

ÍNDICE INTERATIVO

[Brasil tem tecnologia para diagnosticar doença rara, mas acesso a exame é desigual](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Breno Monteiro fala sobre medidas a serem tomadas contra o Coronavírus](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Pesquisa sobre movimentação de ativos garantidores](#) - Fonte: ANS

[Mais que mil palavras...](#) - Fonte: IESS

[Sistema de saúde: uma questão coletiva ou individual?](#) - Fonte: Saúde Business

[Plano de saúde empresarial é um diferencial para a empresa](#) - Fonte: Jornal Contábil

[ANS lança edital do projeto cuidado integral à saúde - projetos piloto em APS](#) - Fonte: ANS

[Acesso à saúde da população rural - o que podemos aprender com a China?](#) - Fonte: IESS

[Maioria gasta até 40% da renda com plano](#) - Fonte: Tribuna Online

[A transformação do cuidado baseada em valor](#) - Fonte: Saúde Business

[Coronavírus e Telessaúde](#) - Fonte: IESS

BRASIL TEM TECNOLOGIA PARA DIAGNOSTICAR DOENÇA RARA, MAS ACESSO A EXAME É DESIGUAL

Folha de São Paulo – 03/03/2020

Centros de referência precisam capacitar profissionais para suspeitar de sintomas, afirmam debatedores.

O Brasil tem capacidade tecnológica para diagnosticar quase todas as doenças raras, mas o acesso a exames e a informação na rede de saúde é muito desigual, afirmaram especialistas no Seminário Doenças Raras, realizado pela Folha nesta terça-feira (3) em São Paulo.

No Brasil, considera-se doença rara as enfermidades que afetam até 65 pessoas em cada cem mil indivíduos. Não há números exatos, mas estima-se que existam 10 mil doenças raras diferentes e que, no total, 13 milhões de brasileiros sejam portadores de alguma delas. 80% delas são decorrentes de fatores genéticos.

“Estima-se que até 1 em cada 15 pessoas terá ou poderá desenvolver uma doença rara”, disse Armando Fonseca, diretor médico científico de medicina especializada do Grupo Pardini.

“A maioria dos testes genéticos para doenças raras pode ser encontrada na saúde suplementar, mas um número importante de exames ainda não está no SUS”, disse Lavinia Schüller-Faccini, médica, geneticista e professora da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

A triagem neonatal, conhecida como teste do pezinho, feita logo após o nascimento, pode diagnosticar cerca de 60 doenças raras. “Infelizmente, esse exame não chega de forma igualitária para todos os recém-nascidos brasileiros. Há crianças que têm acesso a versões do exame que detectam 50, 60 doenças, e outras que não têm acesso a nenhuma delas”, afirmou Armando Fonseca.

É preciso lutar por equidade no acesso aos exames, mas nem sempre os testes conseguem oferecer todos os detalhes de como as doenças raras podem se manifestar, disseram os médicos.

“Se o profissional parte apenas de um exame genético para diagnosticar a doença, a probabilidade de ele descobrir

coisas que ele não sabe interpretar é grande, e isso pode gerar angústia para o paciente”, afirmou Schüller-Faccini.

Por isso, os debatedores defenderam que exames, como os genéticos, devem ser feitos junto a um acompanhamento que não só apresente os riscos de desenvolver sintomas, mas também mostre medidas para melhorar a qualidade de vida e informe a chance de familiares desenvolverem a doença.

Com um diagnóstico adequado, o paciente pode receber o tratamento correto e planejar a sua vida. Centros de referência podem capacitar médicos da atenção básica e outros profissionais da saúde para suspeitar de sintomas ligados a doenças raras.

Essa suspeita deve acontecer não só em crianças, mas também em adultos, disse Márcia Waddington Cruz, responsável pelo setor de doenças musculares do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no Rio de Janeiro. “Alguns pacientes com a PAF (polineuropatia amiloidótica familiar), por exemplo, podem apresentar os primeiros sintomas aos 50 ou até aos 80 anos”, disse a médica.

Outras tecnologias também podem melhorar os diagnósticos. “Nos Estados Unidos, já se usa inteligência artificial. Você usa um banco de dados para selecionar o conjunto de sinais, e junto com a análise do médico, pode detectar uma doença rara”, disse Cruz. Entretanto, esse tipo de tecnologia ainda não é disseminado no Brasil.

O diagnóstico precoce também gera economia para o país, diz Schüller-Faccini, da UFRGS. “Municípios e cidades tendem a querer esconder seus portadores de doenças raras, por acharem que precisarão pagar caro por exames e tratamento, mas isso gera uma falsa sensação de economia.” Para a geneticista, se o paciente não receber o diagnóstico correto, fará vários outros exames desnecessários, gerando custos adicionais.

BRENO MONTEIRO FALA SOBRE MEDIDAS A SEREM TOMADAS CONTRA O CORONAVÍRUS

Correio Braziliense – 03/03/2020

Presidente da Confederação Nacional da Saúde (CNSaúde), Breno Monteiro falou sobre medidas a serem tomadas com a epidemia

A Agência Nacional de Saúde (ANS) avalia incluir exames que detectam o novo coronavírus em planos de saúde. A informação foi dada pelo presidente da Confederação

Nacional da Saúde (CNSaúde), Breno Monteiro, em entrevista nesta terça-feira (3/3) ao programa CB.Poder, uma parceria entre o Correio Braziliense e a TV Brasília. No último balanço do governo, cerca de 433 pessoas estão sob suspeitas da doença que vem amedrontando o mundo todo nos últimos dias.

“Existe essa conversa e inclusive a Agência Nacional de Saúde Suplementar, não sei se é nessa semana ou na próxima, estará avaliando pra incluir no rol os testes para o coronavírus que é uma emergência mundial e a população que tem plano de saúde tem que ser atendida para esse exame. Eles estão analisando pra fazerem isso de forma excepcional e o mais rápido possível”, contou Breno Monteiro. “Não houve essa discussão antes, porque ela é uma doença que não existia aqui”, afirmou.

Questionado se é necessário haver treinamento especial de equipes médicas e dos hospitais, Monteiro defendeu e ainda argumentou que isso não vale somente ao novo coronavírus e, sim, para as demais enfermidades que possam surgir no futuro. “Qualquer doença nova que apareça, ela tem características diferentes, e você precisa preparar sua equipe para identificá-las o mais rápido possível. Todos os dias saem estudos novos de doenças, quais são os sintomas, quantos dias se manifestam. Então, além de você ter que acompanhar isso diariamente, você precisa ir treinando com essas informações toda a rede”, analisou.

O presidente da CNSaúde ainda ressaltou que é preciso haver cuidados e responsabilidades para não deixar a população em caos no Brasil. “Até este momento, não existe circulação do vírus dentro do nosso país, os casos que estão sendo notificados são aqueles que vieram de fora. Então, a população precisa ficar tranquila e o Brasil está bem estruturado, os protocolos vêm sendo bem introduzidos, e os profissionais da área são treinados constantemente. Acredito que temos tudo para superar essa doença”, ressaltou.

Empregos no Brasil

Recentemente foi divulgado um estudo em que mostra que, até o fim deste ano, o setor de saúde pode gerar até 124,9 mil empregos no Brasil, o que representa um aumento de 26,5% em relação ao ano passado. Durante a entrevista, Breno apontou que a saúde foi o único setor que passou pela crise econômica gerando postos de trabalho. De acordo com ele, daqui pra frente, de um a cada cinco vagas criadas, serão do setor. “É uma profissão que apaixonou. Pra quem entrar, precisa ter dedicação, ter um zelo pra dar certo na carreira. Quem pretende ingressar precisa fazer isso”, indicou.

Reforma Tributária

O texto da reforma tributária que tramita no Congresso, preocupa Monteiro. Para ele, se o projeto passar, os planos de saúde aumentarão drasticamente. Os impostos que se pretendem unificar geram encargos de 7% a 9%. A ideia do governo é fazer um imposto único que saltaria para 25%. “No dia seguinte da reforma, os novos custos serão reajustados aos clientes e os preços saltariam em no mínimo 15% pra se tirar o lucro. E o sistema, as empresas e os trabalhadores não aguentarão. O empresário já não vem conseguindo manter esse benefício para seus funcionários. Se uma medida drástica dessa for aprovada, se não for pensada muito bem, pode trazer um nocaute para o sistema”.

PESQUISA SOBRE MOVIMENTAÇÃO DE ATIVOS GARANTIDORES

ANS – 02/03/2020

A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está realizando uma pesquisa junto às operadoras de planos de saúde com a finalidade de subsidiar ações de simplificação e desburocratização no que diz respeito à movimentação de ativos garantidores.

Por meio do preenchimento de um questionário (FormSUS) e de uma planilha, a reguladora pretende verificar os custos das operadoras com a obrigação de informação (carga administrativa) relacionada à movimentação de ativos garantidores.

A análise dos resultados permitirá à ANS avaliar a pertinência de alterações nas regras vigentes na Instrução Normativa (IN) DIOPE nº 54, de 10 de abril de 2017, que trata de hipótese de livre movimentação de ativos garantidores das provisões técnicas e concessão de Autorização Prévia Anual (APA).

É importante ressaltar que a pesquisa tem como único objeto a apuração de informações para avaliação de alterações normativas a respeito da carga administrativa. Objetiva, portanto, o levantamento de dados para subsidiar eventuais propostas de simplificação de procedimentos para obtenção

da Autorização Prévia Anual (APA), seguindo rito indicado nas Diretrizes Gerais e Guia Orientativo de Análise de Impacto Regulatório da Casa Civil e na Lei nº 13.848/2019. O questionário não possui fins fiscalizatórios e tampouco servirá para aplicação de multas.

A partir desta segunda-feira (02/03), o questionário será enviado para os endereços eletrônicos registrados no Cadastro de Operadoras (CADOP) via plataforma FormSUS. Em caso de desatualização do endereço de e-mail, a operadora deverá encaminhar pedido de atualização cadastral por meio postal ou PTA. Também via e-mail, a ANS enviará uma planilha (arquivo Excel) que, depois de preenchida, deverá ser anexada ao questionário no FormSUS para envio à ANS.

[Clique aqui para acessar o formulário.](#)

[Clique aqui para acessar e baixar a planilha.](#)

Caso alguma operadora não tenha recebido a mensagem ou em caso de dúvidas, solicita-se que seja feito contato pelo e-mail dioperesponde@ans.gov.br. O prazo final para envio das respostas à ANS é 27/03/2020.

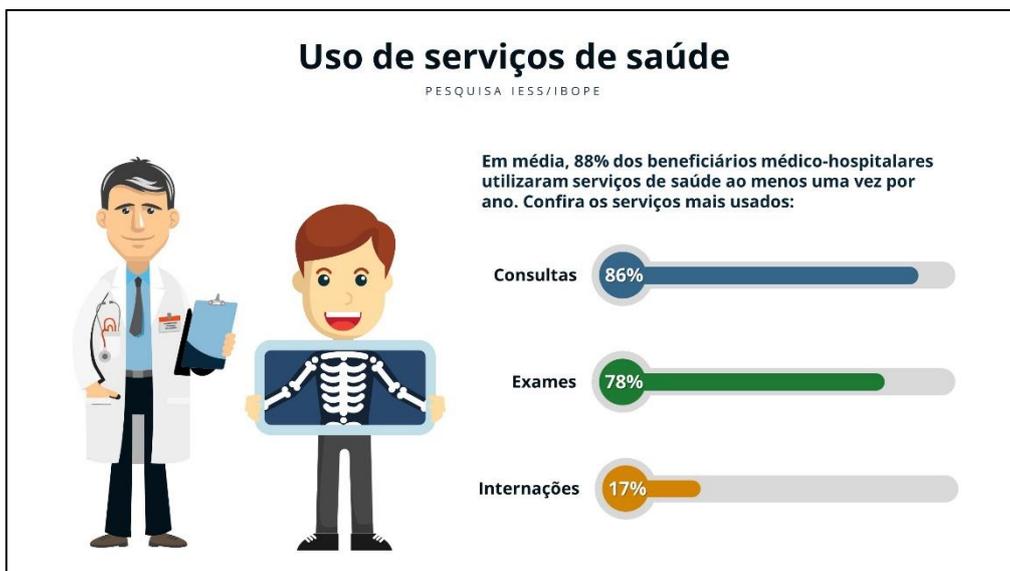
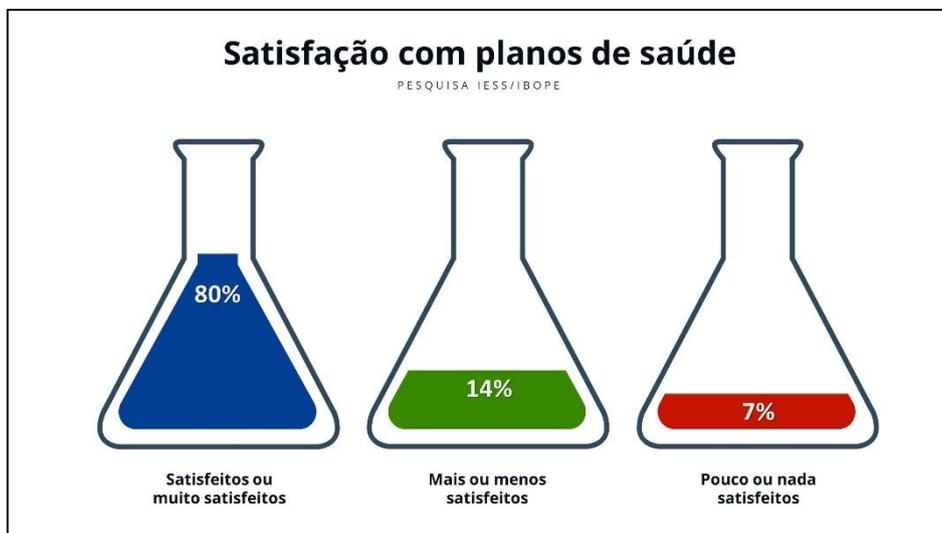
MAIS QUE MIL PALAVRAS...

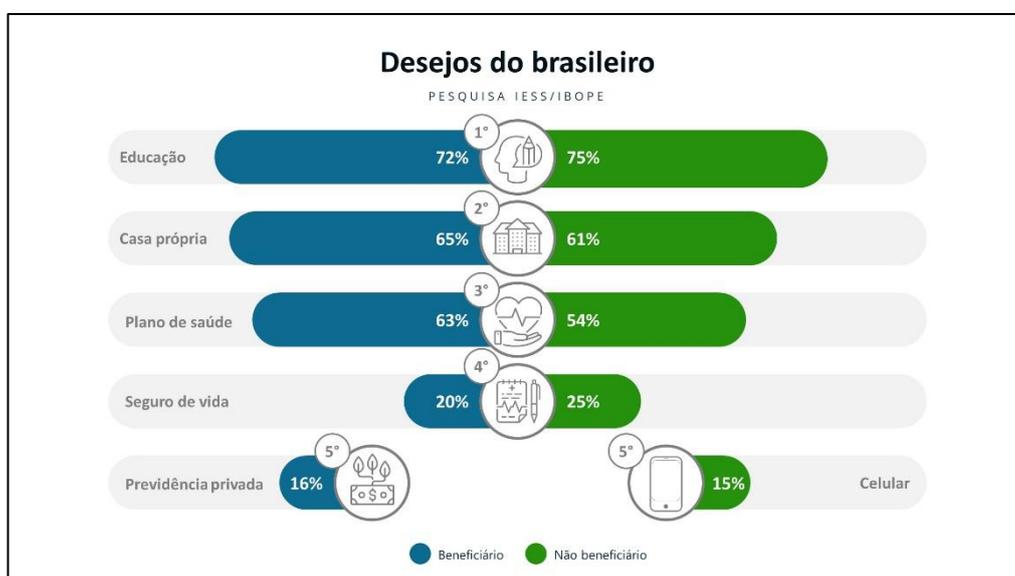
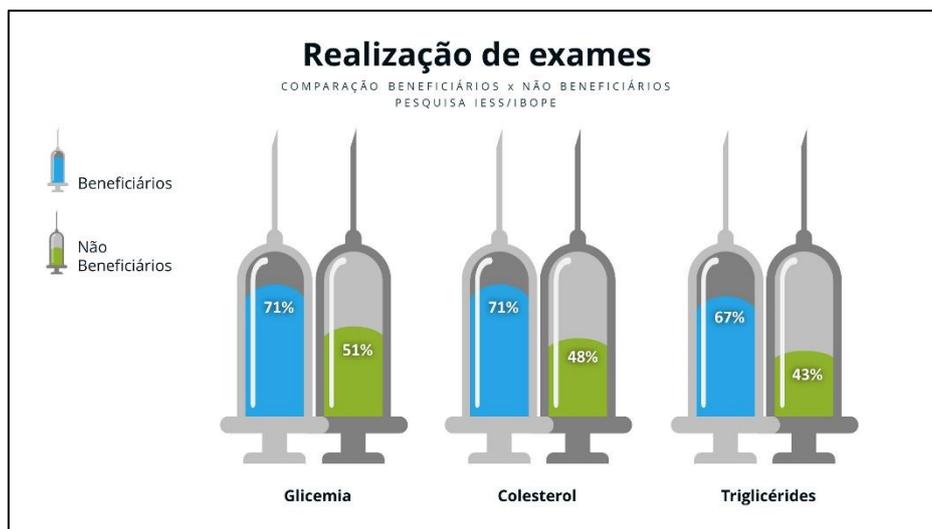
IESS - 01/03/2020

Às vezes, uma imagem fala por si só. Outras, por mais didática que a imagem seja, pode despertar várias dúvidas.

Os gráficos abaixo falam muito sobre os resultados encontrados na última pesquisa IESS/Ibope, mas se você

quiser saber mais sobre qualquer um deles, basta clicar na imagem que será direcionado a uma análise mais completa. Boa "leitura"!





SISTEMA DE SAÚDE: UMA QUESTÃO COLETIVA OU INDIVIDUAL?

Saúde Business – 28/02/2020

“A discussão do modelo de cuidado, da forma como se apresentam as relações econômicas, é uma realidade que finalmente o setor está assumindo como uma questão a ser resolvida” disse Fábio Gastal, coordenador científico do CISS – Congresso Internacional de Serviços de Saúde. O CISS é o encontro para discutir os grandes temas da saúde, uma oportunidade de democratizar as informações do setor, com troca de experiência entre gestores e líderes da área de vários países.

Gastal conta que existe um processo histórico, que nos últimos 30 anos tentou organizar o sistema de saúde do país: de um lado uma série de problemas, do outro, entregas muito relevantes para a população. Nessa perspectiva de aperfeiçoamento contínuo, o Brasil está finalmente chegando,

na sua opinião, às discussões microeconômicas. Ao contrário das amplas discussões estratégicas, pauta das discussões dos sistemas de saúde até então.

“A medida que o Brasil começou a resolver suas questões econômicas, como o controle da inflação e queda dos juros, se criou um ambiente favorável à discussões consistentes das relações microeconômicas entre fontes pagadoras e prestadores”, explica. Hoje existem relações distorcidas de cuidado, em modelos que não visam a saúde do paciente, e uma das saídas para melhorar a qualidade assistencial, é entender a lógica de remuneração de médicos, hospitais e serviços de saúde.

Segundo ele, no Brasil, ainda mantemos no setor privado majoritariamente o sistema fee for service, absolutamente estruturado e tradicional, como era há 50 anos na Europa e Estados Unidos. “Beira à corrupção. No sentido de não estar sendo estimulado para fazer boa medicina, mas sim, medicina volumosa. Muito procedimento, muita consulta, muito atendimento. Porque se remunera pelo muito e não pela qualidade entregue.”

O cuidado centrado no paciente, com o usuário no lugar certo é um dilema postergado. No Brasil, a orientação das portas de entrada se torna particular especialmente pela dicotomia do coletivo versus soberania individual, apresentada pelo Sistema Único de Saúde e pelos Planos de Saúde. Nos países que se envolveram e se comprometeram com o processo de transformação do setor de saúde, uma das primeiras discussões foi: o que é coletivo e o que é individual. É um dilema estrutural, que se não resolvido, impossibilita a criação de políticas públicas e sociais”. Um exemplo citado é o das vacinas. Há uma tendência de queda da cobertura vacinal em função das fake news, é o paradigma individual acima do coletivo. O processo de imunização é importante para o bloqueio imunológico, não interessa se o indivíduo gosta ou não de agulha. A segurança coletiva está acima dos desejos de cada pessoa.

Gastal diz que é a mesma lógica para o sistema de saúde. A medicina privada ficou praticamente 10 anos parcialmente regulada, da sua criação até 1999. E surgiu com um posicionamento competitivo, em relação ao sistema público, de que cada um faz o que quer, desde que pague a sua mensalidade.

Então, a partir do momento que a promessa fundadora da medicina suplementar tem como o predomínio do paradigma individual, vira uma conta atuarial contratual – referente à expectativas e riscos. “Isso quer dizer que os preços precisam ficar livres. Quando se criou a ANS, o paradigma coletivo decidiu regular a saúde privada no Brasil. A grande discussão hoje é, se nós queremos um bom sistema privado de saúde para a população, não é possível oferecer na lógica do individual”

O conceito de financiamento de saúde é mutualista, no qual o coletivo paga pelas ações individuais. Por mais diversas que sejam as modelagens, não se pode vender para o usuário a perspectiva que ele pode fazer o que quiser. Para um bom

sistema de saúde, é necessário que o percurso seja orientado. Que exista um médico de família, de atenção primária, que faça o projeto de cuidado desse usuário, oriente e proteja.

Por mais informado que o usuário seja como indivíduo, ele não tem conhecimento suficiente para fazer o percurso assistencial correto dentro do sistema de saúde de acordo com as suas reais necessidades. Gastal dá o exemplo das especialidades de prateleira, no qual o beneficiário acha que está precisando de um psiquiatra, vai lá e “pega”, sem ninguém para o orientar se esta é a melhor escolha. “Isso é ruim para a saúde dele, as evidências científicas mostram. O custo também fica insustentável, vide o modelo americano. As empresas dos Estados Unidos já entenderam que se elas deixarem essa lógica de supermercado se perpetuar, elas não vão conseguir se manter.”

O serviço de atenção primária, de certa forma, faz esse papel de coordenação de cuidado e percurso dentro do sistema de saúde. O coordenador científico cita que chegamos a um nível de capacidade, que da mesma forma que o sistema é capaz de coisas incríveis, se mal utilizado, existe um risco brutal. Existe uma ilusão equivocada que beira a alucinação. As pessoas acham que tudo que fazemos em termos de saúde é inócuo, que não existe risco. O hospital é um ambiente de altíssimo risco. Então a medida que se entende a existência de um risco inerente, qualquer coisa que se faça em termos de intervenção médico assistencial, é importante existir uma orientação.

Em países da Europa Ocidental, o modelo médico é mais estruturado e a presença do Estado é maior na vida das pessoas. Se o usuário não se registra na Seguridade Social ou não se apresenta no posto do médico de família, não é possível pagar uma conta de luz, por exemplo. Os serviços estão associados e o paradigma coletivo está acima do individual.

Nos Estados Unidos e no Brasil, não há essa clareza social, então existe a necessidade de se inventar modelos para atrair a população a pensar mais racionalmente em seu cuidado. Formas mais inteligentes de utilizar os recursos disponíveis. Isso mostra que o problema da saúde hoje é muito mais político, comportamental e cultural, do que realmente tecnológico.

PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL É UM DIFERENCIAL PARA A EMPRESA

Jornal Contábil – 28/02/2020

As pessoas quando buscam uma oportunidade de emprego avaliam os benefícios que um organização oferece e o plano de saúde empresarial é visto como um diferencial.

Ele serve não apenas para atrair os melhores profissionais do mercado como para ajudar a reter os que já fazem parte da organização.

Segundo um levantamento do Glassdoor, o plano de saúde empresarial é visto como benefício mais importante oferecido por uma empresa.

Para o Ibope, esse é o terceiro desejo dos brasileiros, e isso deixa clara a importância que esse benefício possui.

Cerca de 75% das empresas já entenderam os benefícios que a assistência médica disponibiliza, por isso, já a incluíram dentre as possibilidades que os empregados podem ter.

Antes de contratar, as organizações costumam fazer uma pesquisa de plano de saúde a fim de identificar quais oferecem as melhores coberturas e valores.

Conforme a região, os valores são diferentes. Por exemplo, um plano de saúde empresarial para o Rio de Janeiro custa a partir de R\$ 153,41 em uma faixa etária de 0 a 18 anos para Unimed RJ. Enquanto isso, a Unimed Guarulhos na mesma faixa etária custa a partir de R\$ 100,43.

Isso acontece porque os planos e coberturas também variam, além da região.

Depois de definir e contratar um, podem aproveitar dos benefícios que são:

Melhora da produtividade

Quando a empresa disponibiliza um plano de saúde empresarial, a produtividade melhora em cerca de 60%.

Isso é decorrente da melhoria da motivação dos colaboradores e possibilidade de tratar problemas de saúde antes que eles se agravem.

Redução do absenteísmo com o plano de saúde empresarial

Com o trabalhador podendo cuidar da sua saúde e de sua família, ele tende a faltar menos por motivos de doença. Isso faz com que haja uma redução no absenteísmo.

Melhora do clima organizacional

Colaboradores mais motivados e satisfeitos tendem a reclamar menos e a vestir a camisa da empresa.

Isso faz com que o clima melhore e a empresa seja melhor vista.

Incentivos fiscais

As empresas que disponibilizam o plano de saúde empresarial terão a isenção e redução de alguns impostos, o que acaba sendo interessante financeiramente para a organização.

Planos personalizados

É possível que a empresa escolha um plano que atenda ao perfil dos colaboradores, e dessa forma poderá disponibilizar um produto sob medida, tanto em questão de coberturas como de valores.

Quais as coberturas de um plano de saúde empresarial?

Como já dito, as empresas podem personalizar o plano e isso significa escolher quais são as coberturas contratadas.

O mais comum é que se tenha um serviço mais abrangente que contemple atendimento ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Isso significa que os colaboradores terão acesso a consultas, exames, internações, cirurgias, pronto socorro e emergência.

Os procedimentos inclusos podem ser consultados em cada plano individualmente, porém, devem respeitar ao rol mínimo da ANS.

Entretanto, cabe as operadoras oferecer algumas coberturas adicionais que deixem o plano de saúde ainda mais atrativo.

Quem pode contratar um plano de saúde empresarial?

Qualquer empresa com um CNPJ e mais de 2 vidas pode ter um plano de saúde empresarial.

Para isso ela deve contatar uma operadora de saúde ou administradora de benefícios que apresentem opções de acordo com o porte da organização.

Depois de escolher ela poderá disponibilizar esse benefício para os colaboradores e seus familiares que possuem vínculo com ela.

O plano de saúde empresarial pode ser um diferencial para sua empresa e traz excelentes ganhos organizacionais.

ANS LANÇA EDITAL DO PROJETO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE - PROJETOS PILOTO EM APS

ANS - 27/02/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança nesta quinta-feira, 27, o edital do Projeto Cuidado Integral à Saúde - Projetos-Piloto em Atenção Primária à Saúde (APS). Para participar do processo seletivo a operadora terá até o dia 20/03 para se inscrever por meio do [formulário FORMSUS](#) (abrir preferencialmente no Internet Explorer). O edital apresenta a contextualização do tema, os requisitos

para a participação e os critérios para a seleção das operadoras. Confira [aqui](#) o edital.

O Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde foi instituído pela Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018. A medida visa incentivar as operadoras de planos de saúde a desenvolverem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, através da

implantação de redes de atenção ou linhas de cuidado certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS.

A primeira iniciativa do programa é o Programa de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS). Sua proposta é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção primária, por onde os pacientes devem ingressar preferencialmente no sistema de saúde. O programa é destinado apenas às operadoras de planos de saúde, que podem participar de duas formas: obtendo a certificação em APS ou implementando projetos-piloto em APS.

Com o objetivo de subsidiar a implementação dos projetos-piloto, que deverão funcionar como fase preparatória para a solicitação da certificação em APS, a ANS promoveu no

último dia 11/02 evento de assinatura de acordo de cooperação para o Projeto Cuidado Integral à Saúde - Projetos-Piloto em APS com o Institute for Healthcare Improvement - IHI, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC.

As operadoras participantes do Projeto Cuidado Integral à Saúde obterão uma pontuação bônus na Dimensão de Qualidade em Atenção à Saúde - IDQS do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, conforme estabelecido na Ficha Técnica com a descrição detalhada do indicador Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS, disponível no Portal da ANS.

ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL - O QUE PODEMOS APRENDER COM A CHINA?

IESS - 28/02/2020

Melhorar o acesso à saúde, gerando proteção financeira para famílias de baixa e média renda por meio de seguro e planos de saúde é uma preocupação de grande parte dos formuladores de políticas públicas ao redor do mundo. Enquanto, por aqui, ainda se debate se o governo dá, efetivamente, incentivos fiscais e se deveria fazê-lo, em outros países essa resposta parece já ser ponto pacificado há tempos: é fundamental conceder estímulos para a contratação destes planos e seguros – como já comentamos [aqui](#), apenas para dar um exemplo.

Na 14ª edição do [Boletim Científico](#), o estudo “[Avaliação dos efeitos de um novo esquema cooperativo de plano de saúde sobre a redução da pobreza causada por gastos altos em saúde na Província de Shaanxi, China](#)” apontava que subsídios ofertados pelo governo local contribuíram para que 5% das famílias de zonas rurais beneficiadas superassem a linha da pobreza – [relembre](#).

Agora, a pesquisa “[Consequências para o bem-estar relacionadas ao acesso de famílias rurais ao seguro de saúde: evidências do ‘novo seguro médico cooperativo’ na](#)

[China](#)”, destacada na última edição do [Boletim Científico](#), aponta que o New Cooperative Medical Scheme (NCMS) já atende 97% da população rural local. O que equivale a cerca de 800 milhões de pessoas.

De acordo com o levantamento, este plano cobre apenas 20% dos serviços de saúde utilizados pelos beneficiários, o que indica a necessidade de ampliação da cobertura, mas garante um retorno social que excede os gastos públicos. Ou seja, a prática é positiva para todos os envolvidos.

A lógica não é exclusividade chinesa e pode ser percebida em outros países. Mesmo no Brasil, os gastos tributários com saúde representam economia para o governo ao mesmo tempo em que podem facilitar o acesso ao desejado plano de saúde. A proporção em que isto acontece será publicada em março, em um estudo que estamos terminando de produzir. Não perca.

MAIORIA GASTA ATÉ 40% DA RENDA COM PLANO

Tribuna online - 23/02/2020

O benefício pode se tornar uma despesa pesada no orçamento familiar

Apesar de ser considerado quesito de prioridade por muitos, o plano de saúde ainda não é acessível para a maioria da população. Para aqueles que conseguem, o benefício pode se tornar uma despesa pesada no orçamento familiar.

De acordo com o levantamento realizada pelo Centro de Pesquisas Rachid Mohamd Chibib, da Faculdade Pio XII, em parceria com o jornal A Tribuna, 45,28% dos entrevistados gastam de 20 a 40% do que ganham com as mensalidades

dos planos de saúde. Outros 5,28% dizem que a despesa consome mais de 50% da renda.

Somando os dois grupos, 50,56% dos entrevistados gastam mais de 20% do salário com plano de saúde. Além disso, a pesquisa mostrou que 7,5% já tiveram de pedir empréstimos para cobrir as despesas com o plano de saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) a principal reclamação nos últimos anos quando o assunto é o plano de saúde são os reajustes abusivos.

“O reajuste passou a ser a principal preocupação. Vemos que a dificuldade agora é de permanência nos planos. O consumidor não está conseguindo pagar as mensalidades”, destacou a advogada e coordenadora do programa de Saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete.

Outro motivo são os reajustes abusivos. Em 2018, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou uma pesquisa sobre judicialização na saúde suplementar, no âmbito do Programa Parceiros da Cidadania, para identificar os temas com maior frequência de reclamações. Reajuste de mensalidade está entre eles.

A advogada e professora de Saúde dos cursos da Fundação Getúlio Vargas (FGV) Maria Luisa Correia destacou que os idosos são, geralmente, os clientes que têm maior dificuldade no pagamento.

“Muitas vezes, esses reajustes causam grandes impactos econômicos, na qualidade de vida e saúde desse idoso. Por muitas vezes, ele precisa um defensor ou um advogado”. Segundo a advogada Karina Rocha, é importante pesquisar bem o plano de saúde antes da contratação.

“Observar se as reclamações são resolvidas e se é um plano efetivamente ativo no mercado. Tentar obter o máximo de informações sobre as coberturas e fazer constar tudo no contrato, antes de assinar”.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) destacou que deseja ampliar o acesso aos planos e, para isso, entende a necessidade de disponibilizar novos produtos que se encaixem nas prioridades dos consumidores.

A TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO BASEADA EM VALOR

Saúde Business - 20/02/2020

A escalada dos custos e a variabilidade na qualidade dos serviços ameaçam a sustentabilidade do Sistema de Saúde de forma global. Em vários países, dentre eles o Brasil, observou-se em 2019 uma diferença de dois dígitos entre a inflação geral e a inflação médica (4,2% e 17%, respectivamente).

Apesar do investimento crescente, há evidente falência do sistema atual em prevenir doenças e em garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Além disso, há pouca transparência em relação aos custos e aos desfechos dos tratamentos realizados. Quando tais dados estão disponíveis, o que se observa é uma enorme variabilidade indesejada de prática, de custos e de desfechos que resultam em desperdício de cerca de 30% dos recursos aplicados em saúde.

Diferente das melhorias incrementais que vêm sendo propostas para aumentar a qualidade na assistência e reduzir a escalada insustentável de custos na saúde, tais como a implementação de protocolos clínicos baseados em evidência, projetos de melhoria contínua, gerenciamento de casos, coparticipação, entre outras, a estratégia do *Value-Based Health Care* – VBHC (Cuidado Baseado em Valor) pressupõe uma verdadeira transformação do sistema de

saúde com reestruturação da forma como são prestados, monitorados e remunerados os serviços de saúde.

Sob esta ótica, as melhorias incrementais tornam-se ferramentas que auxiliarão na operacionalização do novo sistema baseado em valor. Entre elas, estão as clínicas de Atenção Primária à Saúde (APS), que têm sido consideradas as melhores portas de entrada dos pacientes e deveriam ter como meta principal o estabelecimento de uma relação de confiança de longo prazo com os pacientes e com a comunidade.

As clínicas de APS também são componentes fundamentais para o estabelecimento das ACOs (*Accountable Care Organizations*), que são organizações por meio das quais os provedores dos diversos níveis de atenção (primária, secundária, terciária e quaternária) se unem para prestar um cuidado coordenado com foco na qualidade e na saúde populacional e compartilham o risco e a economia gerada.

Em um país em que a remuneração é baseada na quantidade de serviços prestados e não na entrega de valor ao paciente, essa mudança cultural se torna um dos maiores desafios dos sistemas de saúde. Porém, apenas com essa transformação, é que será possível conquistar a sustentabilidade financeira e, assim, levar mais saúde para mais pessoas.

CORONAVÍRUS E TELESSAÚDE

IESS - 20/02/2020

Desde dezembro de 2019, o surto de Coronavírus iniciado na província de Wuhan, na China, tem ganhado os noticiários e preocupado milhares (se não milhões) de pessoas no mundo todo. De acordo com o último [boletim](#) da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 18 de fevereiro, 73,3

mil pessoas foram infectadas, sendo 72,5 mil delas na China. Até o momento, não há casos confirmados no Brasil.

Ao mesmo tempo em que a doença se espalha na China, a Telessaúde e outras novas tecnologias estão demonstrando

sua importância. Especialmente por permitir o diagnóstico e tratamento de pacientes reduzindo o nível de exposição de profissionais de saúde ao mesmo tempo em que possibilita o acesso à cuidados assistenciais para pessoas em áreas isoladas.

O exemplo mais marcante é o da clínica Ping An Good Doctor – já apresentada [aqui](#), que desde dezembro passado realizou 1,1 bilhão de atendimentos remotos. A empresa, que trabalha com inteligência artificial para diagnosticar seus pacientes, já conta com uma base consolidada de 315 milhões de usuários e a tendência é de crescimento agora que o número de pessoas atendidas foi impulsionado pelo Coronavírus.

Já a Alibaba (que por aqui é conhecida quase exclusivamente pelo portal de e-commerce, mas que também conta com uma divisão de saúde bem desenvolvida) disponibilizou serviços de telessaúde de forma gratuita para os residentes da região de Hubei (onde fica a Wuhan). Até o momento, mais de 400 mil pessoas já foram atendidas pela plataforma.

As experiências destacam a capacidade que as novas tecnologias têm para apoiar pacientes e levar atendimento assistencial de qualidade às mais diversas regiões ao redor do mundo. Um potencial cada vez mais explorado em diversos países.

Nos Estados Unidos, empresas de Telessaúde já comprovaram sua eficácia em iniciativas junto ao governo e estão cada vez mais valorizadas. A Teladoc Health, apenas para dar um exemplo, teve receita de US\$ 417,9 milhões em 2018 (o balanço de 2019 ainda não foi publicado) e atingiu o valor de US\$ 8,5 bilhões na bolsa este ano. Relembre as experiências apresentadas no TD 74 “[A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos](#)”.

O cenário nacional ainda é tímido frente as experiências internacionais, mas há amplo espaço para avançar, como comentou o Dr. Chao Lung Wen, professor da USP, durante o [Seminário Transformação Digital na Saúde – reveja a palestra](#).

Sobre o Coronavírus

A OMS explica que Coronavírus é uma “família” de vírus conhecida desde os anos 1960 e que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais, normalmente com sintomas de leves a moderados, como os de um resfriado comum. Algumas vezes, contudo, mutações podem resultar em vírus mais perigosos. É o caso, por exemplo, do SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), de 2003, e do MERS (Middle East Respiratory Syndrome) em 2012.

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.br.

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