

Há pouco menos de um ano, em 20 de dezembro de 2017, inauguramos nossa [Área Temática](#). Uma ação com o objetivo de facilitar, ainda mais, a navegação por nosso site e tornar sua experiência mais agradável e produtiva. Afinal, são quase 1.400 publicações em nosso acervo, abrangendo praticamente todas as questões relacionadas ao setor de saúde suplementar.

Apenas nos últimos 11 meses, foram pouco mais de 300 novos estudos, vídeos, artigos, press releases, análises etc. Além da preocupação com a produção desse material, temos um cuidado constante em garantir que nosso site permaneça intuitivo, possibilitando uma navegação ágil com fácil acesso aos conteúdos desejados.

Foi com esse “espírito” que lançamos a Área Temática e que agora julgamos necessário revisá-la e ampliá-la. Os 10 temas originais foram revisitados. Alguns permaneceram, outros mudaram de nome e alguns ainda foram divididos em mais de uma categoria. Além disso, incluímos outros assuntos. No geral, a lista cresceu e passou a contar com 17 entradas, mas transitar entre os assuntos desejados ficou ainda mais fácil.

Conheça nossa nova lista de temas

[Aspectos jurídicos de planos de saúde](#)

O acesso à Justiça é um dos pilares da sociedade e, portanto, judicialização é necessária sempre que o direito de alguém é violado. Contudo, no setor de saúde há excesso de intervenções, muitas vezes com falhas técnicas, por desconhecimento dos juízes da regulação (de fato complexa) do setor, que tem recursos escassos. Exatamente por isso, é necessário entender que é impossível dar tudo o tempo todo para todo mundo. Escolhas precisam ser feitas. Inclusive para garantir a sustentabilidade do setor e priorizar a qualidade assistencial.

[Aspectos tributários de planos de saúde](#)

Uma das maiores falácias a respeito da saúde suplementar é aquela que prega que os planos de saúde contam com renúncia fiscal para sua existência. O Código Tributário Brasileiro define que o Imposto de Renda incide sobre os acréscimos patrimoniais dos contribuintes, pessoas físicas e jurídicas. Já que a saúde é, pela Constituição, um direito do cidadão e um dever do Estado, toda vez que o contribuinte paga por um serviço de saúde privado, visando suprir suas necessidades básicas de existência, sofre, na prática, um decréscimo patrimonial. Seja via contratação direta, seja via plano de saúde. Logo, a dedução é um direito do cidadão e não uma renúncia do Estado.

[Avaliação de tecnologias em saúde](#)

A incorporação de novas tecnologias é um dos temas mais sensíveis para a saúde, sendo um dos principais impulsionadores dos custos do setor no mundo. Por isso, é um dos assuntos que mais buscamos analisar aqui no Portal do IESS.

[Beneficiários de planos médico-hospitalares](#)

Nos últimos anos, o total de beneficiários de planos médico-hospitalares recuou mais de 3 milhões. Apesar de os últimos meses terem apontado uma redução do ritmo de rompimento de vínculos com esses planos, ainda é cedo para falar em recuperação do mercado, especialmente por que não há sinais econômicos que indiquem uma mudança de rumo em curto prazo, como uma expressiva retomada da criação de empregos.

[Cirurgia bariátrica e Obesidade](#)

A obesidade é considerada uma epidemia pela OMS. No Brasil, dados do último Vigitel apontam que a prevalência da obesidade saltou de 11,8%, em 2006, para 18,9% em 2016. O que significa que

uma a cada cinco pessoas no país está obesa.

Envelhecimento

Desde 2012, temos estudado quais serão os impactos do envelhecimento da população no Brasil no sistema de saúde e, de uma forma mais particular, na saúde suplementar. Fica cada vez mais claro que, se houver planejamento e adoção de medidas corretas, o ciclo de mudança demográfica do Brasil vai representar uma imensa oportunidade para a saúde suplementar evoluir. Dito de outra forma, não encarar essa transformação com as devidas reformas estruturais, novas práticas de gestão e um novo jeito de enxergar a assistência à saúde pode, na prática, representar um risco imenso para o futuro desse setor.

Falhas de mercado na cadeia produtiva da saúde suplementar

A cada hora, 6 brasileiros morrem por erros e falhas nos hospitais. Contudo, erros de dosagem de medicamento, desatenção durante procedimentos médicos e outros eventos adversos impactaram uma quantidade muito maior de brasileiros. Já que além dos óbitos também podem gerar sequelas, comprometendo o exercício das atividades da vida do paciente e causando sofrimento psíquico.

Fraude, abuso e desperdício

Cerca de R\$28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do País com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários.

Modelos de remuneração de prestadores

Por diversas vezes falamos da necessidade de mudar o modelo de pagamento do fee-for-service (FFS), que privilegia a quantidade de atendimentos, para outro que considere questões como qualidade, eficiência e o melhor desfecho clínico. Nesse processo, o DRG aparece como uma das alternativas mais interessantes, mas não é a única.

Novos produtos e soluções para a saúde suplementar

Os planos de saúde com franquia anual (HDHP, da sigla em inglês para high-deductible health plan) são um modelo aplicado com sucesso em outros países desde a década de 1990. Trata-se de um produto com mensalidade (ou prêmio) bem menor em relação aos planos tradicionais, oferecidos hoje no Brasil, mas que, por outro lado, contam com uma franquia. Ou seja, combinada à mensalidade, os beneficiários desse tipo de plano pagam valores por consultas, exames, terapias e internações até um limite pré-estabelecido. A partir desse limite, os gastos passam a ser cobertos pela operadora, integralmente ou em regime de coparticipação (quando o beneficiário paga uma parcela dos gastos). Os custos de consultas, exames e tratamentos preventivos e de promoção da saúde, em geral, são arcados exclusivamente pela operadora, mesmo antes de se atingir o valor da franquia anual, como uma forma de estimular os beneficiários a cuidarem da própria saúde. Casos de doenças crônicas costumam ter um tratamento diferenciado, uma vez que, em virtude da assiduidade da assistência, acaba consumindo mais rapidamente o montante da franquia.

OPMEs

Os elevados custos de OPMEs são uma questão que esbarra em problemas sérios do setor de saúde, como assimetria de informação e até mesmo fraudes, atuando como um dos motores da VCMH.

Perfil de uso dos serviços de saúde

Ao longo de 2016, o total de beneficiários de planos médico-hospitalares recuou 3,1%. Foram 1,5 milhão de vínculos rompidos. Seria de se esperar, então, que os gastos assistenciais das

operadoras também recuassem, diante de uma base menor de beneficiários. Mas não é o que a realidade mostra. No último ano, os gastos assistenciais subiram 12,6%, chegando a R\$ 131,9 bilhões, motivados, entre outros fatores, pelo aumento do total de procedimentos médicos.

Planos odontológicos

Os planos exclusivamente odontológicos atraem cada vez mais beneficiários, crescendo mesmo quando os planos médico-hospitalares apresentam seguidas quedas. Mas isso não significa que o segmento não tenha desafios pela frente.

Promoção à saúde

Não há uma pessoa que nunca tenha ouvido a expressão “é melhor prevenir do que remediar”. Não poderia haver verdade mais inconteste no setor de saúde. Por isso se torna cada vez mais importante empresas, OPS e os próprios pacientes focarem em ações de promoção à saúde.

Qualidade assistencial e segurança do paciente

Somados, os hospitais públicos e privados do Brasil registraram, em 2017, seis mortes, a cada hora, decorrentes dos chamados “eventos adversos graves”, ocasionados por erros, falhas assistenciais ou processuais ou infecções, entre outros fatores. Desses, mais de quatro óbitos seriam evitáveis.

Regulação em saúde

Em nosso trabalho de buscar caminhos para o aprimoramento da gestão de saúde suplementar é comum buscarmos e apresentarmos as experiências internacionais. Contudo, como costumamos lembrar, nem todas essas experiências poderiam “simplesmente” ser implementadas por aqui. Além de diferenças socioculturais, perfil da população e perfil epidemiológico, entre outros pontos, quase sempre há questões de regulação que precisam ser levadas em conta.

Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH)

O índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar do IESS (VCMH/IESS) expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde com internações, consultas, terapias e exames entre dois períodos consecutivos de 12 meses. Contudo, diferentemente do IPCA e do IPCA Saúde, o VCMH não é calculado apenas com base na variação de preços, mas considera, também, a frequência com que um serviço é utilizado.

Fonte: IESS, em 23.11.2018.