

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS revisa regras para contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde](#) - Fonte: ANS

[ANS divulga números de setembro do setor de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

[Problemas sociais podem interferir na saúde?](#) - Fonte: IESS

[Retrocesso nos planos não podem superar](#) - Fonte: Estadão

[Financiar SUS no longo prazo é sustentável, diz estudo](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Saúde passa a marca de 5 milhões de empregos formais](#) - Fonte: IESS

[Aumento da expectativa de vida impulsiona seguros para doenças graves](#) - Fonte: Estadão

[Notre Dame Intermédica adquire grupo Clinipam por R\\$ 2,6 bilhões](#) - Fonte: Valor Econômico

[Facebook dá primeiros passos no mercado de saúde](#) - Fonte: IESS

[Empresas Saudáveis](#) - Fonte: Estadão

ANS REVISA REGRAS PARA CONTRATOS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ANS - 05/11/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocará em consulta pública, a partir da próxima segunda-feira (11/11), Resolução Normativa que revisa as regras para celebração de contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. A reguladora também colherá sugestões para a criação de um canal de comunicação específico destinado à intermediação de conflitos sobre temas pertinentes à contratualização. Os documentos já estão disponíveis para apreciação da sociedade no site da ANS. O período de contribuição será de 45 dias.

[Clique aqui para acessar os materiais.](#)

A nova norma vai substituir a Resolução nº 363/2014 e foi amplamente discutida no âmbito da Câmara Técnica de Contratualização (Catec) instituída pela ANS. O objetivo é aprimorar as regras para celebração de contratos firmados entre operadoras e prestadores de serviços, harmonizando as relações e promovendo a mitigação de conflitos. Entre as novidades da resolução está a obrigatoriedade da definição, no contrato, das multas decorrentes do descumprimento das obrigações estabelecidas.

“Esse normativo visa conferir mais estabilidade, previsibilidade e segurança jurídica na relação entre operadoras e prestadores. É uma resolução mais detalhada, estabelece regras mais precisas do que a que está em vigor, contribuindo para a mitigação dos conflitos no setor”, explica Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS. “Com essas medidas, estamos enfrentando problemas que têm como origem comum a dificuldade de interlocução entre os agentes que atuam no setor. A ANS atua, assim, promovendo uma ampliação deste diálogo”, destaca o diretor.

A resolução valerá apenas para contratos novos ou para alterações contratuais realizadas a partir da entrada em vigor das novas regras.

Canal para reclamações e denúncias

O outro documento que estará em consulta pública é uma Instrução Normativa que trata da implementação, pela ANS, de um canal específico para resolução de conflitos envolvendo o relacionamento entre operadoras e prestadores. O processo será realizado totalmente de forma eletrônica, através do portal da Agência, utilizando o Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

Serão recepcionadas reclamações e denúncias relativas às regras para celebração dos contratos, ao índice de reajuste a ser aplicado pelas operadoras aos seus prestadores em situações específicas e à substituição de prestadores não-hospitalares.

O normativo deverá orientar as partes sobre quais informações e documentos são necessários para que seja possível a análise de um caso específico, devendo, ainda, criar incentivos para que as partes resolvam suas pendências antes de ser aberto um processo administrativo para apuração de infração. Também determina prazos para a análise das demandas: a partir da reclamação feita à ANS, o demandante (operadora ou prestador) será notificado e terá 10 dias úteis adotar as medidas necessárias à solução do conflito e responder ao demandado.

O canal prevê a possibilidade de apresentação de denúncias de forma anônima por parte dos prestadores. As operadoras, por sua vez, também poderão apresentar denúncias sobre condutas dos prestadores de serviço, que serão encaminhadas aos respectivos conselhos profissionais, através da ANS. A previsão é que esse canal entre em vigor no início de 2020.

“A busca por meios alternativos para a resolução de conflitos vem ganhando força no ordenamento jurídico e, recentemente, foram editadas leis que tratam da mediação e utilização da arbitragem no âmbito das Agências Reguladoras, sendo um momento oportuno para se fomentar tais práticas”, ressalta o diretor Rodrigo Aguiar.

[Clique aqui para saber mais sobre a Câmara Técnica de Contratualização \(Catec\).](#)

ANS DIVULGA NÚMEROS DE SETEMBRO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 05/11/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou nesta terça-feira (05/11) os dados do setor de planos de saúde, disponibilizando os números relativos ao mês de

setembro. A consulta pode ser feita por meio da Sala de Situação, ferramenta disponível no portal da ANS.

[Acesse aqui](#) a Sala de Situação.

Nesse mês, o setor contabilizou, em todo o país, 47.105.097 beneficiários em planos de assistência médica e 25.386.843 em planos exclusivamente odontológicos.

Crescimento em 12 estados

Entre setembro de 2018 e setembro de 2019, houve aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 12 estados, sendo Minas Gerais, Goiás e Espírito Santo os

líderes em números absolutos. Na segmentação odontológica, 23 estados e o DF registraram crescimento. A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira aqui as tabelas com a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por Unidade Federativa.

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
set/18	47.211.528	31.631.922	6.346.327	712	9.095.054	137.513
set/19	47.105.097	31.666.319	6.326.026	653	9.015.735	96.364

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, por tipo de contratação

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
set/18	24.035.491	17.580.533	2.257.387	2.010	4.178.001	17.560
set/19	25.386.843	18.514.546	2.396.351	1.860	4.462.017	12.069

Beneficiários por UF

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	set/18	set/19	set/18	set/19
Acre	45.373	45.029	15.048	15.209
Alagoas	376.216	371.380	276.322	272.932
Amapá	72.074	67.919	45.026	44.803
Amazonas	519.962	519.054	391.198	427.513

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	set/18	set/19	set/18	set/19
Bahia	1.585.865	1.583.781	1.471.104	1.495.521
Ceará	1.275.899	1.256.963	929.442	955.605
Distrito Federal	884.982	881.815	537.071	569.373
Espírito Santo	1.103.327	1.118.022	482.023	521.261
Goiás	1.119.976	1.147.069	613.989	653.994
Maranhão	467.410	476.220	193.698	194.222
Mato Grosso	606.501	609.617	199.586	221.292
Mato Grosso do Sul	586.345	589.804	141.899	150.047
Minas Gerais	5.024.094	5.067.940	2.033.745	2.163.072
Não Identificado	31.299	34.900	76.118	41.524
Pará	798.707	805.353	406.445	431.851
Paraíba	413.557	415.705	323.767	365.356
Paraná	2.857.763	2.852.926	1.233.172	1.311.175
Pernambuco	1.339.342	1.335.799	893.442	946.016
Piauí	318.892	322.477	81.136	86.654
Rio de Janeiro	5.392.098	5.384.290	3.303.534	3.413.133
Rio Grande do Norte	499.168	497.957	328.594	333.758
Rio Grande do Sul	2.618.546	2.560.192	765.961	790.815
Rondônia	157.188	151.520	113.192	108.832
Roraima	28.984	29.602	9.272	10.456
Santa Catarina	1.504.366	1.481.131	489.234	533.056

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	set/18	set/19	set/18	set/19
São Paulo	17.156.071	17.068.965	8.435.590	9.006.436
Sergipe	318.660	320.141	198.037	199.876
Tocantins	108.863	109.526	47.846	123.061
Total	47.211.528	47.105.097	24.035.491	25.386.843

PROBLEMAS SOCIAIS PODEM INTERFERIR NA SAÚDE?

IESS – 04/11/2019

Qual o peso de diferenças sociais no uso de serviços de saúde? A resposta, certamente, irá mudar de um País para outro e é possível encontrar iniquidades dentro de uma mesma região do Brasil, mas, de modo, geral, ela é bem elevada. Mais do que nós esperávamos.

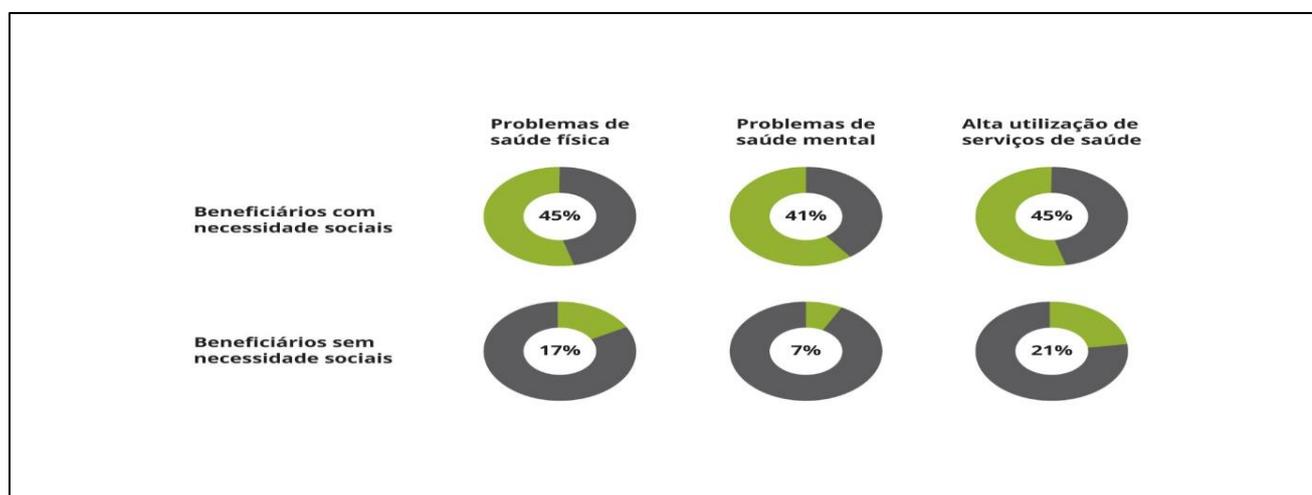
A pesquisa [Consumer Social Determinants of Health Survey](#), realizada pela McKinsey, ouviu mais de 2 mil residentes nos Estados Unidos que contavam com algum tipo de cobertura de serviços de saúde não ofertada pelo empregador e constatou que 53% dos respondentes são impactados por ao menos uma iniquidade social. São problemas como segurança na comunidade onde vivem, habitação, suporte social, alimentação e mesmo transporte.

Entre eles, a insegurança alimentar é a que impacta o maior percentual de pessoas, 35% dos entrevistados, seguida pela questão da segurança na comunidade, apontada como um problema por 25% das pessoas ouvidas. Entre os temas

levantados, o que impacta menos indivíduos é o transporte. Apenas 15% dos entrevistados afirmam que esse é um ponto determinante para o uso de serviços de saúde.

Por outro lado, necessidades relacionadas ao transporte, inclusive em questões como a dificuldade para chegar em exames e consultas podem fazer com que um beneficiário de plano de saúde tenha 2,6 vezes mais chances de ser internado do que outro que não tem esses problemas. A insegurança alimentar pode aumentar em 2,4 vezes a probabilidade de internação e a falta de segurança na comunidade onde a pessoa vive, 3,2 vezes.

Por fim, a pesquisa ainda aponta que pessoas com necessidade sociais tem mais chance de apresentar problemas de saúde física e mental e maior utilização de serviços de saúde em relação aos que não têm esses problemas sociais



RETROCESSO NOS PLANOS NÃO PODEM SUPERAR

Estadão – 04/11/2019

A redução de direitos e cobertura dos planos de saúde proposta por empresas do setor merece uma reação firme das entidades de defesa do consumidor para que não vingue. A restrição a atendimento de casos mais complexos e peso maior no reajuste dos planos de idosos é um acinte.

É inadmissível o aval a miniplanos com reajustes flexíveis, seria um retrocesso numa área que já sofre o impacto da situação econômica com a redução do número de beneficiados ano a ano (3 milhões a menos nos últimos três anos).

Encarecer ainda mais o acesso a este tipo de serviço não é a saída. Principalmente com as dificuldades que o sobrecarregado sistema público de saúde tem para dar conta da assistência àqueles que não podem pagar um convênio médico.

Na proposta de projeto de lei das operadoras a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) perderia sua força de regulamentação do setor, com flexibilização do sistema de reajustes das mensalidades hoje vigente para planos individuais. O ressarcimento ao SUS no caso de atendimento a quem tem plano privado também seria flexibilizado. Ou seja, um desmonte da lei 9.656 de 1998, que regula os planos.

Manifesto assinado por mais de 30 entidades médicas, da área de Direito e de consumidores, na semana passada, reage ao que chamam de ataque a consumidores, pacientes e médicos, e alerta que se o projeto avançar no Congresso, o consumidor pagará por serviços sem garantia de atendimento. Petição online a ser entregue ao Congresso e aos gestores públicos, e um portal foram lançados pelas entidades que prometem manter a mobilização para que as ameaças não prosperem.

FINANCIAR SUS NO LONGO PRAZO É SUSTENTÁVEL, DIZ ESTUDO

Folha de São Paulo – 04/11/2019

Pesquisa inédita do IEPS projetou as necessidades de financiamento em saúde no Brasil até 2060

Mesmo com as pressões para cortes de gastos públicos e sob um espaço fiscal restrito, o financiamento do SUS nas próximas décadas é sustentável.

A conclusão é de estudo inédito do IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde), que projetou as necessidades de financiamento em saúde no Brasil até 2060.

O aumento dos gastos nos últimos anos tem levado sistemas de saúde em todo o mundo a discutirem sobre o equilíbrio entre as necessidades de financiamento e a sustentabilidade financeira. Mas no Brasil esse debate é incipiente.

O país é único com mais de 100 milhões de habitantes que prevê acesso gratuito e universal à saúde, mas a proporção do gasto público é apenas 42% do gasto total em saúde —em países com modelos similares, a fatia fica acima de 70%.

As despesas totais com saúde equivalem hoje a 9,1% do PIB (R\$ 546 bilhões). Na projeção do estudo, as necessidades de financiamento da saúde chegarão a 12,8% do PIB em 2060 —avanço de 3,7 pontos percentuais, ou R\$ 1 trilhão.

Desse total, R\$ 459 bilhões corresponderiam a demandas do setor público de saúde (1,6 ponto percentual a mais do PIB em 2060).

Parte importante deste aumento (R\$ 299 bilhões) é atribuída ao envelhecimento da população. Quanto menor o crescimento

econômico, maior terá que ser o esforço para o país atingir as necessidades de financiamento em saúde.

“Não precisamos de muitos pontos percentuais do PIB para continuarmos funcionais, para manter o sistema de saúde em pé”, afirma Rudi Rocha, professor da FGV e coordenador de pesquisa do IEPS.

Segundo o cientista político Miguel Lago, diretor-executivo do IEPS, ao demonstrar que o SUS é financiável a longo prazo, o estudo desmonta o alarmismo que existe no setor sobre o custo da saúde pública.

“Não há dúvida de que haverá necessidade de aumentar o financiamento em saúde, mas esse discurso de que é uma bomba-relógio para o Estado não está totalmente ancorado na realidade”, diz ele.

Em sua opinião, algumas tensões entre o setor público e privado que se manifestam já são reflexos dessa disputa por recursos que deve se acirrar. Cerca de um quarto da população brasileira é coberta por planos de saúde.

Neste momento, as operadoras de saúde tentam ganhar mais espaço no mercado pressionando o Executivo e o Congresso para uma flexibilização das regras do setor em relação a reajustes de planos individuais e produtos com coberturas mais reduzidas.

Entidades de defesa do consumidor e sanitaristas, por sua vez, dizem que os usuários de planos vão recorrer ao SUS no caso de procedimentos não cobertos, o que deve sobrecarregar mais o sistema.

“Precisamos tomar muito cuidado com qualquer tipo de decisão que possa afetar de maneira definitiva o sistema de saúde. É preciso dialogar com todos os setores, dar transparência e buscar mais evidências. Não há razão para nenhum tipo de precipitação nesse momento”, afirma Lago.

O trabalho simulou os gastos em saúde sob diferentes cenários fiscais. Em um cenário de teto ou congelamento de gastos federais, o gasto público como proporção do total em saúde diminuiria cerca de sete pontos até 2060.

Em cenário extremo (congelamento dos gastos do setor público como um todo), os gastos públicos na proporção do PIB cairiam abaixo de 2% —média da África subsaariana.

Rudi Rocha vê nos resultados a pressão para reduzir o gasto público em saúde, o que demanda esforço da sociedade para mobilizar recursos e usá-los de forma eficiente.

Um caminho para aumentar a eficiência do SUS é investir em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com serviços de atenção básica mais resolutivos.

Estudo do Banco Mundial divulgado em 2018 estimou que o nível de eficiência da atenção primária (postos de saúde) é de 63%, enquanto na média e alta complexidade (ambulatórios e hospitais) é de 29%. Estima-se que as ineficiências do sistema custem ao país R\$ 22 bilhões por ano.

“A boa notícia é que a gente pode ganhar terreno e, mesmo nessa situação de restrições fiscais, tem margem para fortalecer o sistema”, diz Rudi.

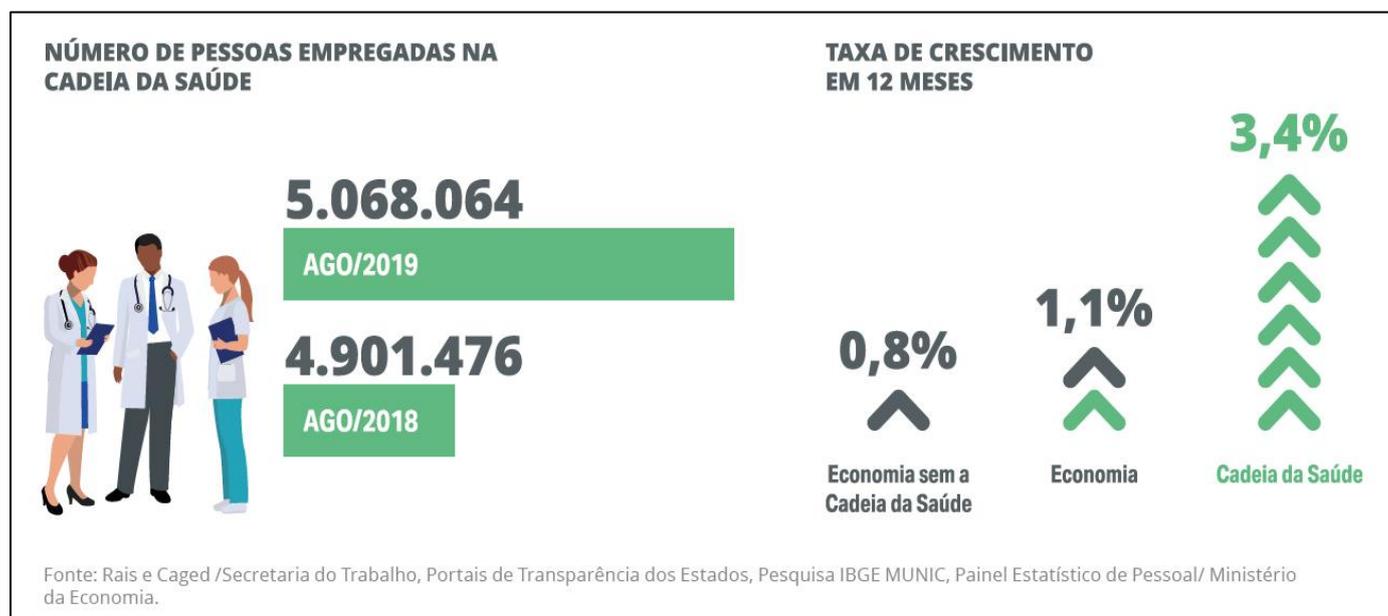
Para o economista, é urgente que a sociedade se aproprie do debate sobre o financiamento da saúde, como ocorre em países desenvolvidos. “Aqui o problema fica restrito aos atores do setor. Ficamos presos à reforma da Previdência, mas saúde é tema central também.”.

SAÚDE PASSA A MARCA DE 5 MILHÕES DE EMPREGOS FORMAIS

IESS – 03/11/2019

A cadeia produtiva da saúde responde por 9% do Produto Interno Bruto (PIB) e 11,6% da força de trabalho no Brasil. Ou seja, tem uma participação intensa na economia nacional. E acreditamos que a tendência para os próximos anos, até

mesmo pela demanda crescente que será gerada com o envelhecimento da população, é de que essa participação aumente ainda mais.



Em agosto de 2019, pela primeira vez, o total de empregos formais na cadeia produtiva da saúde ultrapassou a marca de 5 milhões. De acordo com o [Relatório de Emprego da Cadeia Produtiva da Saúde](#), que acabamos de publicar, a quantidade de postos de trabalho no setor cresceu 3,4% entre agosto de 2019 e o mesmo mês do ano passado. Hoje, há 3,6 milhões

de trabalhadores com carteira assinada no setor privado e mais 1,5 milhão de estatutários na saúde pública, totalizando 5,1 milhões de empregos. No mesmo período, o total de postos de trabalho na economia avançou 1,1% – descontando os empregos da saúde, o incremento foi de 0,8%.

Olhando os dados por região, quase metade da força de trabalho se concentra no Sudeste do País. São 1,9 milhão de empregos CLT e mais 515,5 mil estatutários, totalizando 2,4 milhões de postos de trabalho. O que equivale a 46,8% do total no setor ou 5,4% da força de trabalho no País. A região Nordeste tem o segundo maior número de vínculos

empregatícios, 1 milhão (563,7 mil CLT e 453,8 mil estatutários). Já o Sul se destaca por apresentar o menor número proporcional de servidores estatutários, sendo 19,2% em relação ao total de empregos na Saúde da região que conta com 651,9 mil trabalhadores com carteira assinada e 155,2 mil estatutários.

Postos de trabalho na cadeia produtiva da saúde, por tipo de contratação



O saldo de contratados na cadeia produtiva da saúde nos 12 meses encerrados em agosto deste ano foi de 166,6 mil novos postos de trabalho. O que representa 36,3% dos 458,9 mil novos empregos gerados no País neste período. O saldo

foi positivo tanto para “CLTistas” quanto estatutários em todo o País, exceto no Norte e no Sul, que fecharam 2,2 mil vagas estatutárias cada.

Saldo de emprego na cadeia produtiva da saúde, por tipo de contratação



AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA IMPULSIONA SEGUROS PARA DOENÇAS GRAVES

Estadão – 01/11/2019

O volume de prêmios de seguro individual na modalidade Doenças Graves cresceu 37% nos oito primeiros meses do ano, segundo a Susep. O maior tempo de vida do brasileiro e a perda de acesso a planos de saúde por parte da população ajudam a explicar o fenômeno. Só a Prudential do Brasil, dona de 57,3% desse mercado, teve alta de 25% em prêmios na modalidade até agosto, faturando R\$ 125 milhões. Os benefícios pagos até setembro pela seguradora nessa cobertura somam R\$ 69 milhões. É mais do que em todo o ano passado (R\$ 65 milhões).

Seguro modelar. O seguro para Doenças Graves ocupa o segundo lugar no ranking de coberturas opcionais vendidas pela seguradora americana. A Prudential vê potencial e está lançando o DDR Modular, com proteção ampliada para 25 doenças divididas nos módulos “câncer”, “cardiovasculares”, “falência de órgãos” e “neurológicas”. Com maior participação como chefes de família, as mulheres têm feito mais seguro: o número de apólices emitidas na Prudential Brasil para o público feminino cresceu 91,3% de 2013 a 2018. Hoje elas são 38% da base de clientes ativos.

NOTRE DAME INTERMÉDICA ADQUIRE GRUPO CLINIPAM POR R\$ 2,6 BILHÕES

Valor Econômico – 01/11/2019

O Grupo Clinipam é um operador de saúde verticalizada com atuação no Paraná e Santa Catarina

A Notre Dame Intermédica anunciou no dia 1/11 que fechou um acordo para adquirir o Grupo Clinipam, operador de saúde verticalizada com atuação no Paraná e Santa Catarina, por R\$ 2,6 bilhões.

A operação prevê o pagamento de R\$ 2,25 bilhões à vista, em dinheiro, na data de fechamento da transação. Cerca de R\$ 150 milhões serão destinados a constituição de uma conta garantia (“escrow”) para contingências futuras e R\$ 200 milhões serão pagos mediante a emissão e entrega de 3.365.870 ações de emissão da Notre Dame Intermédica, equivalente a R\$ 59,42 por ação. A empresa informou que, por meio da subsidiária BCBF Participações, contratou, junto a um grupo de bancos, uma linha de crédito de R\$ 2,5 bilhões, por um prazo de 5 anos.

Segundo a Notre Dame Intermédica, com a compra, ela consolida sua plataforma verticalizada, entrando em uma nova região de atuação. “Essa aquisição é mais uma demonstração da continuidade da estratégia de crescimento e de fortalecimento da rede própria, impulsionando a presença nos Estados do Paraná e de Santa Catarina e reforçando o compromisso com a criação de valor para seus acionistas, clientes e sociedade”, diz trecho do comunicado.

Raio X

Fundado em 1983, o Grupo Clinipam tem dois hospitais, com 133 leitos, quatro unidades de pronto atendimento, 19 centros clínicos, um centro de diagnóstico por imagem, um centro de tratamento preventivo e dez laboratórios de análises clínicas. Ele possui uma carteira de 333 mil beneficiários de planos de saúde localizados majoritariamente na região metropolitana de Curitiba e no Norte e Vale do Itajaí, em Santa Catarina, sendo 52% pertencentes à categoria corporativa.

Nos 12 meses encerrados em 30 de junho, o grupo registrou receita líquida de R\$ 635 milhões e a expectativa é de que ela encerre 2019 em R\$ 720 milhões, com sinistralidade caixa estimada de 70,5% e uma margem do lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) estimada de 13,7%.

A conclusão da compra está sujeita ao cumprimento de determinadas condições precedentes, incluindo a aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade). A operação não será submetida à aprovação dos acionistas porque está sendo feita por meio do Hospital Intermédica Jacarepaguá, subsidiária de capital fechado.

Em agosto, o Valor informou que a empresa negociava sua venda com quatro grupos de saúde: Hapvida, Notre Dame Intermédica, Athena (do fundo Pátria) e Axa.

FACEBOOK DÁ PRIMEIROS PASSOS NO MERCADO DE SAÚDE

IESS – 30/10/2019

O Facebook acabou de lançar uma nova ferramenta que promete ajudar as pessoas a cuidar da própria saúde. Por enquanto, a função está disponível apenas em inglês e para os Estados Unidos, mas a expansão para outros idiomas e países não deve demorar (a tradução para espanhol já está sendo feita).

A ferramenta, desenvolvida em conjunto com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, o American College of Cardiology, a American Cancer Society e a American Heart Association, irá sugerir uma série de exames e consultas com base na idade e sexo dos usuários e, a partir daí, possibilitar o registro de check-ups e outros exames, consultas e atividades para aprimorar as sugestões dadas a cada indivíduo.

A iniciativa se junta à lista de novas tecnologias aplicadas à saúde, [como as que comentamos aqui](#), e apesar de ter um risco reduzido de estimular o autodiagnóstico – um problema que [também já analisamos no Blog](#) –, já que sugere consultas e exames com profissionais, vem acompanhada de questões

importantes sobre a privacidade dos dados. Especialmente frente à nova Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – [saiba mais sobre os desdobramentos da mudança no setor de saúde](#) – que deve entrar em vigor em 2020 aqui no Brasil e tem versões similares nos Estados Unidos, Europa e outros países.

O Facebook promete não compartilhar os dados imputados na ferramenta com outros usuários ou terceiros e, mesmo dentro da empresa, a equipe que teria acesso às informações seria restrita - o que não significa que os usuários do novo recurso não receberam propagandas segmentadas com base nos dados coletados.

Há perspectivas positivas, especialmente por ser mais uma iniciativa a dar subsídios para as pessoas se envolverem mais nos cuidados com a própria saúde, mas também dúvidas sobre a efetividade da ferramenta. Ainda é cedo para julgar a iniciativa. Mas, certamente, vamos acompanhar seus desdobramentos com interesse e comentar as futuras novidades aqui. Continue nos acompanhando.

EMPRESAS SAUDÁVEIS

Estadão – 30/10/2019

Um dos principais atores coadjuvantes no setor de saúde suplementar finalmente começa a entrar em cena: a empresa contratante de planos de saúde. Atualmente, dos 47,1 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, 2/3 são ligados a planos coletivos empresariais – aqueles oferecidos por empregadores aos seus funcionários e familiares. Em que pese sua relevância como pagadores dos serviços de assistência privada à saúde, as empresas contratantes não atuavam de forma ativa na gestão de saúde de suas populações, tampouco participavam das discussões de aprimoramento setorial.

Gradativamente, algumas empresas passaram a se engajar no tema. Seja porque o custo do plano passou a pesar mais no orçamento (estimativas apontam 15% de participação em relação à folha de pagamentos), seja porque se conscientizaram da necessidade de manter sua população saudável para aumentar a produtividade e reduzir o absentismo e o presenteísmo. Obviamente, a situação econômica do País e os custos crescentes em saúde também contribuíram para chamar a atenção dos executivos para o tema. Para conter custos, muitos mudaram de operadora, alteraram o benefício com downgrades ou, no limite, cancelaram o plano dos empregados.

Mas a lógica de contenção de custos apenas “apertando” ou mudando de fornecedor nem sempre funciona. Primeiro, porque os downgrades tendem a impactar negativamente no resultado da empresa, já que a qualidade pior do serviço pode

se refletir na indisponibilidade do empregado; segundo, a mera reprodução do modelo assistencial por meio de outra operadora contratada não altera a tendência de aumento de custos gerada pela atual fragmentação dos serviços de saúde; terceiro, caso nenhuma empresa ofereça o benefício, os serviços públicos de assistência serão mais demandados e a contribuição no seu financiamento por meio de impostos deverá aumentar.

Cabe notar também que, diante da frequente mudança de operadora pelos contratantes, são relativamente poucos os beneficiários engajados em programas de promoção à saúde e prevenção de doenças (cerca de 5% do total). O benefício coletivo dessas ações acaba ficando em segundo plano por causa dos impactos financeiros de curto prazo. É preciso quebrar este ciclo vicioso, em prol de um sistema que entregue melhores resultados em saúde a custos suportáveis.

É necessário um modelo assistencial voltado para a promoção da saúde, que identifique quem precisa do cuidado e que coordene a trajetória do paciente com foco em resultados em saúde. As empresas contratantes de planos, ao se entenderem como cogestoras da saúde da sua população, podem requerer do mercado a mudança de modelo necessária. Se todos os contratantes demandassem programas de promoção à saúde, informações organizadas sobre condições clínicas prevalentes em sua população e redes assistenciais com centros de excelência, teríamos um

ciclo virtuoso no qual as operadoras com melhores resultados assistenciais seriam valorizadas, a rede de prestadores seria reconhecida em função de seus desfechos clínicos e os objetivos estratégicos dos membros dessa cadeia de valor seriam alinhados à busca de resultados em saúde que importam aos beneficiários.

O primeiro passo a ser dado pelas empresas é o conhecimento do perfil de saúde de sua população. Atualmente, são poucas as que se utilizam, por exemplo, de

dados da saúde ocupacional para fins de saúde assistencial. Ademais, é preciso conhecer mais sobre gestão de saúde populacional (um dos aspectos que toda empresa deve prezar). A partir daí, as empresas terão capacidade de demandar a formatação de planos e serviços de saúde que lhes poderão melhor atender. E mais, quando o foco passa a ser na promoção da saúde (e não só no tratamento da doença), os gastos das empresas arrefecem e o benefício social aumenta, trazendo ciclo virtuoso para a saúde da população e para a economia do País.

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.