

ÍNDICE INTERATIVO

[Planos de saúde correm o risco de ficar mais caros com reforma tributária](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Modelos de Remuneração: inscrições se encerram em 31/10](#) - Fonte: ANS

[Nem velho, nem idoso. Chame de oportunidade](#) - Fonte: Istoé Dinheiro

[Planos de Saúde na UTI](#) - Fonte: Jornal do Comércio

[FenaSaúde apresenta propostas para tornar planos de saúde mais acessíveis e garantir a sustentabilidade do setor](#) - Fonte: FenaSaúde

[Aumenta cobertura dos planos exclusivamente odontológicos](#) - Fonte: IESS

[Falta mediação entre clientes e operadora de plano de saúde, diz advogada](#) - Fonte: Consultor jurídico

PLANOS DE SAÚDE CORREM O RISCO DE FICAR MAIS CAROS COM REFORMA TRIBUTÁRIA

Correio Braziliense – 30/10/2019

Empresários afirmam que preço de planos de saúde e de mensalidades escolares pode aumentar com unificação de impostos prevista nas propostas de mudança tributária em discussão no Congresso e no projeto em estudo pelo governo

As reformas administrativa e tributária são os temas mais espinhosos que o governo vai ter que tratar com o Congresso quando encaminhar a agenda econômica pós-reforma da Previdência ao Legislativo. Enquanto o ministro da Economia, Paulo Guedes, não entrega seu projeto de simplificação tributária, já que prioriza a reforma administrativa, o Parlamento trabalha com duas propostas na área de impostos, uma na Câmara, outra no Senado. Nenhuma, no entanto, agrada ao setor de serviços, que alerta: planos de saúde e mensalidades escolares ficarão mais caras se a unificação de impostos, prevista nos dois textos, passar.

As Propostas de Emenda à Constituição (PECs) nº 45/2019 e nº 110/2019 — e mesmo o projeto do governo, que caminha para a unificação do PIS-Cofins, criando um IVA (Imposto sobre Valor Agregado) — são vistas com ressalvas e receberam críticas de especialistas. O presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), Breno Monteiro, calcula que a carga tributária desses setores pode mais do que dobrar com a unificação de alíquotas, o que atingiria diretamente o consumidor.

“Hoje, os impostos que se pretende unificar geram encargos em torno de 7% a 9% para o setor de saúde. O governo fala em ficar em 25% o ‘imposto único’. Com o aumento da carga em serviços essenciais, mais cidadãos deixarão o sistema suplementar para buscar a saúde pública. Estamos tentando alertar os parlamentares”, disse. Monteiro explicou que as duas propostas do Legislativo também provocam essa distorção.

“No Senado, numa articulação de vários representantes do setor, conseguimos convencer o relator a apresentar um tratamento diferenciado para as cadeias produtivas da saúde e da educação, por meio de uma lei complementar. Se a alíquota do imposto único ficar em 25%, o setor de saúde continuaria sendo taxado em 7,5%”, explicou. Apesar de ter sensibilizado o relator da PEC nº 110/2019, senador Roberto Rocha (PSB-MA), o setor ainda aguarda um posicionamento do deputado Aguinaldo Ribeiro (PP-PB), relator da PEC nº 45/2019.

Um levantamento feito pelos economistas Celso de Barros Correia Neto e José Evande Carvalho Araújo, consultores da Câmara, constatou várias críticas ao apontar que as duas propostas em tramitação, que unificam tributos, não devem tornar o sistema tributário mais justo nem menos regressivo,

uma vez que “a uniformidade das alíquotas desconsidera as diferenças regionais, entre segmentos econômicos e a essencialidade de certos produtos”.

O diretor da CBPI Produtividade Institucional, Emerson Casali, também criticou a ideia do governo de unificar o PIS-Cofins e, depois, agregá-lo ao Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), criando o IVA (Imposto sobre Valor Agregado) Federal. Para ele, a medida pode elevar o valor da contribuição em até 200% no setor de serviços, caso a alíquota do IVA Federal seja unificada em 11%. A CBPI foi uma das articuladoras contra o avanço da reforma do PIS-Cofins em 2015, quando o ex-ministro da Fazenda, Joaquim Levy, apresentou a proposta.

Casali lembrou que PIS e Cofins são bastante controversos, tanto que o governo já perdeu na Justiça ações que questionavam a base de cálculo dos tributos. Em geral, a proposta de unificação dos regimes é questionada, devido à diferenciação na cobrança. A tributação de PIS-Cofins varia de acordo com o porte das empresas. No regime cumulativo, a empresa paga alíquota total de 3,65% sobre a receita bruta, como as dos setores intensivos de mão de obra, como educação, saúde, segurança privada, telecomunicações; as optantes pelo regime fiscal de lucro presumidos e as cadastradas no Simples.

No regime não cumulativo, a alíquota conjunta é de 9,25% sobre a receita bruta e abrange empresas que fazem a declaração de lucro real, ou seja, as grandes empresas. E, como existe a compensação de créditos sobre produtos e serviços, a alíquota final varia entre 3% e 4%. Esses dois tributos federais geram uma série de litígios judiciais devido à progressividade de incidência na cadeia. “É possível construir uma proposta de consenso que simplifique o sistema tributário, mas não prejudique o consumidor e estimule a criação de postos de trabalho”, destacou Casali.

De acordo com o analista, a proposta do governo traz ganhos para as empresas que já operam no regime não cumulativo, mas tem impactos assimétricos nos demais setores. Para os segmentos de mão de obra intensiva, nos quais a folha de pessoal representa 65% dos custos, a carga tributária pode triplicar. “Mais do que reforma, é preciso fazer uma discussão sobre justiça tributária. Nos setores de mão de obra intensiva, o custo dos encargos da folha chega a 28%; nos setores intensivos de capital, o custo é de 1% a 2% do faturamento”, comparou.

Guedes prepara “agenda ampla”

O consenso entre economistas e parlamentares é de que a reforma da Previdência não resolve todos os problemas das contas públicas, e o governo está demorando para apresentar

sua agenda econômica. O ministro da Economia, Paulo Guedes, promete entregar esta semana ao Congresso suas propostas. A expectativa era de que o anúncio do pacote ocorresse no fim de julho, mas foi postergado por conta das negociações das alterações no sistema de aposentadorias. Nesta terça-feira (29/10), o Ministério divulgou nota na qual afirma que prepara “uma ampla agenda de transformação do Estado brasileiro, que propõe a criação de um Novo Serviço Público”. O objetivo, segundo a pasta, é ampliar e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. O comunicado ressalta, ainda, que a proposta “tem como premissa a manutenção da estabilidade, do emprego e do salário dos atuais servidores”.

Enquanto Guedes prioriza a reforma administrativa, porque “a tributária esfriou e não deve avançar em 2019”, o presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia (DEM-RJ), já alertou a equipe econômica que o Parlamento considera a mudança no sistema de tributos igualmente importante. O relator da reforma tributária na comissão especial da Câmara, deputado Aguinaldo Ribeiro (PP-PB), também afirmou que não há acordo para adiar o assunto para o ano que vem.

No pacote do governo, dividido em cinco eixos, a reforma administrativa é prioridade. O governo quer reduzir o número de carreiras e o salário inicial dos servidores públicos e mexer na estabilidade dos novos funcionários. Os outros pontos da agenda são: PEC emergencial (para cortar gastos obrigatórios e abrir espaço para investimentos); PEC DDD

(desvincular, desindexar e desobrigar — tirar as “amarras” — dos gastos do Orçamento); pacto federativo (uma nova divisão dos recursos entre estados e municípios, com repartição dos recursos do pré-sal); e programa de ajuda aos estados.

De acordo com a economista Vilma da Conceição Pinto, pesquisadora do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (Ibre-FGV), é preciso que o governo também se preocupe com o problema da desigualdade social quando for apresentar as propostas de reformas. “Essas reformas são necessárias, mas, no caso da tributária, a discussão precisa ser mais ampla, com enfoque em uma melhor distribuição da carga tributária”, destacou. Em um levantamento feito pela economista, o Brasil é um dos países com maior carga tributária entre os emergentes, com taxas semelhantes ao de economias desenvolvidas.

Para o economista Simão Davi Silber, professor da Universidade de São Paulo (USP), o governo perde energia discutindo assuntos secundários em vez de buscar soluções para atacar a matriz dos problemas nacionais. Um deles é o aumento da desigualdade no país. “O grande problema econômico é um enorme problema social, porque as famílias perderam o padrão de vida e estão sem conseguir emprego”, lamentou. Ele estima que o brasileiro está 5% a 6% mais pobre do que estava em 2014, devido à recessão de 2015 e 2016 e, desde então, ao fraco crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

MODELOS DE REMUNERAÇÃO: INSCRIÇÕES SE ENCERRAM EM 31/10

ANS – 28/10/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) orienta as operadoras de planos de saúde para que observem o prazo final (31/10) para a inscrição de projetos de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, elaborados em conjunto com seus prestadores.

Todas as operadoras com projetos aprovados receberão um bônus no resultado do IDSS a partir do ano-base 2019.

[Leia mais aqui.](#)

Os participantes devem observar o que está disposto no [edital disponível no portal da ANS](#).

Para o cadastramento dos projetos, as operadoras devem acessar o [formulário FormSUS](#), também disponível no portal da ANS.

NEM VELHO, NEM IDOSO. CHAME DE OPORTUNIDADE

ISTOÉ Dinheiro – 28/10/2019

Empresas começam a despertar para o potencial de negócios por trás da geração acima de 50 anos, que já responde por quase metade do consumo do País, concentra 54 milhões de pessoas e movimenta R\$ 1,8 trilhão por ano

Todo fim de mês, o empresário e executivo Fernando Parrillo, sócio e CEO da Prevent Senior, maior operadora de saúde especializada em clientes da terceira idade no País, se impressiona com os números da companhia. Não apenas com as cifras de faturamento e lucro, mas com a planilha que mostra o perfil dos 451 mil clientes. Em setembro, a empresa superou a marca de 250 pessoas com mais de um século de

vida, além de 12 mil beneficiários na faixa etária entre 90 e 100 anos — grupo que, historicamente, é motivo de dor de cabeça para os planos de saúde e que gera os custos mais altos em procedimentos. “Temos uma visão distinta sobre o público de mais idade. Uma pessoa que chega aos 80 anos é saudável, e se busca um plano de saúde é porque quer viver mais e melhor. Queremos tê-la como cliente”, afirma Parrillo. “Temos de inverter o conceito. A medicina não deve ser uma ciência voltada só para a cura, mas de prevenção ao surgimento de enfermidades.”

Sob a ótica dos negócios, a equação de Parrillo também parece fazer sentido. A Prevent Senior mantém programas de

incentivo para aumentar a frequência de consultas e exames, buscando diagnosticar problemas em seus estágios iniciais. Com isso, segundo ele, a companhia tem conseguido reduzir de 30% a 40% as despesas com a cobertura de procedimentos de alta complexidade — e, evidentemente, mais custosos. “Controlar o colesterol é barato. Colocar um stent (prótese para evitar a obstrução dos vasos sanguíneos) é caro. Por isso, aumentar a atenção à prevenção é o melhor a se fazer.”

A estratégia da Prevent Senior, a julgar pelos números, tem garantido a saúde financeira e a sustentabilidade dos negócios. Neste ano, a companhia vai faturar R\$ 3,5 bilhões, alta de 17% na comparação com 2018. Mais: um plano de investimento de R\$ 500 milhões em dois anos — 80% com recursos próprios e 20% com bancos e investidores — vai aumentar a capacidade de atendimento para 750 mil pessoas, alta de 66% em relação ao número atual, com a abertura de novas unidades em Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Santos e São Paulo, além do lançamento de uma operação nos Estados Unidos no ano que vem. “Se estamos conseguindo crescer e rentabilizar, oferecendo planos de saúde pela metade do preço da média da concorrência, é porque existem alternativas de modelos de operação para as empresas do setor”, afirma Parrillo. “A ideia é reduzir ainda mais os custos.”

Os estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) apontam que a população com mais de 50 anos no Brasil crescerá a um ritmo chinês nas próximas décadas, criando um imenso mercado consumidor, que já movimenta R\$ 1,8 trilhão por ano e responde por 42% do consumo nacional. A participação de pessoas com mais de 50 anos na sociedade passará dos atuais 25% — com 54 milhões de cidadãos — para 31,1% daqui a dez anos, e 37,4% em 2040. Se hoje o contingente que compõe o chamado “silver economy” ou “grey power” (a força dos grisalhos) já é, comparativamente, maior do que a população da Espanha, o aumento criará novas oportunidades de negócios para as empresas. O economista Marcos Cavalcanti, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), diz que o fim do bônus demográfico (quando há mais pessoas na ativa do que aposentadas) não representa um ônus demográfico. “Significa que pessoas com mais experiência, patrimônio e capacidade de investimento serão mais representativas dentro da sociedade”, afirma.

Neste contexto de maior preocupação com a qualidade de vida da população na maturidade é que têm surgido empresas como o Residencial Santa Cruz, na zona Sul de São Paulo, um abrigo para pessoas idosas, com mensalidades de R\$ 9,6 mil, para hospedagem individual, a R\$ 18 mil, para suítes para casais. Segundo Priscila Kim, administradora do empreendimento, a demanda está crescendo mês a mês. Atualmente, com 75% dos 72 leitos ocupados, ela projeta alcançar 100% já em 2020. “Temos clientes de 70 a 101 anos, com as mais diversas necessidades. Um dos casais que vivem aqui, o marido sai para trabalhar todos os dias, enquanto a esposa, com Alzheimer, recebe todo o suporte necessário por nossa equipe com mais de 90 funcionários”, diz Priscila. O

residencial recebeu investimento de R\$ 32 milhões e, neste ano, vai contabilizar receita de R\$ 5 milhões.

As oportunidades de negócios surgem também para quem não quer sair de casa — ou não pode pagar por serviços como o do Residencial Santa Cruz. A rede de franquias Home Angels nasceu com a proposta de oferecer serviço de cuidadores com foco em idosos. O sócio-fundador, Artur Hipólito, avalia que o mercado voltado ao público mais maduro tende a se diversificar. “As empresas das áreas de turismo, de saúde, de vestuário e de automóveis, entre muitos outros, estão começando a se atentar para esse grupo”, diz. “Grande parte do PIB per capita está nas mãos dos idosos. Meu pai tem 88 anos, é um consumidor ativo e até dirige.” Fundada em 2009, em Campinas, no interior paulista, a Home Angels mantém 105 unidades em todo o País, 15 mil clientes e faturamento de R\$ 85 milhões neste ano. Cada unidade franqueada, segundo Hipólito, gera receita de R\$ 90 mil por mês, oferecendo profissionais qualificados para cuidar de idosos, a um preço médio de R\$ 15 por hora. “O tempo de permanência varia. Pode ser de 6 horas, 12 horas, 24 horas, esporadicamente ou diariamente. Tudo depende da necessidade.”

Renato Meirelles, presidente do Instituto Locomotiva, empresa que tem realizado pesquisas específicas para esse segmento (veja os gráficos), ressalta que o grupo dos 50+ já é o maior mercado consumidor do Brasil e não vai parar de crescer. Se fosse um país, esses consumidores seriam a terceira maior economia da América Latina, atrás apenas do próprio Brasil e do México. “É natural que as empresas do ramo da saúde enxerguem primeiramente as oportunidades porque se trata de demanda até então não atendida. Mas a tendência é de que o rol de empresas e segmentos se diversifique para atender a terceira idade”, afirma Meirelles.

Para as empresas explorarem esse nicho será necessária, segundo ele, uma mudança drástica na cultura corporativa. “Nos últimos 20 anos sofremos com a ditadura dos millenials. Todas as empresas queriam desenvolver coisas para jovens. As expressões ‘velho’ e ‘idoso’ ficaram associadas a coisas antigas e defasadas. Isso terá de ser revisto”, diz Meirelles. Essa mudança de cultura deve ocorrer logo por razões que o próprio mercado explica. Ele compara a situação atual com a época em que a Classe C emergiu. Não havia nas companhias departamentos de marketing oriundos dessa classe emergente o que dificultava a criação de estratégias. “Tão logo aquele mercado foi compreendido, passou a ser explorado adequadamente. Se o mercado conseguiu se adequar à Classe C, também o fará com o público 50+. Ninguém rasga dinheiro. Haverá pressão por metas, vendas e resultados. Com isso, as mudanças virão.”

Essa mudança já é uma realidade em empresas como a NotreDame Intermédica. De olho no mercado formado por pessoas com 50 anos ou mais, a companhia acaba de lançar um plano de saúde específico para essa faixa etária: o NotreLife 50+. Por enquanto, o produto está disponível apenas em Jundiaí e Sorocaba, no interior de São Paulo, onde a empresa já estruturou unidades de atendimento novas

e exclusivas para os beneficiários. O plano marca uma guinada na estratégia de vendas da empresa, antes focada em produtos corporativos. A meta, agora, é seduzir idosos para os planos individuais, com mensalidades a partir de R\$ 500. “A inversão da pirâmide etária abre um potencial enorme para se trabalhar com esse público, principalmente porque, quanto mais a idade avança, menor a possibilidade de ter um vínculo empregatício, o que inviabiliza obter um plano corporativo”, diz Irlau Machado Filho, presidente do grupo NotreDame Intermédica. “O público mais maduro irá dar sustentabilidade ao produto. Inclusive, vemos oportunidade também de ofertá-lo para os atuais beneficiários que vierem a se aposentar e não tenham mais o vínculo com as empresas.”

Na área da saúde e bem-estar, as academias também estão surfando com o envelhecimento da população. Algumas delas, como a Ecofit, já surgiram com foco nesse público. Outras, como Runner e Bio Ritmo, criaram programas específicos para o novo público. A vantagem em relação a empresas de outros segmentos é que as academias não precisam fazer investimentos extras, pois usam os mesmos equipamentos. De acordo com o fundador e diretor da Ecofit, Toni Gandra, a ideia era que o empreendimento pudesse atender todos os membros da família, do neto ao vovô. “Já inauguramos dentro desse conceito de aulas especiais para alunos de até 90 anos”, afirma Gandra. Atualmente, a Ecofit tem 4,5 mil alunos, sendo que 12% têm mais de 65 anos. “O objetivo é dobrar esse percentual em quatro anos.” Em 2021 e 2022, a empresa vai investir R\$ 10 milhões para abrir duas unidades no mesmo conceito.

Da mesma forma que muitos buscam exercitar o corpo, existe quem busca exercitar o cérebro. É o que fazem os alunos com mais de 50 anos que se matricularam na escola Supera, especializada em estimular a criatividade, a concentração e o raciocínio lógico — ou seja, fazer uma verdadeira ginástica cerebral. Hoje, alunos com mais de 60 anos representam 48% dos matriculados na instituição, segundo o fundador e CEO, Antonio Carlos Guarini Perpétuo, dono da empresa. “O foco inicial eram os jovens, mas o plano de negócios previa a entrada de alunos de todas as faixas etárias, principalmente os mais maduros. O que eu não pude prever era o quão rápido isso iria acontecer. Então, desenvolvemos material específico para eles.”

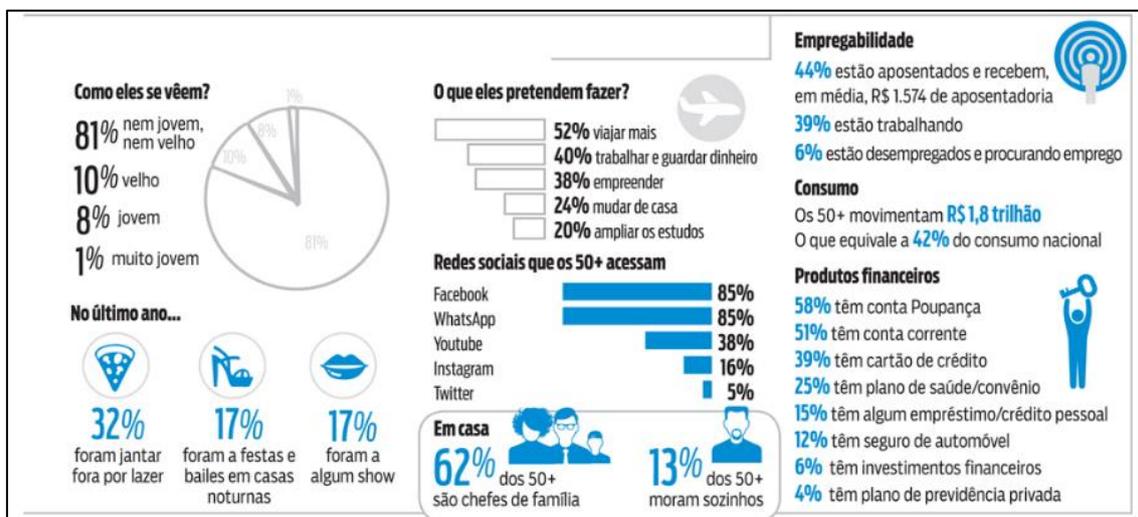
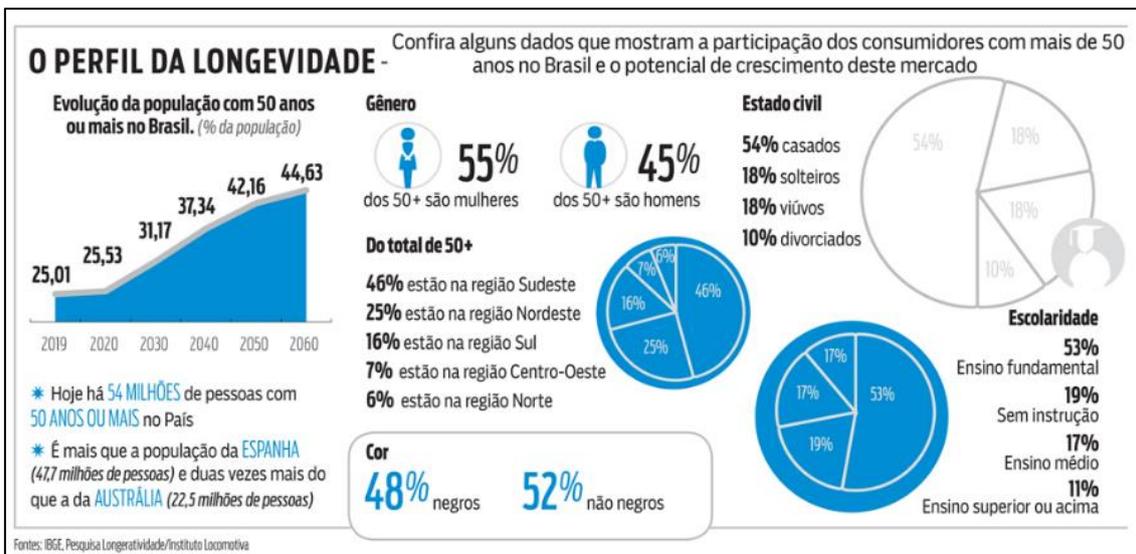
Segundo Perpétuo, desde a fundação, a escola já formou mais de 150 mil alunos. Atualmente tem 35 mil estudantes matriculados em 400 unidades localizadas em todos os estados do País. Pessoas acima dos 40 anos representam 62% do total e a faixa etária acima dos 60 tem crescido, em

média, 5% ao ano. O executivo não revela cifras, mas garante que a empresa está crescendo a um ritmo de 30% ao ano. “No caso dos idosos, não se trata apenas de prevenir doenças que atingem o cérebro, mas também manter a memória ativa, resgatar o convívio social e a autoestima, o que muda a vida em família”.

EMPREGO No campo do mercado de trabalho, um dos temas mais sensíveis e desafiadores para a terceira idade, também há investimentos. O trio formado por Ismael Rocha, Mauricio Turra Ponte e Luiz Fernando Garcia criou o hub de empreendedorismo Nextt 49+, especializado em pessoas com mais de 49 anos. “A gente ensina a montar um plano de negócios, a investir e a desenvolver conceitos de produtividade”, diz o sócio-fundador Ismael Rocha. “O hub é voltado para auxiliar profissionais em transição de carreira, além de aposentados que desejam empreender.”

O segmento é um campo fértil a ser explorado. Das 2,6 milhões de empresas criadas no País no ano de 2018, 34,2% tiveram por trás pessoas acima dos 50 anos, de acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae). Mais do que isso, esse grupo representa cerca de 50% da renda bruta familiar e encontra poucos produtos e serviços desenvolvidos para seu perfil.

Para aqueles que preferem o modelo tradicional de emprego foi criada também a Maturi Jobs, agência de empregos digital especializada em profissionais com mais de 50 anos. Os interessados em vagas de emprego se cadastram gratuitamente e as empresas pagam de R\$ 129 a R\$ 899 por mês, conforme o plano, para ofertarem suas vagas. Segundo o CEO Mórris Litvak, a plataforma tem 100 mil pessoas e 900 empresas cadastradas de todas as partes do Brasil. Desde que o site começou a operar, há quatro anos, foram ofertadas 1,5 mil vagas de emprego e preenchidas 1,2 mil, segundo ele. “A taxa de contratação é muito boa. Só que isso representa apenas 1% da nossa base. Dá para progredir muito ainda.” A maior parte dos cadastrados na Maturi Jobs tem entre 50 e 60 anos. A média é de 58 anos, e apenas 30% estão aposentados. A base, segundo o executivo, é bem qualificada. Cerca de 70% têm curso superior. Além de fazer capacitação e ponte para recolocação de profissionais no mercado, a agência também prepara empresas para receber essas pessoas por meio de um trabalho de integração intergeracional e sensibilização de RH, líderes e gestores. Isso, por conta do preconceito etário que ainda prevalece dentro das corporações. “É perceptível o aumento do interesse. Empresas de todos os portes nos procuram, inclusive multinacionais de diversos segmentos. Eles entenderam o valor da experiência.”



PLANOS DE SAÚDE NA UTI

Jornal do comércio – 28/10/2019

Com poucas perspectivas de crescimento do emprego formal no curto e no médio prazos e com uma perda acumulada de três milhões de usuários, as operadoras querem aumentar o número de beneficiários da saúde suplementar voltando a vender planos individuais. A modalidade hoje representa apenas 20% dos contratos do setor, sendo a maior parte do mercado de planos coletivos empresariais.

Para a volta dos individuais ao mercado, no entanto, as empresas reafirmam a necessidade de mudanças no marco legal. Na prática, querem que os reajustes deixem de ser limitados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ideia é que cada operadora apresente sua variação de custo e a agência verifique e autorize. Além disso, as operadoras querem ampliar os tipos de contratos, o que chamam de modulação de produtos.

A proposta que será apresentada no 5º Fórum da Fenasaúde, realizado neste mês, em Brasília - com a presença

do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, com representantes do poder Judiciário e do Legislativo - prevê a possibilidade de contratação de módulos só com consultas, outro de exames, um de terapias (como tratamento de câncer) e ainda outro hospitalar, sendo este último o único que daria direito à emergência.

Ou seja, quem tiver plano só de consulta, vai ter que pagar os exames ou recorrer ao SUS. Já quem tem um conjugado de consultas e exames, mas não o de terapia e descobrir um câncer, vai ter que se tratar no serviço público. E em todos esses casos, quem não contratou o pacote de hospital, se quebrar um braço, vai para o hospital público ou paga pelo atendimento.

Na avaliação de Vera Valente, diretora executiva da Fenasaúde - que reúne as maiores empresas do setor - essa modulação permitiria a contratação de planos por quem hoje é 100% dependente do SUS:

"Essa medida desoneraria o serviço público. E mesmo que o usuário precise fazer o tratamento no SUS, ele chegará lá com outra condição, pois estará recebendo uma atenção continuada", diz Vera, que prevê competição entre empresas pelo menor reajuste. "Com a portabilidade, o consumidor pode trocar de empresa, caso a que esteja aplique reajustes muito altos."

Médica sanitária e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Ligia Bahia não acredita que a modulação dos planos venha a ter um efeito sobre o SUS. "Entre os anos de 1990 e 2015, dobrou o número de usuários na saúde suplementar, e isso não fez o SUS melhorar. Por outro lado, não há lógica de fazer pré-pagamento para ter direito a um plano que só prevê consultas, se for assim, é melhor recorrer a clínicas populares. Ao compartimentar todos os serviços do plano, o risco é encarecer o contrato que hoje é de referência, que virá com todos os adicionais, assim como vimos acontecer com os carros."

Apesar de afirmar que ainda não foi feito um estudo econômico que permita dizer o quanto o plano em módulos será mais barato que o tradicional e quantas pessoas poderão ser incluídas na saúde suplementar nesse sistema, a diretora executiva da FenaSaúde afirma que quem vai hoje à clínica popular teria benefício contratando o novo modelo.

Para Christiane Cavassa, vice-presidente do Ministério Público do Consumidor (MPCon), o que preocupa é a redução de direito dos consumidores sem contrapartida. "Não há demonstração clara de contrapartida para o consumidor. Além disso, há a preocupação de que o plano tradicional, tal qual conhecemos deixe de ser vendido, assim como aconteceu com o individual nos últimos anos. Fora o risco do reajuste ilimitado. Se as empresas vão disputar por reajuste menores num mercado mais livre, por que já não o fazem?"

A promotora se preocupa ainda com o fato da acessibilidade aos planos de saúde estar presente na proposta de agenda

regulatória da ANS em consulta pública. Em nota, a agência elenca entre os temas da Agenda Regulatória 2019-2021 a garantia de acesso da população aos planos de saúde; a adoção de modelos eficientes de remuneração e atenção à saúde; o aperfeiçoamento do processo de revisão do Rol de Procedimentos. A agência, no entanto, não quis comentar a proposta das empresas.

Para Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o excesso regulatório está matando o sistema. "Se não há estrutura no interior para que se forneça um determinado transplante ou exame, nem vou, pois posso ser multado. Nesse novo sistema, posso oferecer uma atenção básica a quem hoje não tem nada. Com a obrigatoriedade de oferecer todo o rol, não conseguimos chegar ao interior."

Andre Medici, economista sênior em Saúde do Banco Mundial, também defende flexibilizar a regulação para oferecer planos mais acessíveis. Ele argumenta que isso só poderá ser feito se for preservada a mesma cobertura prevista no atual arcabouço regulatório. "Fazendo uma analogia, optar por um plano de saúde é como optar por um carro, e não por um conjunto de autopeças. Mas existem diferentes modelos de carros de acordo com as necessidades e capacidade de pagamento das famílias. O importante é que a finalidade do carro, que é transportar a família, assim como a do plano, que é proteger a saúde de forma coerente com suas demandas, fiquem preservadas."

Um dos grandes riscos da modulação, diz Medici, é a falta de integração entre o SUS e a saúde suplementar. Segundo ele, em países como o Canadá, onde existem planos de saúde complementares à oferta pública para um segmento expressivo da população, essa integração funciona perfeitamente, facilitando o traslado do paciente da atenção pública para a do plano e vice-versa. No Brasil, a saúde suplementar e o sistema público funcionam como compartimentos estanques.

FENASAÚDE APRESENTA PROPOSTAS PARA TORNAR PLANOS DE SAÚDE MAIS ACESSÍVEIS E GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO SETOR

FenaSaúde - 25/10/2019

Com o objetivo de ampliar o acesso dos brasileiros aos planos de saúde privados e favorecer a sustentabilidade do setor, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) promove nesta quinta-feira, 24 de outubro, o seu 5º Fórum, o primeiro realizado em Brasília. O evento reúne autoridades como o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, o ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ) Luís Felipe Salomão e o secretário especial da Previdência Social do Ministério da Economia, Rogério Marinho.

A programação está dividida em dois momentos. O primeiro avalia a legislação que regulamenta o setor (Lei 9.656/98) e o segundo debate formas para ampliar o acesso aos planos de saúde. "A legislação em vigor trouxe benefícios, mas depois de 20 anos, precisa de aprimoramentos", defende a diretora executiva da FenaSaúde, Vera Valente. Durante o Fórum, a FenaSaúde vai apresentar a agenda "Mais Saúde", um conjunto de medidas para atrair novos beneficiários e reforçar a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. "O crescimento da saúde suplementar é bom para todos e contribui para desafogar o SUS", diz Valente.

O desafio do sistema de saúde

A queda dos recursos para o SUS e a redução do número de beneficiários dos planos privados são grandes desafios para o sistema de saúde brasileiro. Cerca de 3 milhões de pessoas deixaram de contar com a cobertura da saúde suplementar desde 2014, onerando ainda mais o atendimento público. Atualmente, apenas um terço da população tem pelo menos um tipo de cobertura, seja médico-assistencial ou odontológico, e 80% dos planos são coletivos.

Há ainda o efeito de mudanças estruturais, que geram impactos diretos sobre os custos e oneram o sistema, tanto público, quanto privado.

A incorporação de novas tecnologias representa um avanço para a saúde, mas produz, em contrapartida, aumentos significativos nas despesas com tratamentos.

O envelhecimento da população é outro fator. No Brasil, em 1998, as pessoas com mais de 60 anos representavam 8% da população, hoje já são 13,4% e devem alcançar 22,4% em 2038, segundo o IBGE. Neste período, a expectativa de vida do brasileiro também aumentou quase sete anos. Isso resulta, ainda, no aumento da incidência de doenças crônicas, que exigem mais cuidados e demandam mais exames, internações e procedimentos.

As propostas do setor

Para Vera Valente, há praticamente um consenso entre operadoras, prestadores de serviço, contratantes, beneficiários, reguladores e legisladores sobre o diagnóstico dos problemas da saúde no Brasil. “Sabemos o que é preciso mudar para que mais brasileiros possam ter acesso à saúde de qualidade, para que quem hoje só tem o SUS possa ter a assistência de qualidade do sistema suplementar”, afirma.

A agenda das operadoras inclui a volta da oferta dos planos individuais; a modulação de coberturas, com mais opções de produtos e escolhas para os beneficiários; o incentivo à atenção primária; o combate a fraudes e desperdícios; o maior rigor na incorporação de novas tecnologias; e a adoção de novas formas de remuneração de prestadores, baseadas, sobretudo, na geração de valor para os pacientes, na forma de melhores desfechos.

A solução para os atuais desafios passa necessariamente pelo aperfeiçoamento da legislação do setor – em vigor há 21 anos –, que precisa ser adaptada à nova realidade. Ou seja, para oferecer planos de saúde acessíveis a um maior número de brasileiros, é necessário ampliar as opções de cobertura conforme a necessidade de cada indivíduo e a sua capacidade orçamentária.

Satisfação dos beneficiários

O plano de saúde é o terceiro item de desejo dos brasileiros, perdendo apenas para a casa própria e a educação, segundo pesquisa realizada pelo Ibope neste ano, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Cerca de 80% dos entrevistados manifestaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com os planos de saúde. Esses resultados se repetem há três anos, desde quando teve início a avaliação dos beneficiários sobre os serviços prestados pelas operadoras.

Sobre a FenaSaúde

A FenaSaúde representa 15 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, que atendem cerca de 26 milhões de beneficiários, ou seja, 36% do mercado de saúde suplementar do país. Nossas associadas respondem por 39% da arrecadação do setor.

AUMENTA COBERTURA DOS PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

IESS – 23/10/2019

Como adiantamos há alguns dias, o total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos alcançou o maior número registrado até o momento, ultrapassando os **25 milhões de beneficiários**.

Segundo dados da 39ª edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), o crescimento foi de 5,7% entre agosto de 2018 e o mesmo mês de 2019, chegando a 12% da população brasileira.

As três faixas etárias nas quais a categoria é dividida apresentaram variações positivas. O maior avanço foi registrado na faixa de 19 a 58 anos, que chegou a 18,3 milhões de pessoas, seguido de um aumento de 4,9 milhões entre os beneficiários de 0 a 18 anos. A menor variação

aparece no grupo a partir dos 59 anos, com 1,9 milhão de novos vínculos.

No período de 12 meses encerrado em agosto deste ano, foram contabilizados 1,4 milhão de novos contratos exclusivamente odontológicos. Em toda a série histórica, com início em 2000 – quando os dados passaram a ser mensurados –, a categoria teve variação positiva de 865,8% com adição de 22,5 milhões de vínculos. Para se ter uma ideia, os planos de assistência médico-hospitalar tiveram variação de 52,1% no mesmo período.

Em valores percentuais, a alta dos planos odontológicos neste último ano é muito superior à dos planos médico-hospitalares, que foi de 0,1% no mesmo período. Apesar da

modalidade exclusivamente odontológica ser um grande destaque no País, ainda há muito potencial para expansão, tendo em vista que a assistência médico-hospitalar possui 47 milhões de beneficiários – quase o dobro do número de vínculos de planos odontológicos.

Além de serem mais acessíveis do que os médico-hospitalares, os planos exclusivamente odontológicos têm

sido, cada vez mais, ofertados pelos contratantes como forma de atrair e reter talentos.

Confira a [análise completa aqui](#). Continuaremos trazendo outros destaques.

FALTA MEDIAÇÃO ENTRE CLIENTE E OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE, DIZ ADVOGADA

Consultor Jurídico – 23/10/2019

Falta uma mediação entre cliente e operadora de plano de saúde, o que evitaria muitas ações judiciais. O diagnóstico foi feito pela advogada Marcelle Buainain Villela, do Brasil Salomão e Matthes, durante o painel sobre a judicialização da saúde no dia 23/10, durante o primeiro dia de Fenalaw, feira anual do setor jurídico em São Paulo.

Marcelle cita a necessidade da implementação da figura da auditoria médica. “Trata-se de um profissional que analisa o pedido do cliente e espelha nas normas da Agência Nacional de Saúde para saber se há previsão de cobertura, como a situação se encaixa em outras parecidas. Isso é fundamental, pois o cliente muitas vezes se sente não ouvido e vai direto para ação judicial”, afirma.

A advogada explica também como a judicialização impacta na exclusão de pessoas dos planos de saúde. “É um fenômeno conhecido como crowding out. Os membros do plano custeiam um tratamento não previsto, mas imposto por decisão judicial. Isso encarece a mensalidade e faz com que muitas pessoas não tenham acesso aos planos.”

Termômetro e indicador

O advogado Rodrigo Gonzalez, do Espallargas, Gonzalez Sampaio Advogados, afirma que judicialização não pode ser demonizada. O fenômeno mostra que existe um problema e a exposição gera busca de soluções.

“A impulsão pelo incômodo. Isso motiva criação de políticas públicas, de ações dos Poderes e da sociedade civil, que passa a se articular para solucionar o problema”, afirma.

Cobertor curto

Edmilson Damasceno dos Santos, presidente de um sindicato de hospitais do Rio (Sindifiberj), falou sobre a origem mais profunda da excessiva judicialização no Brasil. Ele relembra que o país investiu no máximo 3,8% do PIB na área, muito menos do que o previsto na Constituição.

“Na Europa isso varia de 7,5% a 9%. Na América Latina, o único país que investe menos que o Brasil é a Argentina. Isso mostra que o cobertor é curto. Quando não se investe em saúde pública, as pessoas vão para o sistema particular.”

Tanto Gonzalez, quanto Damasceno utilizaram em suas apresentações gráficos retirados do “Anuário da Saúde”, uma publicação da ConJur.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

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

milliman.com

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