R\$ 25 bilhões em fraudes na saúde, diz Machado. A Amil foi uma das pioneiras em buscar uma atuação verticalizada. A Hapvida e a NotreDame também seguiram a cartilha com afinco. Muitas das aquisições recentes do grupo comandado por Machado foram de hospitais, como o Cruzeiro do Sul, o São Bernardo e o Samcil. “A verticalização parece ser, de fato, uma forma eficiente de controle de sinistros”, afirma Macruz, do Itaú BBA. “O maior custo dos planos de saúde está nas internações, por isso faz sentido começar esse esforço pelos hospitais próprios. Depois, numa segunda posição, mais remota, estão os gastos com exames.” Nesse segundo ponto, fica fácil explicar a criação da marca NotreLabs, anunciada na semana passada.

O objetivo é utilizar melhor um recurso que foi adquirido em meio à compra de tantas empresas. Quando a NotreDame adquiriu o Santamália Saúde, em 2015, e o Cruzeiro do Sul, em 2018, trouxe no pacote laboratórios de diagnósticos. O mesmo acontece com a aquisição recente do Greenline. A rede NotreLabs nasce com 20 pontos. Mas, considerando a existência de 18 hospitais e outros 90 centros clínicos e prontos-socorros na empresa, o crescimento deve acontecer de forma rápida. “A ideia agora é utilizar a capacidade de 500 mil análises por mês desses laboratórios para atender nossos beneficiários de planos de saúde”, diz Machado. “Para a abertura dos pontos de coleta dentro da rede própria, o investimento é marginal.” Dessa forma, o caixa de R\$ 1,2 bilhão do grupo poderá ser utilizado para aquilo a que parece destinado: comprar mais empresas.

AOS 20 ANOS DA LEI Nº 9.656, PAINEL ABORDA O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NA 48ª CONVENÇÃO NACIONAL UNIMED

Revista Cobertura –28/09/2018

Plenária reuniu dirigentes do Sistema Unimed, da ANS, do Ministério Público e do Conselho Nacional de Justiça

A Lei nº 9.656, que regulamenta o setor da saúde suplementar, completa 20 anos em 2018. Para marcar a ocasião, foi realizado nesta quinta-feira (27), na Convenção Nacional Unimed, em Porto de Galinhas (PE), o painel “Perspectivas para a saúde suplementar 20 anos após a regulamentação”.

Participaram da plenária moderada pelo presidente da Unimed Federação Minas Gerais, Luiz Otávio Fernandes de Andrade, o presidente da Unimed do Brasil, Orestes Pullin, o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Leandro Fonseca, a coordenadora do Centro de Apoio às Promotorias do Consumidor do Ministério Público de Pernambuco, Liliane Fonseca, e o procurador de Justiça do Ministério Público de São Paulo, conselheiro nacional de Justiça e supervisor do Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Arnaldo Hossepian Júnior.

A sustentabilidade do setor foi o foco central do debate. As mudanças no modelo assistencial e na remuneração médica foram apontadas como caminhos a serem seguidos pelas operadoras e disseminados, inclusive, para a saúde pública. “Nossas lideranças em todos os setores ligados à saúde precisam conduzir o processo de mudança a fim de termos sustentabilidade. Precisamos nos pautar por uma mudança que faça sentido para todos os elos da cadeia, pois um setor de saúde sustentável é fundamental para o desenvolvimento do país”, afirmou Leandro Fonseca, da ANS.

De acordo com Orestes Pullin, as transformações que farão o futuro da saúde suplementar passam necessariamente pela indução regulatória. “É importante que exista por parte da ANS uma regulamentação indutora para que as mudanças realmente ocorram em um prazo razoável. Um exemplo seria a definição de um prazo de dez anos para que só sejam comercializados planos que contemplem a Atenção Integral à Saúde”, destacou o presidente da Unimed do Brasil.

O PLANO B DA BUPA

Isto é –28/09/2018

Companhia britânica de saúde, dona da Care Plus, avalia fazer aquisições e entrar no segmento de planos individuais para avançar no País

Maior seguradora de saúde do Reino Unido, a Bupa parece ter chegado à conclusão que demorou demais para entrar no Brasil. A companhia, com receita global de US\$ 12 bilhões e mais de 30 milhões de clientes, estreou por aqui em dezembro de 2016, ao adquirir uma das maiores no segmento premium, a Care Plus. Em seu primeiro ano de operação, faturou R\$ 800 milhões e registrou crescimento de 17% sobre o período anterior, o melhor desempenho entre todas as operações da companhia no mundo.

Judicialização

Os membros do Ministério Público e do CNJ abordaram em suas apresentações um ponto sensível a todas as operadoras de planos de saúde: a judicialização no setor. Para Liliane Fonseca, do MP-PE, esse é um assunto que pode ser solucionado com maior conhecimento do público sobre os serviços da ANS. “A agência possui um índice ótimo de resolução de conflitos (88%), mas poderia ser mais procurada pelos beneficiários, evitando-se, assim, a via jurídica para a solução dos casos divergentes”, apontou. “Temos de combater a crença de que existe a possibilidade de atender à demanda de tudo para todos. Temos de prezar pela transparência nos acordos para, inclusive, desafogar o judiciário e trazer benefícios à população”, complementou Arnaldo Hossepian Júnior.

Atenção Primária

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria das necessidades em saúde da população devem ser abordadas e resolvidas com a Atenção Primária para que sejam promovidas melhoras equitativas e sustentáveis aos povos das Américas.

Baseado no conceito de Atenção Primária, a Atenção Integral à Saúde preza por oferecer cuidado coordenado para as diversas necessidades de cada indivíduo, de forma personalizada, considerando histórico familiar, comunitário e regional do usuário.

“Temos como projeto formar mil médicos em Atenção Primária em três anos, utilizando a Fundação Unimed para obtermos profissionais qualificados para implementar com maior estrutura e veemência nosso plano de mudança do modelo assistencial, que é o caminho para melhorar a qualidade de vida da população e trazer sustentabilidade ao sistema de saúde”, ressaltou Orestes Pullin.

Com o objetivo de difundir a Atenção Integral à Saúde em todo o Sistema Unimed, a Unimed do Brasil instituiu em 2011 o Comitê de Atenção Integral à Saúde (CAS), para incentivar e auxiliar as operadoras da marca na implantação de ações que preconizam a Atenção Primária, integrando prevenção, vigilância, prestação de assistência e reabilitação. Com esta iniciativa, já foi possível identificar melhora no acompanhamento da rotina de saúde de mais de 300 mil pacientes participantes dos programas adotados em mais de 50 Unimed em nos últimos anos.

“Achamos que a crise poderia nos afetar nos primeiros anos, mas percebemos que foi totalmente o oposto”, disse à DINHEIRO o diretor-geral da Bupa na América Latina, o marroquino Moses Dodo, durante uma visita a São Paulo. Na ocasião, anunciou o novo CEO Luiz Camargo no lugar de Roberto Laganá, fundador da Care Plus, em 1992. “O segmento ‘premium’ de saúde está descolado do restante da economia e se expandindo como nunca.” Para 2018, o crescimento deve repetir o resultado do ano passado.

O modelo de operação da Care Plus, voltado exclusivamente a planos corporativos, não foi alterado pela Bupa. **Com 100 mil pessoas seguradas e uma carteira de 500 empresas no Brasil, a empresa conseguiu garantir um valor médio de R\$ 8 mil por ano por pessoa, em sua grande maioria executivos de companhias dispostas a desembolsar esse valor para reter seus talentos.** “Um plano de saúde com qualidade de excelência e plena cobertura internacional se tornou ferramenta de retenção em

empresas do mercado financeiros, de tecnologia e grandes escritórios de advocacia”, afirma Dodo.

Os planos de expansão da empresa, no entanto, podem incluir aquisições e a abertura para venda de planos individuais, o carro-chefe da Bupa em todo o mundo. “Como o Brasil e o México são pontos-chave para nosso desenvolvimento na América Latina, estamos estudando todas as possibilidades para crescer, inclusive aquisições e ampliação do nosso portfólio de produtos com planos individuais, que fazem parte do nosso DNA.” A decisão colocaria a companhia em um mercado que, atualmente, é evitado por suas principais concorrentes, como a Omint e a One Health, da Amil.

O mercado de planos de saúde de primeira linha sofreu menos do que o restante do setor de saúde porque não passou pelo processo

de downgrade nem pela fuga de clientes que buscaram economizar na crise. “O setor se retraiu porque está mais conectado à situação econômica do País e ao mercado de trabalho”, disse Sandro Leal, superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde (FenaSaúde).

As estatísticas endossam essa afirmação. O número de brasileiros com planos de saúde registrou queda por três anos consecutivos. No ano passado, 281,6 mil pessoas deixaram de ter acesso à saúde privada, de acordo com dados Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em três anos, houve redução de 3,1 milhões de usuários. A velocidade dessa retração, no entanto, caiu significativamente. Em 2016, o setor havia registrado perda de 1,6 milhão de consumidores.

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