



ASSPREVISITE

**OS DESAFIOS DA GESTÃO DO BENEFÍCIO
SAÚDE NA ATUALIDADE**

**APRESENTAÇÃO:
DR. ARLINDO DE ALMEIDA
PRESIDENTE**

02/07/2008



ROL DE PROCEDIMENTOS – RN 167/08, DA ANS

Considerações:

- . Jurídicas:

 - retroatividade

 - ampliação de cobertura

 - desequilíbrio contratual-operacional

- . Econômico-Financeiras:

 - Estudos de impactação financeira ?

 - 42 procedimentos = 8,56% custos

- . Técnico-científica ou assistencial:

 - Propriedade ou protocolo?

 - Evidência científica

- . Assembléia SINAMGE – 07/02/2007 – Resolução: recurso à Justiça

NOVO ROL

- Não é atualização – 10 anos – empresas atualizam
- É um acréscimo de procedimentos e diversificações dos mesmos
- Não é novo – procedimentos sugeridos já existentes a muito tempo
- Procedimentos excluídos?
- Não obedece ao princípio de atendimento das moléstias contidas no CID 10

NOVO ROL

- Acréscimo próprio das leis de mercado pois já há empresas que o realizam – se já fazem é um diferencial de mercado – uniformizar mercado
- Modulação de Produtos
- Custo: +/- 8% - 42 procedimentos mais frequentes
- Acréscimo de custo às reservas financeiras
- Retroatividade
- Cobrança nos novos planos
Reajuste após 13 meses – falência ?

ROL DE PROCEDIMENTOS – HISTÓRICO

CONSU 10	nov/1998	
CONSU 15	mar/1999	Esclarece não obrigatoriedade da A.T e moléstias profissionais
RDC 41	dez/2000	Identificação – P.A.C. – Procedimentos Alta Complexidade
RDC 67	mai/2001	Reorganização sem acréscimo de cobertura
RDC 81	ago/2001	Classifica por segmentação
RN 82	set/2004	Rearranjo / Adequação e aprimoramento da nomenclatura
RN 167	jan/2008	Inclui além CID 10 + cobertura Planejamento familiar Fertilidade Nutricionista Psicologia Transplante medula autóctone
LEI 10.233	mai/2001	Plástica reparadora de mama no caso de tratamento de câncer

NOVO ROL PROCEDIMENTOS (RN 167/08) - RESUMO DE IMPACTO

Número de procedimentos analisados	42
Custo per capita : - anualizado	R\$ 75,52
- mensal	R\$ 6,29

Per Capita Médio R\$ 73,50
% sobre per capita 8,56

CUSTOS X FREQUÊNCIA - PROCEDIMENTOS PRIORIZADOS DO NOVO ROL DA ANS

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA POR MIL VIDAS	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO ANUALIZADO POR 1000 VIDAS	CRITÉRIO
TOTAL	335,58	225,04	75.518,08	
HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO), DETECÇÃO POR TÉCNICAS IMUNO-HISTOQUÍMICAS	71,60	208,80	14.950,08	FREQUÊNCIA 15% A 40% DA POPULAÇÃO DE RISCO (MULHERES ENTRE 40 E 59). O CÁLCULO FOI BASEADO NA FREQUÊNCIA MÁXIMA. FONTE DATASUS
INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO-DIU (INCLUSIVE O DISPOSITIVO)	18,90	500,00	9.450,00	DO TOTAL DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, 50% SEJAM SEXUALMENTE ATIVAS. DESSE TOTAL 50% FARIA USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.DO TOTAL QUE USA CONTRACEPTIVOS 27% FAZEM USO DE MÉTODOS DIFERENTES DE PÍLULA E CAMISINHA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DIAGNÓSTICA CONVENCIONAL (QUALQUER SÍTIO ANATÔMICO)	10,31	750,00	7.734,38	FOI CALCULADA UM DEMANDA REPRIMIDA DE 25% DO TOTAL REALIZADO ATUALMENTE
CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK (DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	2,60	2.500,00	6.500,00	
LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA (DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	2,00	2.200,00	4.400,00	1/3 DA POPULAÇÃO DE PARTURIENTES É DE MULHERES COM MAIS DE 2 GESTAÇÕES. FOI CONSIDERADA A INCIDÊNCIA SOBRE TODA A POPULAÇÃO DE RISCO. 50% UTILIZAR Á A TÉCNICA LAPAROSCÓPICA
LAQUEADURA TUBÁRIA (DE ACORDO COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	2,00	2.200,00	4.400,00	1/3 DA POPULAÇÃO DE PARTURIENTES É DE MULHERES COM MAIS DE 2 GESTAÇÕES. FOI CONSIDERADA A INCIDÊNCIA SOBRE TODA A POPULAÇÃO DE RISCO. 50% UTILIZAR Á A TÉCNICA.
RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL PARA PRÓSTATA SNC + PULMÃO	0,39	10.000,00	3.900,00	FOI CALCULADA A INCIDÊNCIA DE 78 CASOS EM CADA 100.000 HABITANTES (AJUSTADO PELA IDADE) E CONSIDERADO QUE 50% FARÃO A RADIOTERAPIA CONFORMATADA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA CONVENCIONAL (QUALQUER SÍTIO)	10,31	300,00	3.093,75	FOI CALCULADA UM DEMANDA REPRIMIDA DE 25% DO TOTAL REALIZADO ATUALMENTE
FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE OU VITILIGO	150,00	20,00	3.000,00	FOI CALCULADA AINCIDÊNCIA DE 1% SOBRE A MASSA E A REALIZAÇÃO DE 10 SESSÕES ANUAIS
RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA	0,40	4.995,00	1.998,00	MESMO VALOR DA LAQUEADURA

DESAFIOS

- Solvência: 1.500 OPS – só 934 com balanços regulares (62%) – destas 268 com resultado negativo ou nulo
- Planos individuais e familiares: controle e achatamento de reajustes
- Incorporação de novas tecnologias
- Novos procedimentos exigidos (atualização do rol ?)
 - . Procedimentos paramédicos
 - . Planejamento familiar: vasectomia / laqueadura / DIU
 - . Transplantes autóctones ou auto transplantes
 - . Acidente de trabalho pessoa física
- Necessidade de acesso à classe C: 86 milhões (preços ?)

DESAFIOS

880 mil pessoas são clientes de planos sob intervenção

Perto de 880 mil brasileiros são clientes de planos de saúde que estão sob a intervenção da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Neste momento, a agência reguladora mantém fiscais em 44 operadoras de todo o país.

Esses planos apresentam problemas financeiros ou não oferecem serviços médicos satisfatórios aos clientes.

O objetivo da intervenção é evitar que esses problemas se agravem. As operadoras podem ser fechadas.

O Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) recomenda que ninguém contrate uma operadora que está em regime de "direção fiscal" ou "direção técnica", como são tecnicamente chamadas as intervenções da ANS.

DESAFIOS

COMEÇAM NEGOCIAÇÕES ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS

Lenir Camimura

As negociações entre os hospitais e as operadoras de planos de saúde começam neste mês de maio. **Para o presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Dr. Eduardo de Oliveira**, o setor teme que os percentuais de negociação fiquem abaixo do índice de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos.

Para os prestadores, o índice autorizado pela ANS - 5,48% - é baixo para que as empresas cubram suas necessidades. O medo é que, se com percentuais mais altos nos anos anteriores, as negociações com as operadoras foram difíceis, com um índice mais baixo, os prestadores temem que o reajuste seja muito aquém do reivindicado ou sequer seja possível este ano. **"Quando o percentual foi de 10%, as operadoras reajustaram com índices menores. Agora, vão querer reajustar muito pouco ou nada"**, disse o presidente da FBH.

Segundo Dr. Eduardo de Oliveira, a relação com as operadoras é difícil e os hospitais são a parte "mais fraca". "Se as operadoras forcingem, não teremos como pressionar por um aumento", disse. Mesmo que as negociações aconteçam caso a caso, os prestadores enumeram o aumento dos custos dos hospitais, do pagamento com pessoal, das novas tecnologias e até dos impostos. Assim, se for repassado um reajuste de 5%, o índice não será suficiente para suprir a necessidade do setor.



EXCLUSIVO Funcionário da Casa Civil ameaça contar tudo sobre o dossiê

Editora ABRIL
edição 2066 - ano 41 - nº 19
14 de maio de 2008

veja

www.veja.com.br

O CUSTO DA SAÚDE

A medicina avança, e salva mais vidas, mas está cada vez mais difícil para as pessoas, as empresas e os governos pagar esse progresso

ASSINANTE VENDA PROIBIDA R\$ 2,40

Abril



A saúde dos Gonçalves: a família sob o guarda-chuva da empresa

A "AJUDA" QUE ENCARECEU OS PLANOS

Ação para baratear o seguro-saúde só piorou a vida dos consumidores

Em uma de suas tiradas mais espirituosas sobre a perda de confiança dos americanos no poder público, nos políticos e no exagero de leis, o presidente Ronald Reagan (1981-1989) criou o que seria a frase mais assustadora da língua inglesa: "Ói, eu sou do governo e estou aqui para ajudar". A piada satiriza ações oficiais destinadas a melhorar a vida das pessoas, mas que, no final das contas, criam mais transtornos do que benefícios. A ironia de Reagan tem aplicação universal, atemporal e supra-ideológica. No Brasil, por exemplo, encareceu-se com perfeição às leis e normas, e tentam há quase uma década reduzir aumentos exagerados de planos de saúde privados. Desde 2000, com a falência acelerada da saúde pública brasileira e sua pretensa substituição pela saúde

complementar privada, o governo, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS), criada naquele ano, não só passou a controlar os reajustes como também ampliou o leque de doenças que os planos são obrigados a cobrir.

A coisa piorou. A intervenção teve efeitos colaterais adversos. Impedidas de alterar os contratos já existentes, as empresas de saúde buscaram outras saídas.

■ Elevaram substancialmente o preço dos novos contratos. Há cinco anos o valor de um novo plano de saúde para uma família de quatro pessoas de alto padrão chegou a 1.700 reais. Hoje atinge 1.700 (um aumento de 70%, contra uma inflação de 34%).

■ Abandonaram o mercado de planos individuais, migrando para o segmento empresarial, em que há mais liberdade. Foi o que fizeram, por exemplo, as maiores empresas do setor de seguro-saúde — SulAmérica, Porto Seguro, Bradesco e Itaú.

A SulAmérica explicou assim sua decisão: "Por discordar dos critérios

de reajuste praticados pela agência reguladora, a SulAmérica suspendeu a comercialização de planos individuais em 2004. A atuação da companhia no setor de seguro concentrou-se apenas nos negócios corporativos, para grandes grupos e pequenas e médias empresas, segmentos cujos reajustes são determinados em cláusulas contratuais e não estão sujeitos a limites ou autorização prévia da ANS". Essa foi a sucessão de

eventos iniciada com um ato de vontade do governo. Ainda que os consumidores já cobertos por planos de saúde tenham sido beneficiados com a intervenção oficial, as famílias que pretendiam comprar novos contratos (a imensa maioria da população, em 2004) foram prejudicadas.

O que os sem-plano fizeram?

Parte ficou mesmo sem nenhuma cobertura. Outra buscou saídas de mercado. Um exemplo é o de Renata Gonçalves, 29 anos, dona de uma escola infantil em Guarulhos, na Grande São Paulo. A escola acaba de fechar um contrato com a operadora de saúde SulAmérica, uma microempresa com todos os controles oficiais no plano.

— Ela não tem opção de plano individual, pagaria o dobro para comprar o plano de saúde", explica. A saída original encontrada por Renata e sua família popularizou-se tanto que a ANS já pensa em coibi-la. Quando isso ocorrer, ela será obrigada a procurar outra forma de fugir de leis e regras feitas justamente para protegê-la.

Marcio Aith

Desde 2000, com a falência acelerada da saúde pública brasileira e sua pretensa substituição pela saúde complementar privada, o governo, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS), criada naquele ano, não só passou a controlar os reajustes como também ampliou o leque de doenças que os planos são obrigados a cobrir.

A coisa piorou. A intervenção teve efeitos colaterais adversos. Impedidas de alterar os contratos já existentes, as empresas de saúde buscaram outras saídas:

- Elevaram substancialmente o preço dos novos contratos. Há cinco anos o valor de um novo plano de saúde para uma família de quatro pessoas, com hospitais de alto padrão, não passava de 1.000 reais. Hoje atinge 1.700 (um aumento de 70%, contra uma inflação de 34%).
- Abandonaram o mercado de planos individuais, migrando para o segmento empresarial, em que há mais liberdade. Foi o que fizeram, por exemplo, as maiores empresas do setor de seguro-saúde – SulAmérica, Porto Seguro, Bradesco e Itaú.



RESERVAS E GARANTIAS

- . Margem de solvência – 10 anos
- . PEONA – 6 anos
- . Provisão de Risco - OK
- . Capital Mínimo Ajustado – 2 anos
- . Dependência Operacional – vigor Jan/2008 – baseado no último trimestre de 2007

Na prática:

50% OPS (cerca de 900) com garantias insuficientes < 20% da população atendida

PROVISÕES TÉCNICAS

- I – Provisão de Risco: base de cálculo média da contraprestação dos últimos 3 meses (50%) ;

- II – Provisão para Remissão: Esclarecimentos conceituais (nota técnica específica – garantia de cobertura após morte do titular);

- III – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados –
PEONA: Obrigatório para todas as operadoras, exceto as exclusivamente odontológicas. (Estabelecimento de valores mínimos para operadoras em início de operação ou com inconsistências na metodologia de cálculo).
9,5% contraprestações emitidas em 1 ano ou 12% do total do custo assistencial (o que for maior).



DEPENDÊNCIA OPERACIONAL

Definição:

Diferença, contada em dias, entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento de contraprestações, decorrente do ciclo financeiro da operação de planos privados de assistência à saúde.



Mercado

- Concentração do mercado – necessidade de escala
 - Fortalecimento de empresas regionais de médio porte
 - Inviabilidade de pequenas empresas sem foco definido (mudança para provedor?)
 - > segurança dos consumidores
 - < nº de queixas PROCON - 2003 2006
- | | |
|-------|-----|
| 1.333 | 528 |
|-------|-----|

Resoluções que merecem destaque

- TISS
- Qualificação
- Aumento de diversificação do rol de procedimentos – RN 167
- Reservas Financeiras
- Reajuste
- Ressarcimento ao SUS
- Portabilidade

FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

	R\$ Bi	%
Setor Privado	98,4	51,0
Planos e Seguros	49,9	25,9
Gastos Pessoais Diretos	21,1	10,9
Gastos Pessoais com medicam.	27,4	14,2
Setor Público - SUS	94,4	49,0
Federal	44,3	23,0
Estadual	24,3	12,6
Municipal	25,8	13,4
Total	192,8	100,0



PAC – SAÚDE SUPLEMENTAR

- Ressarcimento ao SUS
- Portabilidade



EM ESTUDO - SEGUNDO M.S.

- . Alteração no Ressarcimento ao SUS
 - . Nova política ?

- . Mobilidade / Portabilidade
 - . Capitalização x Mutualismo

- . Dificuldades: 1^a operadora
 - periodicidade
 - tipos de OPS
 - reajuste

Distribuição Classes Sociais e os Planos de Saúde

Fontes: ANS, Ipsos Public Affairs e Latin Panel

Classe Social	Quantidade 2006	% da População	Quantidade 2007	% da População	Renda Média Familiar	% com Celular	% com Carro	% com Plano de Saúde	Qtd. Com Plano de Saúde
Classes A e B	32.809.554	18%	28.078.466	15%	R\$ 2.217,00	91%		86%	24.147.481
Classe C	66.716.976	36%	86.207.480	46%	R\$ 1.062,00	70%	34%	14%	12.069.047
Classes D e E	84.862.090	46%	72.941.846	39%	R\$ 580,00	53%		4%	2.917.674
TOTAL	184.388.620	100%	187.227.792	100%		66%		21%	39.134.202

Estimativa para a Grande São Paulo

População Total	20.000.000
Classe C (50%)	10.000.000
Classe C c/Plano (35%)	3.500.000
Potencial	6.500.000

População São Paulo	10.000.000		Tem Plano	
Classes A e B	2.000.000	20%	86%	1.720.000
Classes C	5.000.000	50%	35%	1.750.000
Classes D e E	3.000.000	30%	4%	120.000
				3.590.000

OBRIGADO!

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO
- ABRAMGE -**

**Av. Paulista, 171 - 11º andar
01311-000 - São Paulo - SP**

Fone: 11-3289.7511

Fax: 11-3289.7175

E-mail: abramge@abramge.com.br

Home Page: www.abramge.com.br