

Planos de Saúde PME

Você prefere ser bem atendido, pagar menos, ou ambos?



Plano de Saúde para PMEs

Você prefere ser bem atendido, pagar menos, ou ambos?

Todos os anos no mês de Junho a ANS (Agência Nacional de Saúde) divulga o “teto do reajuste para os planos de saúde Individuais”, dando início a temporada de reportagens e artigos abordando diversos temas vinculados ao aumento dos custos em saúde: inflação médica, fraudes, as mais novas e caras tecnologias disponíveis, juntamente com os lamentos de todos nós que sofremos com o crescente aumento dos custos médicos acima da inflação do varejo, e principalmente dos ganhos reais da maioria dos trabalhadores.

Do lado dos que ofertam e regulam a saúde, observamos diversos movimentos em busca de soluções que garantam a sustentabilidade do sistema. Congressos envolvendo hospitais, laboratórios, operadoras*, entidades de classe e afins, buscam soluções no médio e longo prazo para equalizar o problema do incremento dos custos da saúde privada.

No entanto para os pequenos e médios empresários e suas equipes, o problema precisa ser endereçado anualmente quando temos que encarar a decisão de renovar um contrato ou mudar de operadora, e pouco se discute sobre como tomar essa decisão tão importante. Este é o tema que iremos abordar nesse artigo.

Por mais improvável que pareça, a escolha de um plano de saúde PME (Pequenas e Médias Empresas) envolve variáveis até mais complexas do que os grandes seguros empresariais.

Empodere-se!

* Convencionaremos neste artigo chamar as operadoras e seguradoras especializadas em saúde simplesmente de OPERADORAS.



Para começar: o que buscamos num plano de saúde PME?



Independente do porte da empresa, a maioria dos gestores de Recursos Humanos e Benefícios com quem temos interagido nos últimos anos buscam **uma operadora com quem possam manter uma relação de longo prazo.**

Do ponto de vista da gestão de pessoas e benefícios, nenhum evento pode ser mais traumático do que a mudança de um plano de saúde, a insatisfação dos funcionários, seja pela falta de um processo de comunicação transparente e objetivo, ou pela sensação de redução ou piora do benefício podem impactar de forma negativa a produtividade e o clima da empresa.

Em uma relação de longo prazo entre empresa e operadora, é imprescindível que: **1)** os custos mantenham-se competitivos, **2)** os processos de atendimento aos segurados e ao RH sejam eficientes, e por fim **3)** as redes de atendimento devem manter-se adequadas ao perfil do plano.

1- Manutenção de custos competitivos

“Eu ouvi dizer que seguradora X costuma aplicar reajustes mais baixos, você também tem essa percepção?”

A ANS acompanha e publica os reajustes anuais aplicados aos planos de saúde PME até 29 vidas, e disponibiliza para consulta diversos indicadores de gestão das operadoras que atuam neste mercado.



Plano de Saúde para PMEs



Reajustes aplicados nas carteiras PME até 29 vidas:

Operadora	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Caixa Saúde	17,5%	19,5%	19,1%
SOMPO (Marítima)	ND	23,8%	18,8%
Notre Dame Intermédica	17,0%	18,3%	18,1%
Allianz	13,1%	18,9%	17,9%
Bradesco Saúde	16,2%	17,3%	16,5%
Amil	16,3%	19,8%	16,3%
SulAmérica	15,8%	17,7%	16,3%
Unimed Seguros	14,0%	18,7%	15,3%
Omint	12,3%	10,5%	14,9%
Porto Seguro	19,2%	19,7%	14,0%
Care Plus	23,0%	14,0%	11,3%

Fonte: ANS

Os dados na tabela acima nos permitem algumas constatações interessantes: existem sim operadoras com uma tendência de reajustes menores e outras maiores, como também existem aquelas sem um padrão definido. É muito provável que nos demais tamanhos de contrato (> 29 vidas) estas tendências se mantenham.

A seguir iremos discutir sobre os fatores que possam estar influenciando tais comportamentos, e posteriormente cruzar estas informações com os índices de reclamações dos clientes e as velocidades de crescimento destas carteiras.



Plano de Saúde para PMEs



Processos de aceitação e subscrição de novos grupos

As carteiras de planos de saúde PME, seja ela a carteira regulada pela ANS (até 29 vidas), ou os seguintes agrupamentos de carteira criados pelas seguradoras, também conhecidos como pools de risco (ex: 29 até 99 vidas, 100 a 199 vidas, etc.), são verdadeiramente a única forma de seguro saúde disponível no Brasil pois envolvem o compartilhamento do risco entre diferentes empresas, além de disporem do uso da DPS (Declaração Pessoal de Saúde), que contém um conjunto de perguntas padronizados pela ANS e que é aplicada por todas as operadoras quando da implantação de planos até 29 vidas. A maioria das operadoras mantém a exigência da DPS para os grupos até 100 vidas.

Além dos questionários DPS as operadoras podem utilizar as mais variadas técnicas de interpretação das respostas, exigindo até exames médicos complementares ou empregando *contact centers* com profissionais médicos que acessam os potenciais novos segurados para solicitar esclarecimentos.

É importante frisar que, se estamos levando nossos funcionários e respectivos dependentes para um “condomínio” que irá, de forma solidária, repartir os seus gastos em saúde, é importante conhecermos o funcionamento dos processos de aceitação de novos “condôminos”, além das condições mínimas para a formação dos grupos seguráveis nas operadoras. Em outras palavras: **sabemos com quem estamos dividindo nosso risco?**

O objetivo aqui não é fazer juízo sobre a qualidade dos processos de subscrição, exigências mínimas ou a precificação de qualquer operadora, mas sim alertar gestores e empresários sobre o impacto que estes podem causar nos resultados das carteiras de saúde PME, refletindo diretamente nos custos praticados pelas operadoras no médio e longo prazo.



Plano de Saúde para PMEs



Abaixo listamos alguns exemplos de uma parte das exigências mínimas para formação de grupos segurados nas carteiras de planos PME, ordenada de forma crescente quanto ao nível de exigência de cada operadora.

Exemplos de exigências mínimas para formação de grupos PME nas operadoras:

Operadora	Número Mínimo de Titulares	Número Mínimo de Beneficiários	Permanência de filhos
Notre Dame Intermédica	1	2	30 anos
Amil	1	2	30 anos
Caixa Saúde	1	3	40 anos
SulAmérica	1	3	30 anos
Care Plus	2	2	30 anos
SOMPO (Marítima)	2	2	24 anos
Bradesco Saúde	2	3	30 anos
Unimed Seguros	2	4	30 anos
Omint	2	4	30 anos
Allianz	2	5	30 anos
Porto Seguro	3	10	24 anos

Com a interrupção da comercialização de planos individuais e familiares pelas principais operadoras, uma parte famílias passou a buscar planos PME quando da disponibilidade de um CNPJ para acolher o grupo familiar.

Nas carteiras PME a sinistralidade dos planos até 5 vidas é significativamente maior do que a sinistralidade dos planos de 6 a 29 vidas, o que aponta para um risco de combinação de grupos diferentes dentro de uma mesma carteira.

Os planos individuais ou familiares possuem tendência a anti-seleção dado o risco de contratação pela necessidade, diferente de uma empresa que contrata um plano de saúde buscando diferenciar sua estratégia de benefícios ou simplesmente atender a uma convenção sindical.



Quanto maior o número de segurados e titulares exigidos em um contrato PME, maior a probabilidade de que este contrato contenha uma pequena empresa e não apenas uma família.

A principal reflexão que propomos aqui é a de que uma empresa contratando um plano de saúde PME deve expandir sua análise para além das tabelas de preços. Se os seus reajustes futuros também irão depender de como a sua operadora aceita novos grupos, é importante encontrar grupos com características semelhantes aos da sua empresa.

Tamanho e velocidade de crescimento das carteiras PME

Algumas operadoras possuem maior facilidade para crescer do que outras, seja pelos mercados em que estão focadas, pelas características dos seus canais de distribuição, pela qualidade e amplitude de serviços que ofertam, investimentos em mídia, capilaridade, ações de *cross selling*, marca, entre outros.

Qualquer que seja a força que impulsiona tal crescimento, a redução da sinistralidade nas carteiras em constante crescimento é impulsionada pelo efeito IMNR – despesas Incorridas Mas Não Reportadas, um indicador que mede o prazo médio de pagamento dos sinistros a rede de prestadores, que no Brasil é de aproximadamente três meses, ou seja, todas as despesas médicas geradas pelos segurados levam em média três meses para serem ressarcidas pelas seguradoras aos prestadores.

Nota: o Brasil é um dos países com mais baixo índice de IMNR, muitos especialistas atribuem como causa a alta taxa básica de juros brasileira.



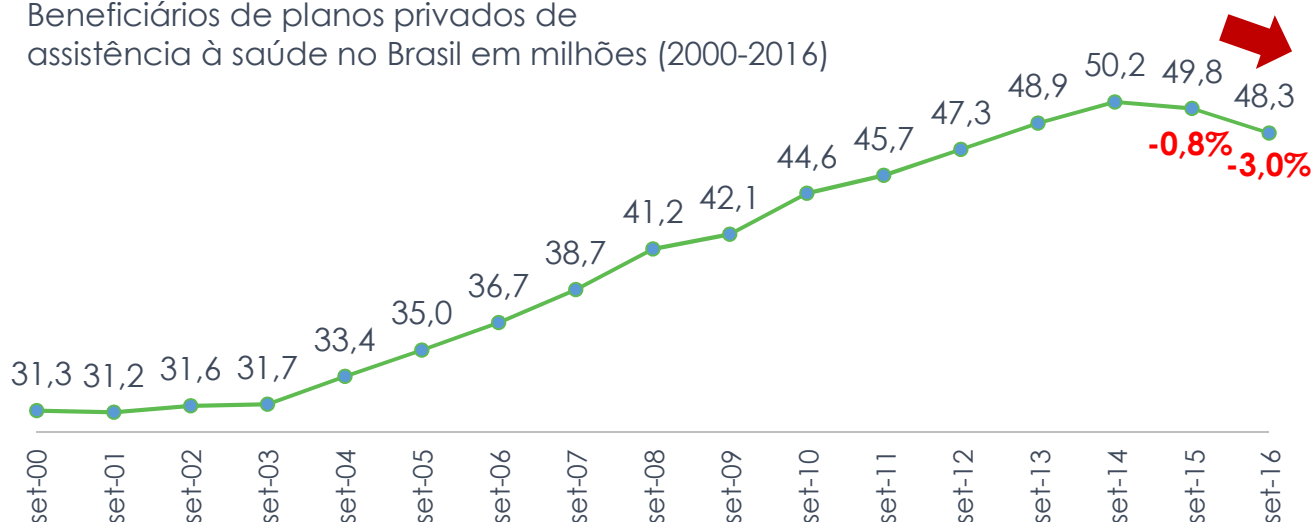
Plano de Saúde para PMEs



Pois bem, se uma operadora hoje tem 100 mil vidas e vem crescendo a uma razão de 1 mil vidas por mês nos últimos três meses, significa então afirmar que os prêmios de seguro pagos hoje por estas 100 mil vidas servirão para cobrir as despesas das 98 mil vidas que estavam cobertas e ativas a três meses atrás, essa diferença representa uma vantagem competitiva de custos de 2% frente a carteira de outra operadora que eventualmente não apresentou crescimento algum no mesmo período. O efeito inverso ocorre quando as carteiras encolhem.

Temos acompanhado nos últimos dois anos uma redução expressiva na quantidade de beneficiários no mercado de saúde privada em função do crescente desemprego, fazendo que a maioria das operadoras estejam hoje sofrendo os efeitos negativos do fator IMNR.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil em milhões (2000-2016)



Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2016



No entanto dados apresentados pela ANS apontam que nem todas as carteiras de planos PME estão atravessando a crise da mesma forma:

Total de beneficiários e crescimento das carteiras PME até 29 vidas:

Operadora	2013-2014	2014-2015		2015-2016	
	Vidas	Vidas	Crescimento (%)	Vidas	Crescimento (%)
Bradesco Saúde	395.169	497.697	25,9%	666.379	33,9%
Amil	468.211	486.930	4,0%	585.811	20,3%
SulAmérica	ND	350.763	ND	376.101	7,2%
Notre Dame Intermédica	95.850	189.700	97,9%	180.359	-4,9%
Porto Seguro	61.243	54.320	-11,3%	48.465	-10,8%
Allianz	25.766	36.752	42,6%	23.332	-36,5%
Unimed Seguros	8.694	17.600	102,4%	20.990	19,3%
Caixa Saúde	767	10.434	1260,4%	17.041	63,3%
Omint	11.800	14.459	22,5%	16.356	13,1%
SOMPO (Marítima)	ND	7.901	ND	7.378	-6,6%

Fonte: ANS

Negociações com prestadores

Este é um ponto sensível para muitas operadoras que oferecem redes de atendimento em múltiplos pontos do território nacional, existem casos onde grandes operadoras não conseguem fazer boas negociações em determinadas regiões dada a pequena quantidade de vidas que estas podem oferecer aos prestadores locais. Quando da escolha de uma operadora em regiões mais afastadas dos grandes centros, é importante verificar a quantidade de vidas que a mesma possui no local em questão.



Plano de Saúde para PMEs



Nos grandes centros urbanos, onde existe grande oferta de prestadores e operadoras, as diferenças de negociação de custos de materiais e honorários tendem a ser menores.

Os principais ganhos para as operadoras ainda se encontram nos processos de compras de materiais de alto custo, que nos últimos anos vem ocorrendo diretamente entre operadoras e fornecedores de materiais, o que aumenta o poder de barganha e evita possíveis custos de atravessamento.

Pergunte sempre ao seu corretor como funcionam estes processos nas operadoras que você intenciona contratar, isso pode dizer muito sobre seus custos futuros.

Processos de liberação de procedimentos, glosa e auditoria

As operadoras têm investido milhões na melhoria da eficiência de seus processos médicos, as chamadas juntas médicas ou serviços de segunda opinião médica com profissionais isentos e experientes tem se mostrado um grande inibidor de procedimentos que nem sempre são necessários, e em muitos casos não atendem integralmente os interesses ou a necessidade dos pacientes.

Avaliar apenas se uma operadora autoriza cirurgias ou faz o pagamento de reembolsos de forma mais ágil é uma forma de análise simplória.

Os processos de glosa geralmente estão atrelados a erros crassos cometidos por segurados ou prestadores, como por exemplo enviar dois reembolsos de consulta no mesmo médico em período inferior a 30 dias, não observando o uso do retorno, ou mesmo prestadores que enviam os demonstrativos de gastos dos segurados a operadora esquecendo de completar a documentação requerida.



Plano de Saúde para PMEs



A auditoria médica é um processo importante, mas bastante desgastante para a relação entre operadora e prestador, felizmente muitas operadoras tem investido em iniciativas de prevenção a fraude, que se valem em alguns casos de algoritmos preditivos para antecipar eventos possivelmente irregulares.

2 - Processos eficientes de atendimento aos segurados e ao RH

As operadoras possuem cultura, processos de gestão e níveis de investimento em tecnologia bastante distintos.

No entanto a grande maioria cumpre com bons níveis de qualidade seu papel de garantir o acesso a serviços de saúde dentro das condições, coberturas e prazos contratuais.

Existem operadoras com maior foco na satisfação e até o encantamento dos segurados. Os processos internos das operadoras são bastante distintos, desde o pagamento de reembolsos até a liberação de uma cirurgia, ou mesmo o processo de implantação de uma apólice.

É importante lembrar que um dos principais papéis do **corretor de seguros de benefícios** é conhecer com profundidade os processos das operadoras que servem a seus clientes, buscando assim facilitar a vida dos beneficiários e seus gestores de RH.

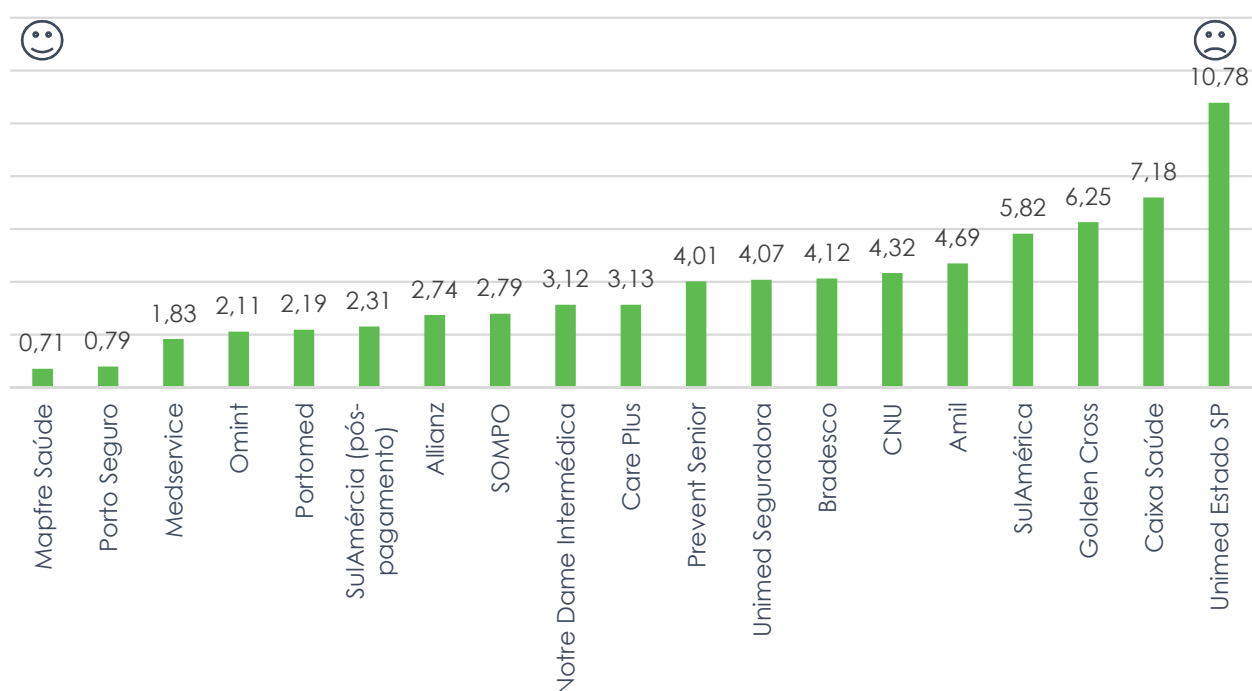
Não é aceitável que numa troca de operadora por exemplo, se diga ao cliente que o atendimento “vai piorar” pois seguradora X ou Y é “difícil de trabalhar”. Existem níveis de serviço e processos diferentes e o cliente após uma eventual migração sempre irá perceber ganhos e perdas, mas é fundamental que todas estas características da nova operadora sejam detalhadas ao cliente de forma objetiva e transparente, antes de uma eventual migração.



Boa parte da satisfação dos beneficiários e RHs reside no conhecimento do corretor de seguros de benefícios sobre os processos de atendimento, níveis de serviço, e principalmente, a cultura das operadoras.

O gráfico abaixo exemplifica os níveis de reclamação dos beneficiários junto as operadoras:

Índice Geral de Reclamações
Média - out/15 a set/16



Fonte: ANS



3 - Manutenção das redes de atendimento

Pequenos ajustes nas redes de atendimento são necessários quando da identificação de prestadores que não conseguem atender os níveis de exigência das operadoras quanto a, por exemplo, envio de documentações comprobatórias, fluxos de informação, entre outros, chegando em alguns casos a inviabilizar processos de auditoria médica.

Com os novos mecanismos de *business intelligence* empregados pelas operadoras, tem sido cada vez mais fácil identificar prestadores que possuem maior ou menor índice de sucesso em seus tratamentos, ou que evidenciem práticas constantes de abuso do plano como por exemplo a exigência de exames desnecessários e/ou acima da média de mercado para determinadas patologias.

Atuando no interesse do grupo segurado, é esperado que ocorram credenciamentos de médicos e clínicas pelas operadoras ao longo dos anos, com conseguinte inclusão de outros.

Em regiões com menor disponibilidade de serviços em saúde isso pode se tornar um grande problema para a empresa estipulante e seus segurados, mas é sempre importante entender o porquê do credenciamento e discutir alternativas junto a operadora.

Nos casos onde verificamos um constante encolhimento da rede de prestadores é importante verificar no site da ANS (www.ans.gov.br) os dados referentes a saúde financeira da operadora. A mídia vem divulgando diversos casos de operadoras sob intervenção nos últimos anos e o descadastramento em massa de prestadores é sempre um sinal antecipado de que a operadora está passando por dificuldades.

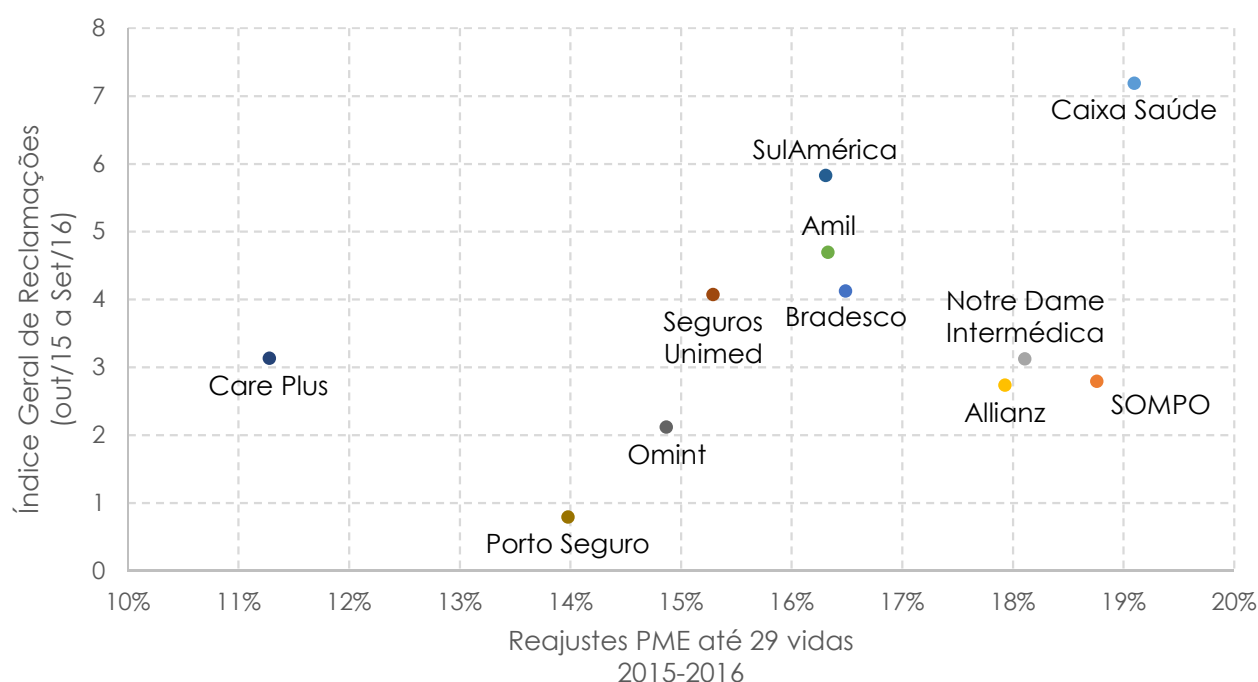


Conclusões



Voltando a questão original: **Você prefere ser bem atendido, pagar menos, ou ambos?**

Construímos um gráfico interessante que cruza as perspectivas de atendimento ao beneficiário (IGR – Índice Geral de Reclamações) com os reajustes praticados pelas operadoras no último ano para as carteiras PME até 29 vidas, que acaba por consolidar muito o que foi apresentado anteriormente.



Os Índices de reclamação podem variar até 808%, assim como as diferenças de reajustes podem chegar até a 11p.p. (pontos percentuais), ou seja, **existem verdadeiros abismos entre as operadoras!**



Plano de Saúde para PMEs



Ao longo deste artigo exploramos os mais diversos fatores, internos e externos as operadoras, que causam tais distorções.

O ditado “*não existe almoço grátis!*” se aplica com propriedade ao mercado da saúde privada pois, na maioria das renovações, sempre haverá um plano semelhante mais barato para ser contratado em outra operadora. O mercado brasileiro está longe da consolidação e é dever do corretor de seguros em benefícios acompanhar estas transformações com olhar crítico e estar preparado para traduzir todas estas tendências a seus clientes.

Apesar deste texto em alguns momentos parecer “denso” ou técnico demais, nossa intenção foi a de apresentar de forma lógica e ordenada os principais processos médicos e indicadores de performance que norteiam o trabalho das operadoras, buscando assim aprofundar o conhecimento sobre os “bastidores” da operação de saúde e **empoderar** nossos clientes durante o processo de decisão sobre a troca ou manutenção de um plano de saúde.

Quer saber mais? Acesse www.hgbeneficios.com.br ou entre em contato pelo telefone +55 11 2574-5475 ou pelo e-mail atendimento@hgbeneficios.com.br



Sobre a Hg Benefícios

A Hg Benefícios é uma empresa de serviços profissionais que auxilia organizações e pessoas físicas a melhorar seu desempenho na aquisição de estruturas de proteção eficientes a custos competitivos. Oferecemos consultoria, tecnologia e soluções em negócios nas áreas de benefícios e gerenciamento de riscos e capital.

Para mais informações acesse www.hgbeneficios.com.br ou entre em contato pelo telefone +55 11 2574-5475 ou pelo e-mail atendimento@hgbeneficios.com.br

Emprego deste material

Hg Benefícios - Todos os direitos reservados. Você não tem permissão para criar quaisquer modificações ou versões desta apresentação ou usá-la para fins públicos ou comerciais ou outros, sem a prévia autorização escrita da Hg Benefícios.