

07 de Fevereiro de 2018

**STF VALIDA LEI QUE OBRIGA
PLANO DE SAÚDE A INFORMAR
CLIENTE SOBRE MOTIVO DE
ATENDIMENTO NEGADO**

G1 –07/02/2018

Tribunal julgou lei de Mato Grosso do Sul que faz a exigência dos planos. Decisão unânime dos ministros servirá de parâmetro para outros estados que editarem leis parecidas.

O Supremo Tribunal Federal (STF) validou nesta quarta-feira (7) uma lei de Mato Grosso do Sul que obriga os planos de saúde a informar ao cliente os motivos que levaram a empresa a negar atendimento médico.

Embora voltada a uma lei estadual, a decisão, proferida por unanimidade entre os 9 ministros que participaram do julgamento, servirá de parâmetro para outras leis semelhantes editadas por outras unidades da federação.

Na ação, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) alegava que a lei invadia competência da União, porque continha regras comerciais, de direito civil, por obrigar planos a prestar serviço extras, como de informação.

Relatora da ação, a ministra Cármen Lúcia votou contra o pedido, argumentando que a lei estadual apenas complementa o Código de Proteção do Consumidor, algo permitido aos estados.

"A lei estabelece que o estado promoverá a defesa do consumidor. É um direito básico do consumidor a informação adequada e clara com especificação correta dos serviços", disse a ministra.

Acompanharam Cármen Lúcia os ministros Alexandre de Moraes, Edson Fachin, Luís Roberto Barroso, Rosa Weber, Dias Toffoli, Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes e Marco Aurélio Mello.

A lei de Mato Grosso do Sul obriga as operadoras a fornecer ao consumidor informações e documentos com o motivo da negativa de cobertura parcial ou total de procedimento médico, cirúrgico ou de diagnóstico, bem como de tratamento e internações.

**HOSPITAIS E PLANOS DE SAÚDE
DEVERÃO OFERECER
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A
INTERNADOS**

Agência Senado –05/02/2018

Os hospitais públicos e privados deverão oferecer assistência odontológica a pacientes internados, segundo o Projeto de Lei da Câmara (PLC) [34/2013](#), que está pronto para votação no Plenário do Senado. Se for aprovado pelos senadores, o texto voltará ao exame da Câmara dos Deputados, em face das mudanças ocorridas.

Conforme a proposta – aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) na forma de substitutivo da relatora, senadora Ana Amélia (PP-RS) – os planos de saúde que incluam internação hospitalar também devem cobrir a assistência odontológica aos pacientes internados.

Em todas as situações, esse atendimento vai depender do consentimento do paciente ou de seu responsável. E, quando a assistência odontológica tiver de ser custeada pelo paciente, ele será informado dos custos antes de autorizar o tratamento. "Essa precaução evita que pacientes ou familiares sejam sobrecarregados com o pagamento de cuidados prestados compulsoriamente, mas que podem ser postergados sem prejuízo para a saúde do paciente", explica a senadora Ana Amélia.

Ainda conforme o projeto, a assistência odontológica será feita por odontólogo quando prestada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nos outros casos, pode ser feita por outros profissionais habilitados, supervisionados por odontólogo.

Regulamento posterior à lei vai fixar a qualificação dos profissionais e o número de funcionários necessários à assistência odontológica. A regulamentação também vai definir os procedimentos a serem oferecidos e as penalidades para quem descumprir a norma.

Segundo Ana Amélia, o principal objetivo do projeto é evitar infecções hospitalares. A proposta também inclui a assistência odontológica no atendimento e internação domiciliares do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mudanças

O projeto original, do ex-deputado Neilton Mulim, obrigava a oferta de assistência odontológica a todos os pacientes com doenças crônicas, internados ou não. A relatora na CAS retirou essa exigência, com o argumento de que nem todas as doenças crônicas são graves a ponto de impedir o deslocamento do paciente para um ambulatório ou consultório odontológico. Por outro lado, pacientes tetraplégicos, com várias fraturas ou com traumatismos podem ficar temporária ou definitivamente impossibilitados de se deslocar. "Consideramos, por isso, que a medida proposta deve beneficiar todos aqueles que se encontrem internados em hospitais, independentemente de qual seja a doença ou o agravo à saúde", argumenta Ana Amélia.

A proposta de Neilton Mulin também restringia a obrigatoriedade de prestar assistência odontológica a hospitais públicos e privados de médio e grande porte. O substitutivo de Ana Amélia obriga a assistência ao paciente internado em qualquer unidade de saúde.

CELSO MING: A SAÚDE CARA DOS MAIS VELHOS

FenaSaúde –02/02/2018

Colunista do Estadão aborda os desafios da Saúde Suplementar

Neste Brasil ainda jovem, mas já de cabelos brancos, quase 15% da população tem 60 anos ou mais. A idade avança e novos desafios se impõem.

Um desses desafios é o do tratamento à saúde de uma população de coroas. Com mais anos de vida vêm também mais registros de algumas doenças, como a de Alzheimer, mal de Parkinson, diversos tipos de câncer, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, catarata, etc. É cada vez maior o impacto dessa longa lista de patologias sobre os sistemas público e privado de saúde.

No sistema público, as consequências são mais evidentes, uma vez que o sistema enfrenta males já crônicos, como a falta de leitos para internação; equipes médicas insuficientes; e filas enormes à espera de atendimento.

Quanto ao sistema suplementar é preciso mais atenção para identificar as mazelas que estão ali, e devem piorar. A sobrecarga do sistema público ajuda a aumentar a demanda por planos de saúde, mas o acesso a eles continua complicado, em consequência das mensalidades elevadas, especialmente à terceira idade. Em 2017, o item Plano e seguro de saúde foi o que mais influenciou, com 0,27 ponto porcentual, o avanço de 3,80% do IPC-3i, indicador da FGV que mede a inflação dos idosos.

Os números mais recentes da Agência Nacional de Saúde (ANS) são de 2015, mas dão boa ideia do que acontece. Para quem tinha 59 anos ou mais e estava associado a um plano individual, a média das mensalidades era de R\$ 972,22. No plano coletivo empresarial, o valor caía para R\$ 685,71, mas ainda era 250% mais alto do que o mesmo plano para quem tivesse entre 29 e 33 anos (R\$ 195,55).

A FenaSaúde, associação que representa 18 operadoras de planos de saúde no País, não vacila nas justificativas: os altos custos com tratamentos e procedimentos justificam as altas contribuições. Os números da ANS mostram, por exemplo, que o custo médio de internação por paciente de 54 a 58 anos é de R\$ 4.173,81. A partir dos 59 anos, a despesa sobe para R\$ 5.850,30.

Para equilibrar as contas e não repassar todas as despesas para os associados, as operadoras adotam o conceito do mutualismo, o princípio de que a contribuição dos mais jovens ajuda a custear os procedimentos médicos de um cliente de 60 anos ou mais.

E aí vem mais um dos males silenciosos de que sofre o sistema suplementar. Há 18 anos, como aponta a FenaSaúde, para cada beneficiário com 60 anos ou mais havia três entre 0 e 19 anos. Hoje, para cada idoso, há 1,9 jovem.

Para atender aos interesses da FenaSaúde, a presidente Solange Beatriz Palheiro Mendes prega a mudança de modelo de pagamento dos serviços médico-hospitalares pelos planos de saúde que hoje é feito a cada atendimento, exame, cirurgia e medicamentos aplicados: "Temos de adotar pagamento por pacotes de tratamento".

A baixa oferta de planos individuais é outra barreira ao acesso ao tratamento de saúde dos idosos. Mais de 70% das mensalidades ativas correspondem a planos de saúde coletivos, que atendem funcionários de uma mesma empresa ou grupos de uma categoria profissional.

Para a advogada e pesquisadora Ana Navarrete, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a baixa oferta de planos individuais afasta as pessoas acima dos 60 anos, uma vez que poucas se mantêm no mercado de trabalho.

O Idec também identificou entre alguns dos planos de saúde procedimentos que considera discriminatórios aos clientes idosos, como entrevistas qualificadas e exames médicos prévios na contratação do plano exclusivos às faixas etárias mais altas.

Enfim, também por isso, vai ficando mais difícil envelhecer.

NOVAS REGRAS DE PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS NÃO PROTEGEM USUÁRIOS

IDEC –02/02/2018

Serviço pode ser cancelado unilateralmente pela operadora e reajustes não são regulados pela ANS; para Idec, fraudes na contratação podem continuar existindo

Começaram a valer na segunda-feira (29) as novas regras para a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por microempreendedor individual e donos de pequenos negócios.

Segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a medida deve coibir fraudes relacionados a esse tipo de contrato. Contudo, para o Idec, a [Resolução Normativa nº 432/2017](#) não é efetiva, principalmente, por não oferecer proteção suficiente contra eventuais abusos por parte das operadoras.

Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em saúde do Instituto, explica que, ao contratar um plano empresarial, o consumidor não têm garantias previstas no serviço individual/familiar, como a proibição do cancelamento unilateral por parte da empresa, e fixação de um índice máximo de reajuste.

"O que parece é que a ANS está tentando encontrar soluções para seu fracasso em induzir o mercado a ofertar o plano individual,

garantido por lei. Mas a alternativa aposta num modelo menos regulado de mercado, que permite a oferta de contratos menos protegidos entre uma pessoa física, ou um pequeno grupo, e uma operadora de planos de saúde", afirma a pesquisadora.

Navarrete ainda diz que a medida pode diminuir o número de fraudes nesse tipo de contrato, mas, possivelmente, elas continuarão a existir.

Garantias menores

De acordo com a ANS, a nova norma evita que o beneficiário seja surpreendido com o cancelamento do contrato a qualquer tempo, pois define que o serviço só poderá ser encerrado imotivadamente após um ano de vigência, na data de aniversário e mediante notificação prévia de 60 dias.

Já em relação aos aumentos das mensalidades, as regras permanecem as mesmas dos contratos coletivos de menor porte: reajuste único aplicável a todos os contratos da operadora com menos de 30 vidas.

Para a advogada, a solução apresentada pela agência é fraca e parcial ao problema. "Mesmo que a normativa tenha uma previsão mais regrada quanto aos cancelamentos efetuados pela operadora, na prática, essa política não tem o poder de evitar o fim de um contrato, porque a empresa permanece livre para impor aumentos abusivos ao valor das mensalidades.", constata Navarrete.

Com o intuito de pressionar a agência, o Idec [enviou um ofício](#) ao MPF (Ministério Público Federal), ao MPCon (Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor) e à Senacon (Secretaria Nacional do Consumidor) pedindo para os órgãos exigirem da ANS a criação de regras mais rígidas, que protejam os consumidores.

Planos sob investigação do MPF

Em dezembro, o MPF de São Paulo anunciou que estava investigando a Amil, a Bradesco Seguros e alguns de seus corretores, devido a possíveis fraudes nos planos de saúde empresariais. De acordo com denúncias, os corretores estavam induzindo os consumidores a abrir microempresas para poder usufruir de planos coletivos.

Na época, o Idec divulgou uma [nota de apoio](#) à investigação e afirmou que as fraudes ocorrem devido à má regulação da ANS, que leva à escassez de planos individuais.

Há anos, o Instituto vem pedindo para a agência controlar os reajustes dos contratos coletivos, em especial os de até 30 vidas. De acordo com [pesquisas do Idec](#), em 2013, os reajustes desses contratos menores foram, em média, de 49%, sendo que alguns contratos tiveram um aumento abusivo de 73%.

MINISTÉRIO DA SAÚDE LANÇA EDITAIS DE REGISTRO DE PREÇOS PARA ÓRTESES E PRÓTESES

FenaSaúde –02/02/2018

FenaSaúde ressalta importância da medida para a Saúde Suplementar, após o escândalo da 'Máfia das Próteses'

O Ministério da Saúde anunciou, nesta quinta-feira (01), uma série de editais para registro de preço de venda de órteses e próteses para a saúde pública, a partir da próxima semana – a fim de combater o mau uso dos recursos e fraudes, como a conhecida 'Máfia das Próteses'. O documento possibilitará que estados e municípios, responsáveis pela compra destes insumos médicos, adquiram os produtos com custo reduzido devido à venda em grande volume. Além disso, o país passa a ter uma referência nacional do valor do produto que, inclusive, apoiará a fiscalização dos órgãos de controle.

"A transparência dos preços é um passo importante no combate aos abusos e também da ação da denominada 'Máfia das Próteses'. Acreditamos que essa documentação, em breve, possa servir de balizador para a compra desses materiais também pelas operadoras de planos de saúde. Para combater a fraude nesse mercado, associadas à FenaSaúde passaram a fazer negociações conjuntas por meio de centrais de aquisição de materiais de alto valor agregado – como as OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) – sem prejuízo da autonomia médica, e reduzindo margens que são agregadas ao longo da cadeia produtiva até chegar ao consumidor final", explica Sandro Leal, superintendente de regulação da FenaSaúde.

Em outra linha de atuação, Leal aborda o trabalho realizado pelas operadoras junto aos seus consumidores: "As empresas também intensificaram o desenvolvimento de ações educativas sobre o tema e o incentivo à segunda opinião médica entre seus beneficiários, para

Vai contratar um plano empresarial? Tome cuidado

Se o consumidor deseja contratar um plano de saúde, a primeira coisa que ele deve se atentar é em relação a categoria do plano - se é individual, coletivo de adesão ou coletivo empresarial.

Caso deseje adquirir um plano empresarial, vale lembrar que esse serviço só pode ser contratado por empresas ou pessoas físicas que possuem CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica). Se o consumidor não tiver o cadastro, nem estiver ligado por relação de emprego, de sociedade ou dependência (cônjuge ou descendente) à empresa ou pessoa contratante, a prática pode ser considerada uma fraude.

Caso tenha ocorrido fraude, o Idec entende que não deve haver qualquer prejuízo para o consumidor que não sabia da ilegalidade ao contratar o serviço. Nesse caso, a operadora deve manter o usuário em um plano de saúde individual/ familiar, nas mesmas condições de contratação.

Para saber mais sobre as regras de contratação, acesse a [cartilha da ANS](#).

não submeter os pacientes a intervenções cirúrgicas sem a real necessidade, pondo em risco a saúde e o bem-estar".

Segundo o Ministério da Saúde, a diferença de preço de aquisição desses materiais em diferentes regiões chega a 990%. Por ano, o mercado nacional de dispositivos médicos implantáveis movimenta cerca de R\$ 4 bilhões, sendo aproximadamente R\$ 1,25 bi oriundos do sistema público. Considerando todo mercado nacional – sistemas público e privado – de órteses e próteses, o valor chega a mais de R\$ 20 bilhões/ano.

Na época do escândalo da 'Máfia das Próteses', um grupo interministerial criado pelo Governo, com a participação da FenaSaúde, apontou soluções. O resultado foi um relatório com medidas amplas e profundas – de ordem sanitária, econômica, de defesa da concorrência e da ética no campo de OPME, além do foco na repressão e punição de fraudadores. A Federação apoia as iniciativas apontadas e espera vê-las implantadas, que refletirão positivamente na redução dos preços finais aos consumidores e redução de riscos à saúde dos beneficiários. Dentre as mais importantes, destacam-se:

- adoção de registro, nomenclatura e classificação únicos para os DMI (Dispositivos Médicos Implantáveis – órteses e próteses ligados ao ato cirúrgico), seguindo padronização internacional;
- construção de um sistema de informação para fins de monitoramento e publicidade dos preços;
- permissão para a importação direta desses materiais;
- redução dos custos artificiais de materiais e equipamentos;
- definição de parâmetros de garantia da eficácia e segurança para o uso dos dispositivos médicos;
- elaboração de Projeto de Lei (PL 2.452/15) para criminalizar condutas irregulares (pagamento e recebimento de comissões) em razão da comercialização, prescrição ou uso de DMIs;
- por fim, criação de uma divisão especial de combate à fraude e crimes contra a saúde no âmbito da Polícia Federal.

ONCOLOGIA: ANS ESTIMULA MELHORIAS NO TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER

ANS –02/02/2018

O câncer é uma das doenças que mais desafia os sistemas de saúde no Brasil e no mundo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), devem surgir no país 1,2 milhão de novos casos da doença em 2018 e 2019. Só este ano, a estimativa é de 582 mil novos casos. Atenta ao problema e para reforçar a preocupação com o tema – lembrado neste domingo (4/2), Dia Mundial do Câncer –, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destaca algumas das principais medidas que vêm sendo propostas e implementadas junto ao setor de planos de saúde para prevenir e tratar a doença.

Desde janeiro, a lista mínima obrigatória de cobertura dos planos de saúde contempla novos procedimentos dedicados ao cuidado oncológico. Foram incluídos oito medicamentos orais para tratamento de diversos tipos de câncer, como de pulmão e próstata, além de melanoma e leucemia. Também foi adicionado à lista mínima o exame PET-CT para o acompanhamento de tumores neuroendócrinos e a cirurgia laparoscópica para tratamento do câncer de ovário. Alguns destes procedimentos possuem as chamadas Diretrizes de Utilização, que estabelecem critérios para que a cobertura seja obrigatória, o que permite uma incorporação mais ampla de novas tecnologias. Com a atualização do Rol, a ANS busca assegurar acesso dos beneficiários de planos de saúde a procedimentos nos quais os ganhos coletivos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, refletindo no ganho de qualidade de vida.

A Agência também incentiva as operadoras de planos de saúde a implantarem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Promoprev), uma vez que o aumento da prevalência das doenças crônicas, incluindo o câncer, enseja ações mais voltadas para os cuidados preventivos. De acordo com última edição do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, somente em 2016, os beneficiários de planos de saúde realizaram 1.004.900 consultas com oncologista, 1.184.159 sessões de quimioterapia, 1.216.632 sessões de radioterapia e 314.748 internações decorrentes de neoplasias.

Outra frente da ANS voltada a melhorias na assistência oncológica prestada pela saúde suplementar é o Projeto OncoRede. A iniciativa, desenvolvida em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência no tratamento do câncer e associações de pacientes, visa implantar um novo modelo de cuidado para beneficiários de planos de saúde, propondo um conjunto de ações integradas para reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica na rede de saúde suplementar.

"Na prática, o que a ANS busca é um sistema de saúde organizado e responsivo, com regras claras, profissionais capacitados e informação acessível. Os resultados que esperamos são um

diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico, o estímulo à adoção de boas práticas na atenção hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer nos planos de saúde", explica Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

O modelo proposto pela ANS e parceiros contempla ações de promoção e prevenção à doença, destacando-se medidas como: busca ativa para diagnóstico precoce, continuidade entre o diagnóstico e o tratamento, informação compartilhada, tratamento adequado em tempo oportuno, com articulação da rede e a inserção da figura do navegador para garantir que o paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer consiga seguir o percurso ideal para o cuidado, pós-tratamento e outros níveis de atenção (cuidados paliativos) e a proposição de novos modelos de remuneração que garantam a sustentabilidade econômico-financeira do setor.

Projeto busca modelo centrado no paciente

O Projeto OncoRede envolve 21 operadoras de planos de saúde e 21 prestadores de serviços, além da participação de 14 instituições parceiras. A ANS irá monitorar a efetividade do programa através de indicadores de qualidade que avaliam itens como a disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento, o percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia e o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento, entre outros.

O diretor Rodrigo Aguiar lembra que o Brasil mantém uma organização da saúde centrada na figura do médico e no atendimento curativo, quando o ideal – especialmente em se tratando de uma doença como o câncer – é que o modelo assistencial seja centrado no paciente, com atuação de equipes multiprofissionais e ações voltadas para mudanças de hábitos de vida e reorganização da rede assistencial. "Dois dos principais problemas que afetam diretamente a efetividade da atenção aos pacientes com câncer no Brasil dizem respeito à qualidade do diagnóstico, com fragmentação das intervenções mais relevantes, e a ausência de coordenação do cuidado prestado nos diferentes níveis de complexidade da rede", aponta.

O OncoRede tem promovido a interlocução ativa entre atores do setor, com realização de eventos presenciais e virtuais junto às operadoras, prestadores e instituições parceiras. Os resultados serão reunidos em uma publicação com orientações para o sistema de saúde suplementar, com previsão de lançamento ainda em 2018.

Confira [aqui](#) a lista de operadoras, prestadores e instituições participantes do Projeto OncoRede. Veja mais informações sobre o projeto no [site da ANS](#).

Para verificar a lista de procedimentos obrigatórios cobertos pelos planos de saúde, incluindo os procedimentos oncológicos, acesse [aqui](#) o Rol de Procedimentos da ANS.

SOB PRESSÃO DE CUSTOS, COMPANHIAS SE UNEM PARA CORTAR GASTOS COM SAÚDE

Valor Econômico –01/02/2018

Os custos com planos de saúde transformaram-se num pesadelo para as empresas. Na maioria delas, representa a segunda maior despesa com pessoal, perdendo apenas para a folha de pagamento. Em alguns casos, até mais. O descompasso entre aumentos de

preços em geral e a chamada inflação médica começou em meados da década passada. Mas tornou-se mais perceptível a partir do controle inflacionário. Os reajustes nos planos de saúde equivalem hoje a duas a três vezes o índice do IPCA, segundo pesquisa feita no ano passado pela Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH) e a Aliança para a saúde populacional (Asap).

Em conversas informais empresários perceberam que tal pressão de custos era comum a todos. Há seis meses, a ABRH e Asap - essa última representante de consultorias especializadas na gestão de saúde - criaram um fórum, que mensalmente reúne executivos para

trocar experiências. As mais bem-sucedidas revelam empresas que incluíram a saúde dos empregados nos programas de gestão.

As empresas instaladas no Brasil arcam com dois terços do que se gasta com saúde no país, segundo dados da ABRH e Asap. Elaborada pela união das duas entidades, a pesquisa concluída no segundo semestre de 2017 envolveu 668 empresas que, juntas, têm 1,3 milhão de empregados e 3 milhões de beneficiados, incluindo dependentes. Um universo equivalente a quase 10% do total coberto pelos planos de saúde no país.

À pesquisa a maioria dos entrevistados respondeu que os reajustes de preços desses planos equivalem a, no mínimo, duas a três vezes a inflação e alguns garantiram que já arcaram com aumentos seis ou sete vezes acima do IPCA.

"É como se a boca do jacaré não parasse de abrir", diz o diretor de desenvolvimento de pessoas da ABRH Brasil, Luiz Edmundo Rosa. Segundo ele, o fórum reúne, por enquanto, 20 grandes grupos, entre os quais estão Itaú, Petrobras, Johnson & Johnson, Pirelli, Sherwin Williams e Natura.

A união para cortar custos e incluir a saúde na estratégia empresarial provocou a necessidade de formar as equipes de recursos humanos. Em parceria com uma universidade cujo nome está em sigilo, em maio será lançado um curso de capacitação em gestão de saúde corporativa. "Antes, falávamos do problema para nós mesmos. Mas não adianta reclamar dos aumentos de preços e simplesmente delegar às operadoras o cuidado com os funcionários. É preciso criar uma inteligência de saúde dentro da empresa", diz a presidente da Asap, Ana Elisa Siqueira.

Para Rosa, da ABRH, os empresários correm sérios riscos de não conseguir conter essa escalada de custos quando delegam a uma única pessoa a responsabilidade de gerir a segunda maior despesa da companhia. Mas muitos já se deram conta disso.

Desde outubro de 2016, a farmacêutica Biolab tem uma área interna criada pelas áreas de recursos humanos e financeira. Em parceria com uma consultoria, foram tomadas várias medidas. Uma delas consiste em fazer uma análise de todos os pedidos de procedimentos médicos e exames dos seus 6,9 mil funcionários. Às 6h da manhã, diariamente, a superintendente de RH, Luciana Lourenço, recebe uma lista dos pedidos que envolvem as principais especialidades, como ortopedia e cardiologia.

Na triagem, médicos que trabalham para a empresa podem ser acionados para dar uma segunda opinião. Mas, segundo Luciana, o sucesso desse tipo de ação depende da confiança do trabalhador na empresa. A Biolab fez parceria com o Serviço Social da Indústria (Sesi) para oferecer exames em clínicas ambulantes, que estacionam nos pátios das fábricas do grupo. E acompanha todas as internações.

Os resultados são gratificantes. Luciana acompanhou toda a recuperação do filho de um funcionário do Espírito Santo. O garoto ficou órfão depois de um acidente em que os pais morreram e ele ficou gravemente ferido. "No modelo antigo eu não conseguiria interferir; só saberia o que aconteceu quando recebesse o relatório do tempo que ele passou na UTI", diz.

As grandes empresas têm trocado planos pré-pagos por pós-pagos, nos quais só se paga quando usa. "O risco de fazer essa troca sem,

paralelamente, criar um programa de gestão é como deixar o carro sem seguro estacionado numa rua escura", diz Luciana.

Com as duas ações, em um ano a Biolab reduziu os custos com plano de saúde em 30%. "Pagamos hoje, por beneficiado, o equivalente ao valor de três anos atrás", diz o diretor financeiro, Alexandre Iglesias. "Se as empresas não assumirem essa gestão terão que arcar com uma despesa impagável".

A preocupação dos empresários com os custos com planos de saúde não afeta apenas o Brasil. Conforme noticiado na edição de ontem do Valor, três gigantes americanas - Amazon, Berkshire Hathway e JP Morgan - uniram-se para criar uma empresa sem fins lucrativos para conter gastos com os planos de saúde de seus quase 1 milhão de funcionários.

Com 8,5 mil funcionários e 24 mil vidas, incluindo dependentes, a Bosch decidiu enxugar a estrutura de convênios ao perceber que o "crescimento desse custo estava desproporcional", diz o diretor de Recursos Humanos, Fernando Tourinho. "Nada sobe 20% a 22% ao ano." Também na Bosch, o custo com saúde representa a segunda maior despesa com pessoal. Há quatro anos, o número de operadoras foi reduzido de oito para três e a quantidade de planos caiu de 27 para sete.

Mas a ação que mais orgulha Tourinho foi a criação de um comitê interno que envolve gestores de RH, médicos internos e funcionários de outras áreas. Segundo o executivo, a ideia é fazer com a saúde o que um grupo de trabalho faria se tivesse que lançar um novo produto da Bosch. "Se sabemos desenvolver a inteligência artificial de um automóvel temos a obrigação de saber fazer o mesmo com a vida das nossas pessoas", destaca.

Parcerias com consultorias, Sesi e um trabalho de revisão do cardápio das fábricas para oferecer alimentos mais saudáveis e reduzir o nível do sal também fazem parte da mudança de conceito sobre saúde na Bosch. Esse esforço ajudou a cortar custos. Mas Tourinho não revela números. Segundo ele, vale mais a qualidade atingida.

O presidente do Grupo Fleury, Carlos Marinelli, defende a integração entre as operadoras, planos de saúde e hospitais. "Não temos bala de prata para resolver os problemas. Este é um setor complexo e que tem incentivos cruzados, difíceis de serem resolvidos, principalmente por ser uma área muito politizada", diz.

Nessa mudança de modelo, começa a mudar também o perfil do exame ocupacional. Os médicos que prestam esse serviço abriram o jogo e contaram à equipe da Bosch que no exame ocupacional eles não têm tempo de "ser médicos". "Se um operário me diz que está com gastrite, não dá tempo de examiná-lo", contou um deles. Para eliminar a parte das perguntas, a empresa implantou um software que leva ao médico o prontuário do funcionário antes de ele entrar na sala.

Já faz mais de oito anos que a prevenção entrou na agenda da General Electric. Com a ajuda de consultores, foi implementado um forte programa de combate ao tabagismo, sedentarismo e obesidade. Com convênios com seis operadoras, a empresa também trocou o plano pré-pago pelo pós-pago. A conduta mudou o hábito de 33 mil vidas espalhadas pelo país, segundo a gerente de programas de saúde na GE Brasil, Márcia Agosti. "Assistimos, silenciosamente, à transformação nas pessoas e suas escolhas".

PROPORÇÃO DE FUMANTES É MENOR ENTRE OS QUE POSSUEM PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde -01/02/2018

Levantamento da FenaSaúde aponta para uma diferença de quase 4 pontos percentuais entre os dois universos

Levantamento da FenaSaúde, com base em dados do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aponta que a porcentagem de fumantes entre os beneficiários de planos de saúde no Brasil é de 7,3%, enquanto, entre os que não possuem planos, é de 11%.

Entre 2008 e 2016, houve, ainda, uma redução de 41% no número de fumantes entre os que têm plano de saúde, ao passo que, entre os que não possuem esse benefício, a redução foi de 31%.

De acordo com a FenaSaúde, colaborou para essa redução o maior investimento das operadoras em campanhas de conscientização sobre os malefícios do fumo. A informação foi noticiada hoje, dia 1º de fevereiro, na coluna de Mônica Bergamo no Jornal Folha de S. Paulo.

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.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

Milliman
Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br