

## NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

23 de janeiro de 2019



### CONVITE ESPECIAL

Milliman – 02/01/2019

Convidamos você a seguir a página da [Milliman Brasil](#) no LinkedIn. Lá, iremos publicar a newsletter semanal, artigos de nossos consultores e nossas novidades, além de compartilhar artigos interessantes de outros autores e fontes.

#millimanbrasil

## CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ ANUNCIA PARCERIA COM FLEURY MEDICINA E SAÚDE

Apólice – 23/01/2019

Marca é referência no País para exames complexos e de ponta em medicina diagnóstica

Sudeste – A Casa de Saúde São José, hospital referência no Rio de Janeiro e que faz parte da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), acaba de fechar parceria com o Fleury Medicina e Saúde, referência em medicina diagnóstica no Brasil. A parceria tem como objetivo oferecer soluções diagnósticas integradas aos pacientes.

Por meio da iniciativa, a Casa de Saúde São José contará com toda a tecnologia e a capacidade técnica do Fleury, que interpreta exames com a mesma excelência em todo o país.

Os médicos do Hospital terão acesso a soluções diagnósticas integradas, auxiliando na melhor conduta clínica para cada caso. Trata-se de um portfólio de exames de medicina de precisão moderno e de alta complexidade, que atende prontamente aos maiores desafios de um serviço hospitalar em termos de análises clínicas.

As operações diagnósticas em hospitais do Grupo Fleury reúnem importante contexto para a prática clínica: a assessoria médica, análise de dados e inteligência artificial na interpretação de resultados. O serviço inclui discussão de casos in loco; equipe dedicada para auxiliar em casos complexos, além de relatórios integrados e discussões clínicas, com sugestão de conduta e sistemas de apoio à decisão médica.

## OS DADOS DA SAÚDE NA 4ª REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

Fenasaúde – 23/01/2019

Nosso planeta está se tornando um grande ser vivo digital.

Com o avanço da internet das coisas, processadores podem ser colocados em produtos com as mais diversas finalidades.

Em várias partes do mundo, sensores embutidos em objetos medem a vibração, a temperatura, a composição química etc.

Algumas das aplicações dessa tecnologia serão úteis a ponto de nos fazer pensar como conseguimos viver tanto tempo sem elas.

Um exemplo? Assim que os sensores químicos ficarem suficientemente baratos, eles poderão ser colocados dentro

das caixinhas de leite para avisar quando o produto, de fato, azedou. Em vez de respeitar a data de validade da embalagem (baseada em um cálculo estatístico sobre a duração média do produto), o consumidor terá uma informação precisa para saber se o leite ainda está bom. Uma informação única, individualizada e capaz de evitar muitos desperdícios.

Na saúde, há múltiplos desdobramentos e possibilidades.

Surgem balanças que registram não só o peso, como também o nível de hidratação e outros parâmetros e suas variações.

Os dados são enviados para um aplicativo de celular. Há também relógios que fazem bem mais do que apenas registrar as horas. É o caso da nova versão do Apple Watch, capaz de realizar um eletrocardiograma e enviar o resultado para o celular. A partir daí, o cliente pode compartilhar a informação com o médico, se desejar.

A inovação tecnológica que já estamos vivendo e os debates acerca do futuro da informação, como o promovido durante o 4º Fórum da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), no fim de outubro, nos levam a refletir sobre as

implicações deste novo mundo, no qual os consumidores aceitam fornecer dados pessoais com a contrapartida de receber melhores serviços.

No nosso setor, é preciso ter um cuidado extremo na transição para a quarta revolução industrial --a da informação.

É imperdoável errar quando o que está em jogo são os dados de saúde, como ressaltou Henrique von Atzingen do Amaral, líder do ThinkLab da IBM Brasil. Todo e qualquer serviço que pretenda usar esse tipo de informação precisa oferecer conveniência, relevância, segurança e controle.

O grande entusiasmo despertado pelos avanços da inteligência artificial aplicada à área médica só vai se

concretizar no Brasil se os dados dos pacientes estiverem digitalizados e disponíveis, de forma organizada e comparável. Só assim os algoritmos poderão contribuir para a melhoria dos diagnósticos por imagem, a descoberta de novas drogas, a priorização de pacientes em hospitais, entre outros usos.

Antes disso, os agentes da saúde suplementar têm o desafio de mostrar ao paciente o que será feito com as informações dele e conseguir consentimento para qualquer de suas ações.

É o que exige a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, sancionada em agosto. O prazo de adequação dado às empresas é insuficiente: apenas 18 meses.

O marco legal impõe um desafio, mas não impedirá o avanço dos projetos baseados no registro e compartilhamento de dados de saúde. As primeiras iniciativas das operadoras têm demonstrado que os indivíduos concordam em permitir o acesso a seus prontuários eletrônicos quando recebem informações claras e entendem os benefícios oferecidos.

Com transparência, ética e respeito à legislação, o futuro da informação pode ser um grande aliado na reorganização do sistema de saúde. **Solange Beatriz Palheiro Mendes é presidente da FenaSaúde.**

## PERFIL DAS EMPRESAS DE SAÚDE EM 2018

SaúdeBusiness - 22/01/2019

Esta época do ano costuma ser de muito trabalho para quem lida com consultoria e cursos, porque tabulamos os dados das bases de dados públicas (SUS, ANS, CNES, Receita Federal ...) e privadas (dados de faturamento e epidemiológicas de empresas públicas e privadas)

Quem faz isso algumas vezes costuma dizer que andar de Bug na areia não dá emoção nenhuma ... emoção é entender todos os vieses que existem nas informações e produzir bons indicadores ... sem isso os números são imbatíveis: nada bate com nada !

Os estudos são fundamentais não só para consultorias privadas – estou acostumado a ver números que produzimos para o ambiente acadêmico serem publicados em materiais institucionais de empresas, serem utilizados em projetos na área pública e, evidentemente, serem apresentados em congressos e seminários. Também são utilizados, e isso na verdade é uma grande honra, em TCCs e aulas ... é gratificante saber que ainda existem pessoas que se interessam por alguma coisa diferente de novelas, noticiários policiais ...

Nas primeiras tabulações os números que mais chamam a atenção são os que demonstram que existem tendências no segmento, que com crise ou sem crise, vão se consolidando

cada vez mais – indicadores que apontam firmas sempre para a mesma direção.

Enquanto o SUS tenta (mas, não consegue) equalizar o atendimento de acordo com a distribuição populacional, a saúde suplementar vai a aproveitando as oportunidades geradas pela ausência do SUS, e vai ocupando espaço onde existe dinheiro, e onde o SUS é mais carente.

Por isso os estudos são tão úteis ... oportunidade de negócios!

Se contarmos todos os estabelecimentos de saúde existentes (hospitais, centros de diagnósticos, clínicas, unidades de atendimento de urgência, consultórios ...) contabilizamos: 584.482, sendo 435.717 Privados e 148.765 Públicos.

(\* Pouca gente, mesmo do segmento da saúde, tem alguma ideia destes números – mais de meio milhão de estabelecimentos de saúde. Morro de rir quando escuto alguém dizendo que o sistema de saúde do país das maravilhas é bom e que o Brasil deveria adotar os mesmos princípios ... quero ver este milagroso sistema tabajara atender um país do nosso tamanho (geográfico e populacional) e com tantas diferenças étnicas !!!

Quando dizemos que não existe sistema de saúde no Brasil, porque não existe atenção assistencial real planejada para quem não seja milionário, mas sim 2 sistemas de financiamento que se regem apenas pelas implicações financeiras, muita gente critica.

Mas, tanto no sistema de financiamento SUS, como na saúde suplementar, os estabelecimentos não se distribuem proporcionalmente em relação à população, mas sim de acordo com a renda da população.

Exemplo	Estado de São Paulo	Estado do Sergipe
<b>Estabelecimentos Privados</b>	<b>125.042</b>	<b>3.726</b>
<b>População</b>	<b>45.538.936</b>	<b>2.278.308</b>

Em SP se concentram 29 % dos estabelecimentos, para uma população que representa 21 % do total (~ 7% a mais), mas em SE se concentram apenas 1 % dos estabelecimentos, enquanto a população representa 5 % (~ 4 % a menos) !

Esta tendência de concentração onde está o dinheiro tem se acentuado ano a ano. Outras tendências também têm ficado cada vez mais evidente ano a ano:

Quem não lida com epidemiologia pode achar 1 ou 2 % coisa pouca ... quem lida com epidemiologia sabe o quanto representa 0,1 % de milhões de habitantes, ou 0,1 % da arrecadação de tributos no Brasil !!!

1. Os estabelecimentos que ofertam leitos, são na maioria cada vez menores. E os grandes estabelecimentos que ofertam leitos, estão cada vez maiores

		< 50 leitos	< 150 leitos	> 150 leitos
<b>SUS</b>	<b>Estabelecimentos</b>	<b>4.399</b>	<b>1.489</b>	<b>501</b>
	<i>% sobre o total</i>	<i>68,9</i>	<i>23,3</i>	<i>7,8</i>
	<b>Leitos</b>	<b>97.438</b>	<b>126.553</b>	<b>132.866</b>
	<i>% sobre o total</i>	<i>27,3</i>	<i>35,5</i>	<i>37,2</i>
<b>SS</b>	<b>Estabelecimentos</b>	<b>4.531</b>	<b>906</b>	<b>197</b>
	<i>% sobre o total</i>	<i>80,4</i>	<i>16,1</i>	<i>3,5</i>
	<b>Leitos</b>	<b>68.245</b>	<b>77.003</b>	<b>46.175</b>
	<i>% sobre o total</i>	<i>35,7</i>	<i>40,2</i>	<i>24,1</i>

Percebe-se, por exemplo, que apenas 7,8 % dos estabelecimentos SUS têm mais que 150 leitos, mas estes estabelecimentos respondem por 37,2 % dos leitos.

Na SS a tendência fica ainda mais evidente nesta relação – por exemplo: no RJ 599,1 e em SC 1.325, ou seja, cada leito no Rio deve atender 600 pacientes, enquanto em Santa Catarina 1.300 ... se estiver pensando em investir no “negócio leitos”, qual Estado você escolheria ?

E na Saúde Suplementar 3,5 % dos estabelecimentos têm mais que 150 leitos, mas respondem por 24,1 % do total dos leitos !

Em breve os estudos, que estão na fase de formatação, estarão espalhando diversas análises como estas – a cada ano vamos aprimorando.

2. Os leitos, tanto no SUS como na saúde suplementar, estão distribuídos cada vez mais em função da renda do local do que em função da população que necessita deles.

Neste ano já conseguimos consistir os dados para descer ao nível de algumas especialidades: cardio, onco, psico e mais algumas ... e tirando a emoção que dá trabalhar os dados brutos, o resultado é muito prazeroso !!!

3. No SUS, por exemplo, a relação número de habitantes por leito, é 777 em Sergipe, e 576,5 no Rio de Janeiro, ou seja, cada leito no RJ atende em média 576,5 pacientes, enquanto no SE tem que atender 777 pacientes – uma diferença de quase 35 %.

## AMIL CREDENCIA AMPARO SAÚDE PARA AMPLIAR ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

SaúdeBusiness – 22/01/2019

A Amparo Saúde, primeiro centro de saúde por assinatura do Brasil, acaba de ser credenciada pela Amil para atendimento aos clientes da operadora. Os beneficiários poderão desfrutar das clínicas Amparo e todos os seus serviços de atenção primária e medicina da família, sem nenhum custo adicional.

O objetivo da Amil é ampliar os pontos de acesso às consultas com médicos de família em rede credenciada. Hoje, a operadora possui 34 clínicas próprias que atendem nesse modelo: o Amil Espaço Saúde, com unidades em São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Paraná e Pernambuco, alcançando 240 mil pacientes. Inicialmente, o credenciamento da Amparo Saúde levará o modelo de atendimento a mais 16 mil clientes da Amil, mas a expectativa é que esse número aumente conforme a inauguração de outras unidades previstas no plano de negócios da rede de clínicas.

“O principal objetivo dessa parceria é proporcionar o acesso a um atendimento de qualidade alinhado com o serviço prestado no Amil Espaço Saúde, com o apoio de prestadores que mantêm a mesma proposta de valor do nosso grupo: oferecer a nossos clientes o cuidado certo por meio da coordenação do cuidado”, comenta Giselle Diniz, diretora de Engajamento e Experiência da Amil.

De acordo com Emílio Puschmann, fundador da Amparo Saúde, a união marca uma nova fase da empresa, com ainda mais credibilidade no mercado. “O contrato com a Amil nos permite demonstrar, em grande escala, a efetividade de nosso atendimento de assistência primária”. De acordo com o executivo, a parceria também reafirma o modelo de negócio da empresa, focado em excelência em: indicadores clínicos,

experiência do paciente e redução de custos. A Amparo prevê a inauguração de mais clínicas na Região Metropolitana de São Paulo ainda no primeiro semestre de 2019, chegando a mais cidades do Brasil até o fim do ano.

O contrato entre as partes prevê um modelo de remuneração alternativo ao pagamento por serviço (fee for service), hoje considerado um dos principais motivadores de desperdício na saúde suplementar. Na prática, em vez de a Amil remunerar a Amparo por cada insumo utilizado, consulta ou procedimento realizado, é combinado um valor fixo de remuneração para a clínica de acordo com o número de beneficiários sob sua responsabilidade, agregando incentivos financeiros pelo alcance de bons resultados clínicos e de atendimento ao paciente.

O credenciamento de prestadores do segmento de atenção primária faz parte de uma série de investimentos da Amil em coordenação do cuidado. Hoje, 89% dos beneficiários atendidos por médicos de família em unidades do Amil Espaço Saúde têm seus problemas de saúde solucionados sem necessidade de encaminhamento para outros especialistas. Além disso, há um registro de queda de 30% na hospitalização dos pacientes engajados. Recentemente, a empresa contratou 400 profissionais para compor suas equipes de atenção primária, entre médicos, enfermeiros e técnicos. Também fez uma parceria inédita com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein para treinamento de 80 médicos em técnicas de atendimento em medicina de família. Para 2019, a previsão é a inauguração de mais unidades do Amil Espaço Saúde, sendo a próxima em São Bernardo do Campo, em São Paulo.

## CANCELAR PLANO DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIO AFASTADO CAUSA DANO MORAL, DECIDE TRT-12

Consultor Jurídico – 21/01/2019

Cancelar o plano de saúde de funcionário afastado por motivos médicos causa dano moral. Com esse entendimento, a 6ª Câmara do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região (SC) condenou um escritório de contabilidade de Joinville a indenizar uma empregada que teve o plano de saúde alterado e depois cancelado durante um período de licença.

Empresa que primeiro mudou as condições do plano de saúde e depois cancelou o benefício de funcionário deve indenizar por danos morais.

Segundo os autos, a empresa oferecia gratuitamente o plano de saúde até 2016, quando a direção alegou problemas financeiros e passou a descontar a mensalidade do salário dos trabalhadores. Os empregados também passaram a ter de arcar com despesas de coparticipação em consultas e procedimentos.

A autora da ação conta que precisou se afastar do trabalho por problemas de saúde, quando então teve o plano cancelado. Relata que precisou gastar R\$ 5 mil em despesas médicas para fazer uma cirurgia. Aposentada por invalidez,

pediu indenização por dano moral e ressarcimento de todas as despesas.

A defesa da empresa alegou que os empregados estavam cientes do momento de dificuldade financeira e haviam concordado com a cobrança do plano. Em primeira instância, o argumento não foi aceito pelo juiz Rogério Dias Barbosa, da 2ª Vara do Trabalho de Joinville, que apontou não haver nenhuma prova nesse sentido e considerou a mudança como alteração lesiva do contrato, o que é proibido por lei, como previsto no artigo 468 da CLT.

O magistrado também classificou o cancelamento do plano como gravíssimo e irresponsável, condenando a empresa a pagar R\$ 15 mil por dano moral. “A atitude atingiu, sem nenhuma dúvida, a vida privada, o sossego, a intimidade da honra da reclamante, que precisou arcar com os custos e

inconvenientes ao mesmo tempo em que lutava pela preservação de sua vida e saúde”, ressaltou.

A empresa recorreu e o caso voltou a ser julgado no TRT-12. O relator do caso, Hélio Henrique Garcia Romero, manteve a condenação, seguido de forma unânime por todos os membros do colegiado. A Câmara decidiu, porém, reduzir a indenização por dano moral de R\$ 15 mil para R\$ 5 mil, considerando o capital social reduzido do escritório e o fato de a empresa ser classificada como de pequeno porte.

“A conduta ilícita da ré em, primeiramente, alterar as condições do plano de saúde da autora e, após, excluí-la do plano, restaram incontroversas, o que certamente causou dano à esfera da personalidade da trabalhadora”, apontou o relator. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRT-12.

## SAÚDE SUPLEMENTAR IMPULSIONA CRIAÇÃO DE EMPREGOS NO BRASIL

IESS – 21/01/2019

O total de pessoas empregadas com carteira assinada na cadeia da saúde suplementar continua crescendo e atuando como um motor da economia. De acordo com a última edição do [Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#), que acabamos de divulgar, o número de postos de trabalho formal no setor cresceu 3,4% na comparação entre novembro de 2018 e o mesmo mês do ano anterior. O que significa um aumento de 116,5 mil vagas. No mesmo período, o total de empregos formais no Brasil teve avanço de apenas 1%.

No total, a cadeia de saúde responde por 8,1% da força de trabalho no País ou 3,5 milhões de empregos. Destes, 2,5 milhões concentram-se no segmento de Prestadores de Serviço de Saúde. Uma alta de 3,7% nos 12 meses encerrados em novembro do ano passado. O segmento de Fornecedores, Distribuidores e Medicamentos responde por 842,5 mil postos de trabalho formal (alta de 2,7%) e o de Operadoras de Planos de Saúde (OPS), por 155,9 mil (alta de 2,9%).

Olhando para o saldo de empregados, a diferença entre o total de contratados e o de demitidos, a cadeia da saúde

suplementar fechou novembro de 2018 com 12,1 mil novos postos de trabalho. O que corresponde a 20,6% do saldo de empregos registrado no Brasil (58,7 mil).

Regionalmente, a maior parte dos novos empregos (47,4%) se concentra no Sudeste do País. O setor registrou saldo positivo de 5,7 mil empregos no período analisado, ou 16,3% do total registrado pela Economia na Região. É importante notar que mesmo nas regiões Norte e Centro-Oeste, em que a economia registrou saldo negativo de empregos, a cadeia da saúde suplementar teve alta. No Norte, o total da economia fechou novembro de 2018 com saldo negativo de 932 empregos formais, já a cadeia de saúde suplementar teve saldo positivo de 234 novos postos de trabalho. No Centro-Oeste, o saldo foi de 1,5 mil novos empregos para a cadeia de saúde e 7,5 mil empregos fechados na economia como um todo.

Os dados da edição mais recente do boletim já estão presentes no IESSdata, plataforma que fornece os números mais atuais do setor de saúde suplementar e da economia brasileira.

## TIPOS DE FRAUDE NA SAÚDE

IESS - 18/01/2019

Lançado recentemente, o estudo [“Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”](#) traz um amplo panorama sobre as fraudes no setor de saúde brasileiro e apresenta um conjunto de ações necessárias para sua prevenção. Como mostramos [aqui](#), a publicação realizada em conjunto com a

PricewaterhouseCoopers (PwC) Brasil também trouxe as diferenças conceituais entre fraude e corrupção.

Conforme a pesquisa mostra e falamos periodicamente, a falta de legislação específica que garanta e estimule a transparência de informações entre toda a cadeia de valor de saúde gera falhas no mercado que favorecem o aparecimento de práticas fraudulentas que lesam pacientes e todo o sistema.

Ao contrário do que acontece com as operadoras de planos de saúde, que estão diretamente vinculadas às diretrizes normativas da ANS, os demais agentes da cadeia não estão sob o controle direto, de natureza organizacional e financeira, de uma agência reguladora, o que representa uma assimetria de informações.

Tudo isso faz com que aconteça uma série de modalidades de fraudes. O estudo, portanto, ilustra essas práticas no anseio de mitigar os riscos de ocorrência e separa por área. Conheça a seguir. Importante ressaltar que esse tipo de ação gera desperdícios tanto para o sistema público quanto privado, já que não há, no Brasil, criminalização e sanções adequadas quanto ao tema.

#### **Ocorrida entre beneficiário do serviço, profissional médico e operadora de saúde:**

- Declaração de saúde: o beneficiário omite a existência de doença preexistente;
- Uso do plano de saúde: determinada pessoa não segurada usa a identidade de beneficiário para gozar indevidamente de determinado benefício;
- Pedido de reembolso: aumento indevido dos valores dos serviços para aumentar indevidamente o reembolso a ser recebido pelo plano de saúde;
- Tipo de serviço: o médico, com a concordância do beneficiário, informa serviço diverso do realizado para obter a cobertura do plano de saúde.

#### **Realizada entre prestador de serviços de saúde e operadora de saúde:**

- Determinação da quantidade ou qualidade de materiais: o hospital declara que utilizou um número maior de materiais médico hospitalares para o plano de saúde, ou presta declaração indevida de que utilizou materiais de melhor qualidade do que os efetivamente empregados no procedimento;

- Duração da internação: o médico prolonga desnecessariamente o período de internação do paciente para aumentar o número de diárias do plano de saúde.

#### **Cometida entre fornecedores e profissionais de saúde:**

- Prestação de serviço: fornecedores ou seus distribuidores oferecem uma porcentagem de comissão ao profissional para que ele indique ou use o seu medicamento/dispositivo;
- Judicialização: o médico indica ao paciente um tratamento ou medicamento que não é coberto pelo plano de saúde. Advogado em conluio com o médico, judicializa a demanda para que o plano de saúde seja obrigado a pagar pelo tratamento/medicamento. Médico e advogado podem receber comissões dos fornecedores e distribuidores.

#### **Das operadoras contra os demais agentes:**

- Glosa de pagamentos de maneira injustificada ou discricionária por parte da operadora de plano de saúde, quando da existência de poder de barganha no relacionamento entre a operadora e o hospital. Este tipo de situação pode ser considerado nocivo à relação entre os agentes quando a glosa ocorre em situações de mera instrumentalidade, visando exclusivamente a redução de custos, com a finalidade de manter capital de giro ou de diminuir o valor a ser pago ao hospital;
- Atraso intencional no pagamento de contas, com a finalidade de indiretamente reduzir os valores devidos e postergar o descaixe financeiro;

Conflito de interesses de acionista em comum de operadora de plano de saúde e hospital, que utiliza sua posição para beneficiar as operações da operadora.

## **ATRIBUTOS DE QUALIDADE SERÃO CONSIDERADOS PARA REMUNERAÇÃO E REAJUSTE DE PRESTADORES**

ANS – 17/01/2019

Visando ao incremento da qualidade na prestação dos serviços aos beneficiários de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa (RN) nº [436/2018](#), que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre operadoras e prestadores de serviços de atenção à saúde e sobre o Fator de Qualidade (FQ).

A nova norma, que altera as Resoluções Normativas nº 363/2014 e 364/2014, busca incrementar a qualidade da prestação de serviços aos beneficiários de planos de saúde, pois considera a utilização de atributos de qualidade e o desempenho para a composição da remuneração dos prestadores de serviços, bem como nos critérios de reajuste de tais contratos através do instrumento denominado Fator de Qualidade.



“As alterações decorrem do aprimoramento necessário para atingirmos um dos objetivos regulatórios da ANS: a qualidade da saúde suplementar. É fundamental que a forma de remuneração e os critérios de reajustes previamente pactuados entre operadoras e prestadores levem em consideração o desempenho da assistência à saúde. O estímulo à qualificação de profissionais, como os médicos, dentistas, fisioterapeutas, além dos hospitais, laboratórios, induz à constante melhoria da qualidade dos serviços prestados”, explicou Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

De acordo com a RN nº 436, nas hipóteses em que os contratos firmados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde previrem a livre negociação como única forma de reajuste, e esta não se concluir dentro dos primeiros 90 dias do ano, a ANS aplicará o IPCA acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como índice de reajuste a ser aplicado ao respectivo contrato, sobre o qual deverá ser aplicado o percentual correspondente ao FQ.

Outra novidade é que critérios de qualidade deverão ser considerados na composição da remuneração de prestadores de serviços para os novos contratos ou os renovados.

A alteração da norma objetiva aumentar o potencial de induzir a qualidade do FQ e conferir maior segurança jurídica e transparência nas relações entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, pois os critérios de aplicação do FQ deixam de ser estabelecidos anualmente e passam a constar de maneira definitiva na norma.

Entre as novidades apresentadas no normativo, destacam-se a alteração dos critérios e dos percentuais de aplicação do

Fator de Qualidade, além da mudança na forma de verificação do cumprimento dos critérios. A alteração nos percentuais inclui a correção de uma distorção provocada pela aplicação de índice anteriormente previsto, de 85% sobre o IPCA. Este índice deflator gerava muita insatisfação nos prestadores de serviços e causava desarmonia no sistema, tema rotineiramente questionado nas reuniões do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ), ambiente de discussão do FQ.

Assim, os percentuais de aplicação do Fator de Qualidade passaram a ser escalonados em quatro níveis, da seguinte forma:

I - 115% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o nível A do Fator de Qualidade;

II - 110% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;

III - 105% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível C do Fator de Qualidade; e

IV - 100% do IPCA para os demais prestadores que não atenderem ao disposto acima.

Além dessas mudanças, a partir de agora, a verificação do cumprimento dos critérios para aplicação do FQ deverá ser feita diretamente pelas operadoras junto aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Os critérios de qualidade para aplicação do FQ estão descritos no Anexo da RN 364/2014, alterada pela RN nº 436, que [pode ser consultada aqui](#).

## OS CUSTOS DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 17/01/2019

A falta de regulação para alguns serviços e o excesso — ou equívoco — para outros impõem uma série de obstáculos ao mercado de saúde suplementar.

A inflação da saúde é tema recorrente em discussões no mercado de saúde suplementar, e apontada como a vilã pela perda de mais de 3 milhões de beneficiários pelas operadoras de planos de saúde (OPS) nos últimos 3 anos no Brasil. Entre 2013 e 2018, enquanto o IPCA acumulou alta de 39%, nos planos de saúde foi de 82%. Endereçar os problemas da saúde suplementar é contribuir para a melhoria da saúde pública, evitando a sobrecarga no SUS.

Algumas ideias para estancar a escalada dos custos dos planos de saúde têm circulado no mercado como, por exemplo, a mudança da cobrança pelos prestadores de

serviços do “fee for service” para cobranças atreladas a resultados e metas.

Além disso, a discussão sobre escalada dos preços deve ser separada entre (i) elementos de custo das OPS e (ii) competição na oferta de planos. Tratar custos sem atentar para competição apenas elevará as margens das OPS, e tratar competição sem endereçar a pressão sobre custos é enxugar gelo.

**Quanto aos custos, requer-se reconhecer que há falhas significativas no mercado de saúde, como “risco moral” e “problema agente principal”. Quem promove a demanda pelos serviços — especialmente os médicos — não paga a conta final, recaindo tal ônus sobre as OPS e, em última instância, sobre o consumidor final.**

Este, por sua vez, não possui incentivos e capacidade de contestar prescrições indevidas ou dispensáveis, seja porque não possui o conhecimento técnico necessário, seja porque, para ele, o plano é quem vai pagar. Nessa linha, é premente discutir as relações heterodoxas entre médicos, hospitais, laboratórios, empresas farmacêuticas e fornecedores de OPME (órteses e próteses).

É inadmissível a continuidade de práticas como remuneração atrelada a metas de procedimentos solicitados, rebates, prêmios ou qualquer tipo de benefícios, pecuniário ou não, que visem a obter do médico a preferência sobre determinado serviço, produto ou fornecedor.

É preciso resguardar o ato médico de incentivos externos que não tenham como escopo o melhor interesse do paciente-consumidor. Segundo dados da OCDE, a saúde suplementar no Brasil realizou 147 exames de ressonância magnética para cada 1000 habitantes em 2015, enquanto nos países membros essa taxa é de 67 exames.

Pelo lado da oferta de planos de saúde, é preciso avaliar medidas que promovam maior competição entre as OPS.

Uma delas seria a revogação do art. 14 da RN 195 - ANS, que proíbe a cobrança dos planos por adesão diretamente pelas OPS aos beneficiários, impondo a necessidade de um intermediário — a Administradora de Benefícios.

Tal proibição constitui amarra à livre atuação das OPS, além de criar uma reserva de mercado para intermediação dos planos de saúde. À guisa de informação, a receita das administradoras passou de R\$ 665 milhões, em 2011, para R\$ 1,6 bilhão, em 2017, segundo dados da ANS, obtendo crescimento mesmo com a perda de beneficiários pelas operadoras nos anos mais recentes.

**Ao fim, a falta de regulação para alguns serviços e o excesso — ou equívoco — na regulação para outros impõem à estrutura do mercado de saúde suplementar uma série de obstáculos à correta formação dos preços.** Há muitos desafios pela frente, mas há espaço para a adoção de medidas que ataquem o problema dos custos, tratando dos incentivos ao desperdício, ao sobreuso e ao sobrepreço de produtos e serviços.

Por outro lado, ao reduzir as amarras que impedem maior competição, cria-se um ambiente favorável à eficiência por parte das OPS, de modo que essas trabalhem mais arduamente no controle dos custos e tenham menor capacidade de repassar aumentos de preços aos cidadãos.

Alexandre Cordeiro Macedo é superintendente-geral do Cade; Marcelo Nunes de Oliveira é coordenador-geral de Análise Antitruste do Cade

## 5 TENDÊNCIAS EM SAÚDE PARA SEREM ACOMPANHADAS EM 2019

SaúdeBusiness – 16/01/2019

2018 foi um ano de transformação e crescimento para o setor de saúde. Para 2019, grandes mudanças nos bastidores das operações e no processo de tomada de decisões em hospitais e sistemas de saúde impactarão na forma como cuidaremos da saúde. Conversas recentes que tive com grandes executivos de saúde do setor para discutir as pressões tanto em âmbito público como privado, juntamente com o que pude observar no ano passado, foram cruciais para que eu pudesse desenvolver previsões para esse ano que acaba de começar e apontar as tendências em saúde para serem acompanhadas em 2019.

### # 1 Mudando o papel do C-Level em hospitais

Com o aumento da adoção da inteligência artificial (IA) e do aprendizado de máquina para prever e tratar doença, esperamos que muitas organizações de saúde criem cargos de diretor de inovação e de diretor de análise de dados, papéis essenciais na medida em que crescem iniciativas tecnológicas baseadas em dados, para reduzir custos e melhorar a experiência dos pacientes. Também podemos citar o CNIO (Chief Nursing Informatics Officer), profissional que tem um papel de liderança fundamental na medição do impacto de tecnologias inovadoras sobre os pacientes e é ponto de intersecção da especialidade da enfermagem clínica

e da tecnologia da informação, visando alcançar resultados de qualidade na saúde.

Outro papel emergente ao qual se deve atentar é o de diretor farmacêutico. Os farmacêuticos têm uma função muito específica no fluxo contínuo da saúde, relacionando-se diretamente com pacientes que recorrem a eles para saber sobre prescrições e medicamentos, por exemplo. Esse aspecto da coordenação dos cuidados, aliado a uma experiência especial em modelos de cuidados inovadores, serviços de medicação e gestão da rentabilidade do negócio os posiciona como um ativo crítico para o sucesso. Por estarem na linha de frente, apoiam o trabalho dos médicos na implementação de alternativas baseadas em evidências, que forneçam cuidados eficazes.

### # 2 Os gastos com medicamentos serão cada vez mais direcionados para a redução de custos em hospitais

O setor de saúde consome atualmente cerca de 18% do produto interno bruto dos EUA, chegando a US\$ 3,3 bilhões em gastos anuais. Desse montante, os medicamentos prescritos constituem aproximadamente 17% do total e continuam entre os itens de crescimento mais rápido nos gastos com saúde. Para os hospitais, a despesa com o setor



de farmácia está entre 10 e 20% do orçamento operacional hospitalar, com 80% dessa despesa respondendo pelo custo dos medicamentos. Contudo, organizações de assistência médica orientadas a dados têm o poder de reduzir esses custos rastreando e conectando os gastos com medicamentos a resultados clínicos.

Para 2019, uma tendência em saúde é foco categórico dos executivos de saúde na gestão dos custos de prescrição. Podemos aguardar a formação de alianças entre equipes de TI, farmácia e qualidade clínica, à medida que elas unem forças para estabelecer processos integrados e automatizados, que podem identificar e alertar rapidamente os líderes clínicos quando os prescritores estiverem adotando medicamentos de marca em detrimento de medicamentos genéricos igualmente eficazes. Analise os benefícios em nível populacional. Por exemplo, ferramentas de monitoramento e a análise detalhada podem ajudar os líderes da equipe de cuidados, à medida que eles analisam, cada vez mais, tratamentos ineficazes e incentivam os médicos a pararem de prescrever antibióticos a pacientes que não precisam mais deles.

### # 3 Intensificação da demanda por enfermeiros qualificados

Sabe-se que a projeção de escassez de enfermeiros se acentuará com o aumento do número de idosos. Isso significa que os hospitais precisarão encontrar soluções criativas para treinar com eficiência os novos enfermeiros e inseri-los na área e na prática o mais rápido possível. As tecnologias de aprendizado de última geração, uma das principais tendências em saúde, já disponíveis atualmente terão um papel de maior relevância nesse processo, oferecendo maneiras móveis, adaptáveis e escalonáveis de ensinar de forma rápida e eficaz os enfermeiros do futuro.

### #4 IA transformará o cuidado com os pacientes

A inteligência artificial (IA) e o aprendizado de máquina tem sido a principal alternativa para identificar de maneira rápida e precisa superbactérias, por exemplo, e para melhorar a segurança dos pacientes. Essa tecnologia que está entre as tendências em saúde possibilita aos médicos analisarem padrões com base em dados de pacientes, seja para evitar

epidemias antes que ocorram ou identificar os pacientes e populações em risco. Pacientes com doenças crônicas, por exemplo, podem ser inseridos em programas para ajudá-los a lidar com essa patologia e, com isso, ter um resultado mais eficaz no desfecho clínico, com custos menores para o sistema. A IA também é uma forma de evitar as reinternações, o que além de serem um problema para pacientes e suas famílias, são dispendiosas para hospitais.

Fora isso, o seu valor estará em aumentar o número de médicos e em otimizar seu tempo, e não em substituí-los. Além de inovações substanciais, como a cirurgia robótica assistida por IA, a tomada de decisões é aprimorada por meio da integração mais inteligente das evidências atuais e dos históricos do paciente.

### #5 O engajamento do paciente acelerará a saúde da população

A interface do usuário baseada em voz mediada por telefone (VUI, na sigla em inglês), combinada com a educação baseada em evidências, torna-se uma parte central das estratégias do sistema de saúde para manter suas populações saudáveis. A VUI tem sido utilizada para manter os pacientes engajados com seus tratamentos depois que saem do hospital ou do consultório médico.

2019 isso surge como uma das tendências em saúde e traz boas oportunidades para esses projetos que ajudam o paciente a sentir-se capacitado a tomar decisões de saúde conscientes. Haverá um foco cada vez mais amplo no tom, na inflexão e nos demais elementos que imitam uma conversa natural. O intuito é fazer com que os pacientes sintam-se como se estivessem conversando com um ser humano do outro lado linha. A era das "ligações telefônicas por robôs", será substituída por chamadas mais personalizadas e dinâmicas, que criam um diálogo mais empático. Quer seja para alertar os pacientes a agendar consultas para exames essenciais, ajudá-los a se preparar para um procedimento para que se sintam mais informados e menos ansiosos ou garantir que estejam se recuperando bem após uma cirurgia, a VUI ajudará a envolver pacientes de fora do ambiente clínico a promover melhores resultados de saúde em uma escala que seria impossível com o pessoal clínico existente.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)