

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

06 de fevereiro de 2019



NOVIDADE NA NEWSLETTER

Milliman – 06/02/2019

Para aprimorar sua experiência na leitura da Newsletter Milliman, incluímos o Índice Interativo. Agora, com apenas um clique no título da notícia, você acessa diretamente o conteúdo desejado.

ÍNDICE INTERATIVO

[Setor de planos de saúde encerra o ano estável](#) - Fonte: ANS

[Idec volta a integrar conselho nacional de saúde](#) - Fonte: O Globo

[Novas regras para telemedicina devem deslançar projetos](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde discutem cobrança por consulta remota](#)- Fonte: O Globo

[Rol de procedimentos: ans recebe contribuições a partir desta segunda-feira](#) - Fonte: ANS

[Conselho de medicina regulamenta consulta, diagnóstico e cirurgia online](#)- Fonte: O Estado de São Paulo

[Qual é o momento ideal para investir em medicina preventiva?](#) - Fonte: Previva

[Operadora de saúde inicia implantação do compliance](#)- Fonte: DINO

[Prevenção salva vidas e alivia o sistema](#)- Fonte: IESS

[Memed lança primeiro app brasileiro de prescrição médica](#)- Fonte: SaúdeBusiness

SETOR DE PLANOS DE SAÚDE ENCERRA O ANO ESTÁVEL

ANS – 05/02/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta terça-feira (05/02) os dados do setor relativos a dezembro de 2018. Os números foram atualizados e podem ser consultados na Sala de Situação no site da agência. Os dados fornecidos pelas operadoras de planos de saúde mostram estabilidade no número de usuários. O setor encerrou o ano de 2018 com 47.377.920 beneficiários de planos médico-hospitalares e 24.194.829 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

Acesse a [Sala de Situação](#) e confira os dados completos.

Na comparação com dezembro de 2017, houve crescimento nos dois tipos de segmentação. Nos planos de assistência médica, em um ano houve acréscimo de 200.217 beneficiários e, nos planos exclusivamente odontológicos, o aumento foi de 1.411.805 beneficiários.

Os dados por Unidade Federativa mostram aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 17 estados e no Distrito Federal. São Paulo registrou o maior crescimento em números absolutos no período (58.305 beneficiários a mais). Já nos planos odontológicos, 25 unidades federativas registraram aumento de beneficiários, e São Paulo também se destacou, com 497.721 beneficiários a mais nessa segmentação.

A ANS também atualizou a ferramenta Tabnet, onde podem ser feitos diversos tipos de consultas pelo acesso aos sistemas de informações da Agência. Estão disponíveis dados a partir de dezembro de 2000, em intervalos de atualização trimestral (março, junho, setembro e dezembro).

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por modalidade de contratação e por Unidade Federativa (UF).

Beneficiários em planos de assistência médica

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/17	47.177.703	31.421.291	6.404.338	1.349	9.186.758	163.967
dez/18	47.377.920	31.742.776	6.418.034	1.251	9.093.298	122.561

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/17	22.783.024	16.895.647	1.836.946	4.009	4.021.335	25.087

Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos

COMPETÊNCIA	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/18	24.194.829	17.678.569	2.224.804	3.972	4.267.983	19.501

Número de beneficiários em planos de saúde por UF

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	dez/17	dez/18	dez/17	dez/18
Acre	45.636	45.036	13.831	15.250
Alagoas	380.335	376.876	262.688	279.468
Amapá	70.051	72.276	45.881	43.972
Amazonas	535.329	519.854	362.993	405.875
Bahia	1.581.174	1.602.897	1.511.472	1.449.001
Ceará	1.277.302	1.270.248	912.382	930.740
Distrito Federal	867.916	917.831	499.184	563.049
Espírito Santo	1.094.053	1.112.218	426.322	458.693
Goiás	1.096.139	1.113.977	602.668	623.709

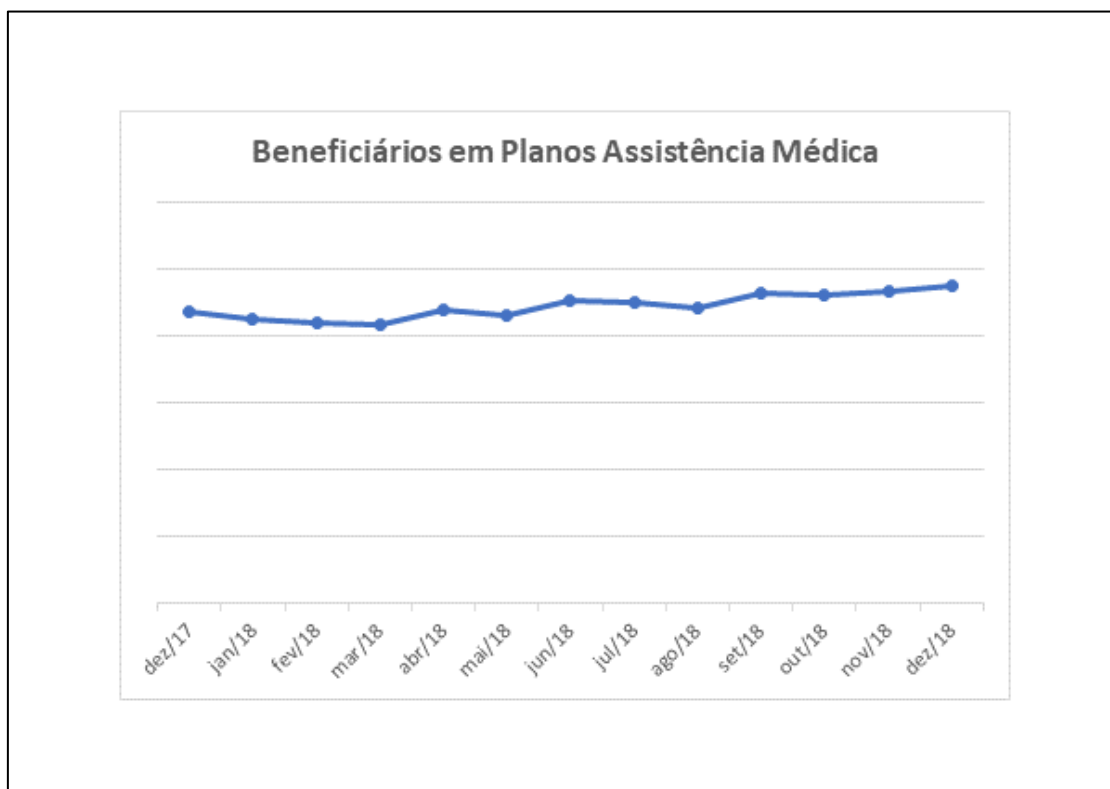
Número de beneficiários em planos de saúde por UF

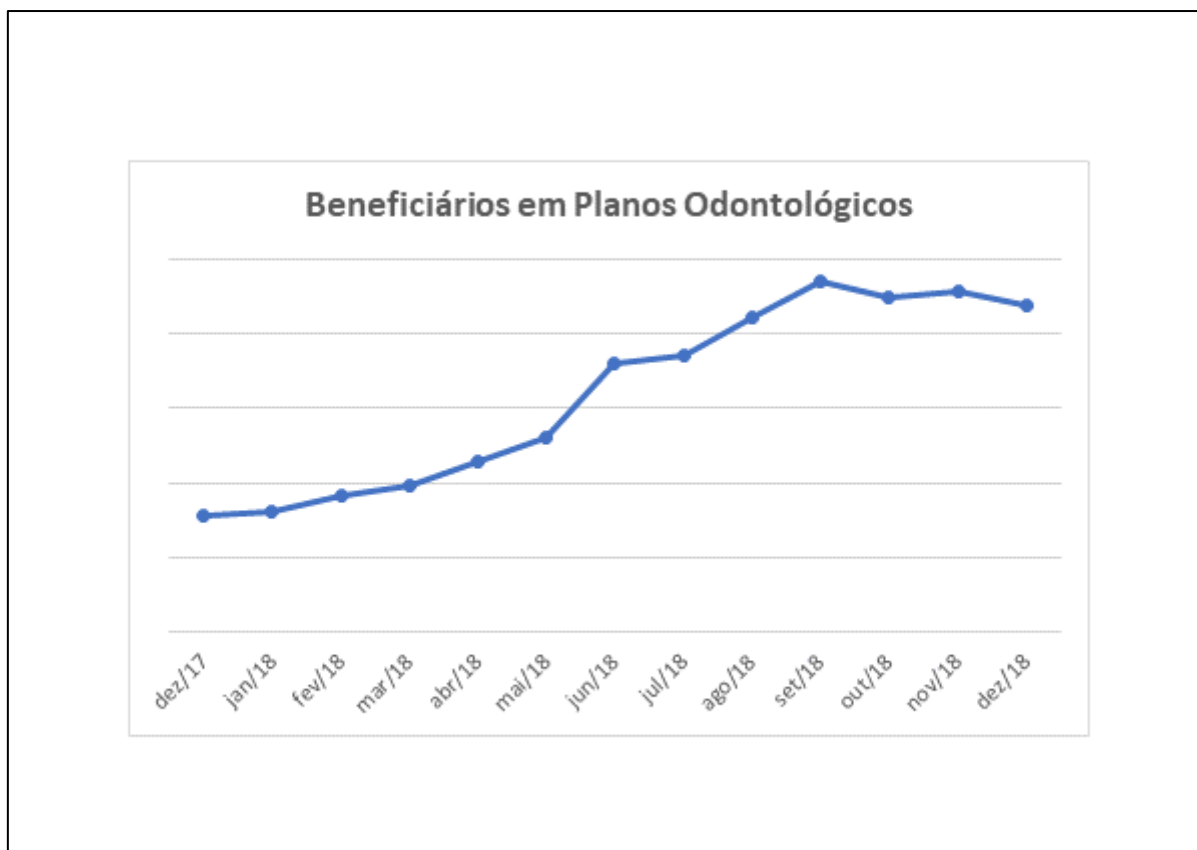
UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	dez/17	dez/18	dez/17	dez/18
Maranhão	460.385	472.245	182.369	194.044
Mato Grosso	554.980	590.893	183.527	203.919
Mato Grosso do Sul	567.068	575.180	130.323	142.649
Minas Gerais	5.107.355	5.098.814	1.926.659	2.091.169
Pará	804.348	808.170	400.423	416.962
Paraíba	414.199	422.052	302.034	334.578
Paraná	2.842.430	2.849.552	1.160.152	1.264.944
Pernambuco	1.304.529	1.322.394	901.821	914.672
Piauí	307.998	320.809	81.493	83.835
Rio de Janeiro	5.428.853	5.404.006	2.856.940	3.216.761
Rio Grande do Norte	513.792	523.000	311.640	330.705
Rio Grande do Sul	2.627.047	2.584.956	733.874	772.712
Rondônia	157.902	153.594	106.710	112.385
Roraima	28.705	28.425	9.219	9.287

Número de beneficiários em planos de saúde por UF

UF	Beneficiários em planos de assistência médica		Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	dez/17	dez/18	dez/17	dez/18
Santa Catarina	1.507.227	1.514.711	478.139	494.731
São Paulo	17.150.501	17.208.806	8.040.304	8.538.025
Sergipe	313.034	325.045	194.287	197.299
Tocantins	105.014	108.857	42.979	49.427
Não identificado	34.401	35.198	102.710	56.968

Confira abaixo a evolução mês a mês*





*Os números podem ser visualizados na Sala de Situação.

IDEC VOLTA A INTEGRAR CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Idec – 05/02/2019

Instituto é segunda suplência do conselho responsável pela fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde

O Idec tomou posse durante a [primeira reunião como Conselheiro do CNS](#) (Conselho Nacional de Saúde), na última quinta-feira (31), em Brasília. No encontro, reuniram-se representantes de entidades e movimentos representativos de usuários do SUS, do governo e de prestadores de serviços que integram o Conselho.

O Instituto é segunda suplência do CNS e foi convocado para o primeiro evento do ano, onde foram debatidos temas como transparência governamental, fiscalização do cidadão e a [resposta imediata do SUS \(Sistema Único de Saúde\) ao caso de Brumadinho](#).

Na ocasião, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta esteve presente, apresentou propostas e manifestou interesse em rever as políticas e práticas de saúde vigentes, como a reestruturação da Atenção Básica a partir da criação da Secretaria Nacional de Atenção Básica.

Como novo membro do Conselho, o Idec poderá ajudar a fiscalizar as políticas que envolvem desde segurança

alimentar e rotulagem de alimentos a vigilância sanitária de medicamentos, assistência à saúde e o financiamento do SUS.

Para Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Programa de Saúde do Idec, o Conselho é essencial para debater os problemas da saúde pública e da saúde suplementar. “A nossa expectativa é que poderemos levar a esse espaço as maiores necessidades e dores dos consumidores e acompanhar de perto as ações e políticas desenvolvidas para a oferta de atendimento da população”, diz.

O CNS é a instância máxima de controle social do SUS e tem como objetivo a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Os conselhos também recebem denúncias sobre o atendimento precário nos serviços de saúde, desvios de recursos e cobranças pela prestação de serviços públicos. As reuniões do conselho podem ser acompanhadas pela internet e os cidadãos também podem encaminhar sugestões para a melhoria dos serviços de saúde.

O mandato do Idec terá duração de três anos e a função como conselheiro será exercida até 2021.

NOVAS REGRAS PARA TELEMEDICINA DEVEM DESLANCHAR PROJETOS

Valor Econômico – 05/02/2019

A nova resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a prática da telemedicina — aquela que permite fazer diagnósticos, consultas e até cirurgias a distância — regulamenta algumas práticas que já são adotadas no país e deve fazer novos projetos deslançarem.

Na operadora de plano de saúde Hapvida, a maior do Nordeste, consultas a distância são realizadas há sete anos. São 8 mil por mês, feitas com especialistas como neurologistas, reumatologista e alergologistas, disse o diretor corporativo de telemedicina da operadora, José Luciano Monteiro Cunha. A resolução 2.227/2018, divulgada em 03/02 e que deverá entrar em vigor em três meses, vai possibilitar a expansão do serviço da Hapvida. “Os próximos passos já estão definidos. A procura pelos pacientes deve aumentar”, disse Cunha.

Segundo o executivo, a operadora tem 56 médicos capacitados para exercer a telemedicina. A Hapvida tem 20 clínicas, totalizando 24 salas para esse tipo de atendimento. Todas são equipadas com TV de 40 polegadas, câmera com capacidade para aumentar a imagem em 20 vezes e um sistema de áudio de qualidade. O objetivo é que a interação entre médico e paciente seja a mais clara possível.

Em Belém e São Luís, por exemplo, o cliente da Hapvida pode ser atendido em uma clínica de telemedicina da operadora. O paciente é recebido primeiro por um médico auxiliar, que está na clínica e tem o papel de ajudar a entender o motivo da consulta. Depois, é feito o atendimento com o especialista, a distância.

Desde junho de 2018, o Hospital Sírio-Libanês atua na telemedicina, dando suporte para médicos que atendem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A nova regulamentação do CFM acelera os planos para oferecer a telemedicina a clientes corporativos do hospital como Votorantim e Santander, a partir de maio.

No projeto Regula+Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, o objetivo do Sírio-Libanês é reduzir a fila de consultas com especialistas em Porto Alegre, Distrito Federal e Belo Horizonte. “Os profissionais que atuam na rede pública têm o suporte dos nossos médicos para analisar os prontuários dos pacientes e, se necessário, encaminhá-los para especialistas”, disse César Biselli, coordenador de tecnologia e inovação do Sírio-Libanês. Os médicos do SUS ligam para uma central de atendimento e são direcionados para discutir os casos, conforme a especialidade. Até o fim do ano serão adicionadas duas capitais ao programa. No total, o hospital tem 85 médicos capacitados em telemedicina.

“Estávamos aguardando ansiosamente a definição da nova regulamentação. Acredito que a produtividade deve crescer porque quando um paciente não comparecer à consulta,

como ocorre em 25% [dos agendamentos], o médico não ficará ocioso, podendo atender a distância”, diz Cadri Massuda, presidente do Sindicato Nacional dos Planos de Saúde (Sinamge) e da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Massuda observou que o CFM ficou “um pouco atrasado” em relação a outros países, considerando a prática de telemedicina na América do Norte e na Europa. Ele sugere que as regras no Brasil sejam rediscutidas a cada dois anos.

Com o avanço da telemedicina no país, a produtividade dos médicos deve aumentar e os custos para o sistema de saúde devem cair. A opinião é de Francisco Balestrin, presidente da International Hospital Federation e membro do conselho da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp).

O serviço de consultas médicas feitas remotamente é, para Balestrin, o que tem maior potencial de expansão imediata no Brasil. A partir de agora, devem ser abertas negociações entre médicos e operadoras de planos de saúde para determinar quanto vai custar uma consulta on-line. Será mais barata do que uma consulta presencial? “Pode ser até mais cara”, responde Balestrin. O médico precisa ser treinado para fazer um atendimento a distância. O que deve ocorrer também é que, com o tempo, a produtividade desse médico vai aumentar pois ele poderá atender mais pacientes, disse Balestrin.

“O preço por consulta é uma das maiores barreiras da telemedicina no mundo inteiro. Na parceria com o SUS, a cobrança é realizada por meio de um pacote, mas na saúde corporativa, o melhor modelo é o per capita”, disse Biselli, do Sírio-Libanês.

Traçar diagnósticos remotamente, em especial a partir de exames por imagem, “já é uma realidade”, diz Balestrin, lembrando que a Índia é exemplo mundial. Centrais de diagnósticos na Índia trabalham para hospitais nos Estados Unidos

A terceira parte da resolução, que trata de cirurgias feitas à distância, deve ter uma implantação mais lenta. O investimento em equipamentos, como os robôs que são comandados pelos médicos remotamente, é alto. E o treinamento do médico também não é barato. Perguntado sobre a telecirurgia, Biselli, do Sírio, disse que existe potencial para crescer nos próximos anos, especialmente quando a internet móvel de quinta geração (5G) estiver instalada.

A nova resolução foi bem aceita pelos aplicativos de consultas médicas. Procurados pelo Valor, Boa Consulta, Dandelin e Doutor 123 informaram que pretendem incorporar o teleatendimento em algum momento. Até agora, eles podiam intermediar consultas presenciais. “O CFM tem feito um esforço para se adaptar, mas as coisas foram

acontecendo e foi passando. E caímos num limbo. Não dizia que não podia, mas não também não havia um liberação formal, o que trazia insegurança e tratava algumas iniciativas", disse Maurício Trad, fundador e presidente da Doutor 123.

A resolução 2.227/2018 demorou para ser aprovada devido à complexidade do serviço de telemedicina, disse Donizetti Dimer Giamberardino Filho, membro da câmara técnica de informática em saúde do CFM. O objetivo foi regularizar uma prática que já existe e dar proteção aos dados dos usuários. Os registros de áudio vídeo das consultas precisam ser gravados e arquivados como se fossem um prontuário comum, por 20 anos, tendo a assinatura digital como recurso de segurança.

Esclarecimentos de dúvidas pelos aplicativos de mensagens ou chamadas de vídeo não estão incluídos nas novas regras. A resolução sobre telemedicina número 1.643, de 2002, continha sete artigos e a atual, 23. Entre elas, foi divulgada há um ano, a resolução sobre os aplicativos de saúde.

PLANOS DE SAÚDE DISCUTEM COBRANÇA POR CONSULTA REMOTA

O Globo - 04/02/2019

Segundo entidade do setor, programas com teleatendimento registram redução de 30% de idas a pronto-socorro

O atendimento médico à distância deve se tornar uma prática bastante comum nos planos de saúde com a edição da resolução pelo Conselho Federal de Medicina (2.227/18), que define regras para telemedicina e teleatendimento. Esse tipo de atendimento já vinha sendo adotado, há cerca de três anos, por operadoras que mantêm programas de atenção primária, como médico de família. E um dos resultados apurados é a redução de 30% das idas ao pronto-socorro entre os usuários com acesso a esse serviço, segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). Cadri Massuda, presidente da Abramge PR-SC e do sindicato do setor, diz que uma discussão em curso é sobre o pagamento desse atendimento.

- Estamos discutindo, por exemplo, se nos planos em que há coparticipação por consulta haveria cobrança por esse atendimento, se seria o mesmo valor. Mas, o mais importante, é o respaldo que a resolução traz para essa atividade, deixando claras as condições para o atendimento à distância, a necessidade de segurança e sigilo para armazenamento de dados. Trata-se de uma estrutura cara que deverá ser mais utilizada por grandes empresas, mas que possibilitará, por exemplo, um melhor acompanhamento de doentes crônicos — diz Massuda.

A SulAmérica, que já dispunha teleatendimento, lançou, nesta segunda-feira, um serviço de teleorientação pediátrica que poderá ser usado por 93 mil beneficiários da empresa até 12 anos de idade. A consulta será realizada por vídeo e não terá custo adicional para o segurado. Erika Fuga, diretora da

Segundo Trad, da Doutor 123, ainda é preciso entender melhor a resolução e desenhar o modelo sob o qual a empresa pretende trabalhar antes de oferecer alguma forma de teleatendimento. Ele disse que é necessário fazer alguns ajustes nas regras. "Se é para fazer um atendimento remoto em um local distante, porque tem que ter consentimento por escrito? E dizer que o retorno de 120 dias deveria ser presencial? São coisas que terão que ser ajustadas, ou poderão, simplesmente, não ser seguidas", disse Trad.

Na avaliação de Victorio Bracciali Neto, fundador do Boa Consulta, os planos de saúde podem incentivar os médicos a adotarem o teleatendimento para consultas de retorno, que não são remuneradas. Para Felipe Burattini, presidente da Dandelin, o atendimento a distância não vai substituir as consultas físicas. "Eu não me sentiria bem atendido depende do caso. Pode ser mais adequado para uma segunda opinião, por exemplo", disse.

seguradora, diz que o serviço pode ser ampliado para outras especialidades.

— Os primeiros números, apesar de não muito significativos pelo volume de atendimento, mostra que 85% dos casos foram resolvidos no atendimento à distância. Mantemos um monitoramento nas primeiras 48 horas para saber do desfecho daquele paciente e acompanhamos por 30 dias nossa base de dados para saber se foi necessário ir ao pronto socorro ou algum outro atendimento para entender se o resultado daquela consulta remota foi satisfatório — explica Erika, acrescentando que a empresa já realizava outros tipos de atendimento desse tipo, sendo que no programa de atenção primária a redução de idas ao pronto-socorro chega a 95% entre a população atendida.

Serviço não pode ser imposto ao usuário

Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), pondera que o atendimento remoto já é uma realidade em outros países e que é uma demanda dos próprios consumidores em busca de praticidade. Ela chama atenção para o fato de que o teleatendimento melhora a prestação de serviço e reduz o desperdício.

— Cria-se uma etapa a mais de atendimento, mas com orientação e indicação correta, o que se tem é melhor promoção de saúde e redução de desperdícios, que pode diminuir a pressão sobre os custos dos planos de saúde — avalia.

O atendimento à distância pode ser uma opção aos usuários da saúde suplementar, mas não uma imposição, chama atenção Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec):

— O consumidor tem que ser informado de como funciona o serviço, de que seus dados serão compartilhados com aquele médico e os profissionais de saúde e deve dar seu consentimento para o uso do serviço. Essa não pode ser uma prática imposta e nem ser uma forma de dificultar o atendimento presencial que é sempre aquele mais recomendado em qualquer situação.

Para o advogado Vinicius Zwarg, especialista em direito para área de saúde e sócio do escritório Emerenciano, Baggio e Associados, o atendimento a distância é algo inevitável, mas

que necessitará de um acompanhamento próximo para que os problemas que aparecerem sejam rapidamente resolvidos:

— Acho que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) terá que regulamentar esse atendimento para questões como prazo de consulta, por exemplo, para que não seja postergada a visita presencial ao médico.

Consultada, a ANS informou que “ainda não é possível avaliar eventual necessidade de adaptações na regulamentação do setor de planos de saúde”. A agência afirma, contudo, que a realização desse tipo de atendimento na saúde suplementar não poderá comprometer o atendimento a que os beneficiários de planos de saúde têm direito, dentro dos prazos máximos estabelecidos, tampouco conflitar com as regras que regulamentam o setor.

ROL DE PROCEDIMENTOS: ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DESTA SEGUNDA-FEIRA

ANS – 04/02/2019

Nesta segunda-feira, 04/02, tem início o prazo para recebimento das contribuições para a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta etapa inicial é uma novidade trazida pela Resolução Normativa (RN) nº 439/2018, que além de ampliar a participação social, aprimorou o processo de revisão da cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde. A normativa apresenta as etapas e fluxos do processo, garantindo visibilidade à metodologia aplicada.

As contribuições de toda a sociedade serão recebidas pelo FormRol, formulário online disponível no portal da ANS, na área Participação da Sociedade - Atualização do Rol de Procedimentos; veja aqui. Nessa mesma página estarão disponíveis um manual e tutorial para orientar no preenchimento do formulário, bem como as informações sobre o novo processo e o cronograma das etapas deste novo ciclo de atualização do Rol.

“O Rol é um importante instrumento de regulação da ANS. Estabelece a cobertura obrigatória com base nos avanços tecnológicos e no equilíbrio entre as necessidades em saúde e o custo proveniente das incorporações. Por isso é tão importante que a sociedade acompanhe os ciclos de atualização e apresente sugestões de inclusão de procedimentos ou alteração de diretriz de utilização”, afirma o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

Com o intuito de apresentar o FormRol a profissionais de saúde, a representantes de entidades do setor e à sociedade civil, a ANS realizou no dia 22/01 um workshop sobre o novo processo de atualização do Rol. O evento teve inscrições abertas para toda a sociedade no portal da Agência, e contou com a presença de cerca de 250 participantes. Confira aqui as apresentações feitas durante o workshop.

As mudanças promovidas pela RN nº 439 também estão no programa das oficinas regionais que a ANS promoverá para esclarecer sobre as suas recentes normas. A primeira será no Rio de Janeiro, nos dias 12 e 13 de fevereiro. Em seguida, estão previstas oficinas em Goiânia, Vitória, Ribeirão Preto, Fortaleza e na Região Sul. As informações sobre datas, locais e a programação do evento serão publicadas oportunamente no portal da ANS.

Antes da RN nº 439, as demandas de alteração do Rol eram encaminhadas pelos membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - Cossaúde e a sociedade de maneira geral podia participar apenas na consulta pública. Agora, todos os cidadãos poderão participar em dois momentos: na fase inicial, mediante submissão de proposta de atualização do Rol, e, posteriormente, na habitual consulta pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias.

A análise das propostas será respaldada por estudos realizados por técnicos da ANS ou por entidades públicas ou privadas, valendo-se de acordos de cooperação técnica. Também são levadas em consideração as tecnologias avaliadas e recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), a observância dos princípios de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de saúde baseada em evidências, e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

A normativa mantém a gestão permanente do Rol mediante revisões periódicas a cada dois anos, como estabelecido na RN nº 211 de 2010. Esse é o intervalo mínimo, tendo em vista as etapas a serem cumpridas e a complexidade do processo. [Confira aqui todas as informações sobre o novo processo de atualização do Rol de Procedimentos.](#) [Acesse o formulário para envio de contribuições.](#)

CONSELHO DE MEDICINA REGULAMENTA CONSULTA, DIAGNÓSTICO E CIRURGIA ONLINE

O Estado de São Paulo – 03/02/2019

Regra entra em vigor dentro de três meses; CFM diz que medida era estudada há anos e não tem relação com saída de cubanos do Mais Médicos, apesar de favorecer mais áreas remotas

BRASÍLIA - Médicos poderão atender seus pacientes pela internet. Resolução aprovada pelo [Conselho Federal de Medicina \(CFM\)](#), que deverá ser publicada na próxima semana, permite que profissionais façam consultas, diagnósticos e cirurgias online. A regra, que entra em vigor dentro de três meses, surge no momento em que os governos se deparam com vazios de assistência em regiões distantes do País, provocados pela saída de profissionais cubanos do [Mais Médicos](#).

O relator da resolução no CFM, Aldemir Soares, garante que a publicação da medida neste momento é apenas uma coincidência e há anos as mudanças estão em discussão. Mas afirma que as consultas a distância podem ser úteis para levar assistência nas cidades que não conseguem atrair profissionais. “Isso pode se aplicar nesses casos. Além disso, era uma falácia dizer que habitantes de comunidades distantes eram atendidas o tempo todo. Parte dos profissionais passava apenas um período do mês nessas comunidades.”

As exigências para consultas a distância em comunidades remotas são mais flexíveis. Nas cidades, a permissão para esse tipo de atendimento vale apenas para segunda consulta.

O primeiro contato entre médico e paciente tem de ser feito apenas presencialmente. No caso de comunidades distantes, no entanto, essa exigência não existe. A teleconsulta é permitida já na primeira vez, desde que o paciente esteja acompanhado de outro profissional de saúde.

Quando o Mais Médicos foi implementado, entidades de classe argumentavam que arregimentar profissionais de outros países significaria dar uma saúde de segunda classe para pessoas que vivem em regiões mais distantes. Soares afirma, no entanto, que regras mais flexíveis para moradores de áreas remotas não segue o mesmo raciocínio. Ele sustenta que a norma exige profissionais habilitados e a consulta remota traz a garantia de assistência de qualidade. Além disso, é necessária a existência de uma estrutura de retaguarda, como hospitais próximos.

A consulta a distância somente pode ser feita com a concordância do paciente. Um termo por escrito, com

autorização expressa, tem de ser assinado. A resolução determina ainda que ela não deve ser feita constantemente. A ideia é de que, a cada 120 dias, consultas presenciais sejam realizadas. Imagens e dados devem ser gravados e mantidos sob sigilo pelo médico. “A responsabilidade é do profissional. Fica a cargo dele definir qual a melhor forma de arquivo.” De acordo com ele, as informações precisam ser mantidas por 20 anos.

Diagnóstico e triagem. O texto aprovado pelo CFM permite também o diagnóstico a distância. O relator conta que a tecnologia já permite que alguns exames, como o de ouvido e garganta, possam ser feitos pela internet. O telediagnóstico é útil também para que profissionais possam pedir a opinião para colegas sobre determinados casos.

A resolução prevê ainda a teletriagem, quando um médico avalia o paciente e determina qual o tipo de atendimento que ele deve receber. “Isso pode ser muito útil, evita que o paciente, por exemplo, seja encaminhado para uma especialidade que não é tão apropriada para o seu caso.”

Planos particulares. Todas as regras estabelecidas na norma se aplicam para a assistência em geral, seja de médicos particulares, que atuam no Sistema Único de Saúde, ou para planos. Soares acredita que, neste primeiro momento, serviços particulares ou ligados a planos de saúde têm mais condições de colocar em prática os serviços remotos, uma vez que nem todas as cidades têm unidades de saúde informatizadas. Mas ele acredita que a perspectiva mude em pouco tempo, com a chegada o País da quinta geração de rede celular. A expectativa é de que a velocidade de transmissão de dados seja mais rápida e eficiente. “Há todo um movimento para que pontos de assistência do SUS sejam informatizados”. O importante, afirma o relator, é que as regras estejam disponíveis quando as condições estiverem disponíveis.

A resolução do Conselho Federal de Medicina permite também cirurgias a distância. Soares conta que já existe no País cerca de 40 centros habilitados para esse tipo de procedimento em que um médico opera, por meio de um robô, um paciente que pode estar a muitos quilômetros de distância. A norma que deverá ser publicada nesta semana prevê que o procedimento somente poderá ser feito em locais com infraestrutura adequada. E, além do cirurgião remoto, é preciso estar presente, no local onde está um paciente, um cirurgião da mesma especialidade. “Ele pode auxiliar na operação, com manipulação de alguns instrumentos e, caso haja qualquer problema, pode assumir a operação.”

QUAL É O MOMENTO IDEAL PARA INVESTIR EM MEDICINA PREVENTIVA?

Previva – 01/02/2019

Investir em medicina preventiva é hoje uma prioridade estratégica para os serviços de saúde no Brasil, tanto na rede pública quanto entre as operadoras privadas.

Com o [envelhecimento da população](#) e a preocupação da sociedade com a qualidade de vida, passou-se a valorizar ainda mais uma visão preventiva, que busca mudar o foco do tratamento de doentes para a promoção da saúde.

Mas antes de se precipitar e sair planejando ações, você deve verificar se a sua operadora está realmente preparada para implantar esta nova abordagem na rotina de atendimento aos beneficiários.

Antes de dar o primeiro passo, é preciso saber se realmente é o momento certo para investir em medicina preventiva.

Para isso, é necessário avaliar algumas questões importantes referentes à gestão da sua operadora:

O peso dos custos assistenciais

A primeira questão que deve ser avaliada antes de se tomar uma decisão sobre implantar ou não ações preventivas é a análise financeira.

O gestor precisa verificar como está o volume das despesas com tratamentos de doenças e examinar se esses gastos poderiam estar sendo destinados a exames e consultas dentro de programas de promoção da saúde.

Nesse contexto, dar atenção a beneficiários com multimorbidade é imprescindível. Assim que você tiver esgotado essas atenções, amplie o foco para outros perfis de saúde de acordo com a participação de cada um nas despesas da sua operadora.

Este artigo explica em mais detalhes como fazer o controle dos custos assistenciais em operadoras de saúde.

Faixa etária dos beneficiários

Outro ponto fundamental que deve ser levado em conta na decisão de investir em medicina preventiva é a idade média dos beneficiários.

Se for identificado que existe uma grande parcela de pessoas idosas entre os usuários do plano, é alta a possibilidade de haver uma alta demanda por internações, consultas e tratamentos.

Sendo assim, um trabalho de promoção e prevenção de doenças torna-se não apenas possível, como necessário.

Se você utilizar um bom sistema de gestão para medicina preventiva, poderá ter facilmente estas informações sempre à mão, com relatórios atualizados sobre indicadores de saúde e perfil dos usuários.

Dessa forma, é possível também otimizar o processo de seleção de elegíveis e direcionar seus programas de saúde para o público mais indicado para cada situação.

Região atendida pelo plano

Quando se pensa na viabilidade de fazer um investimento em medicina preventiva, o gestor precisa pensar também na região de abrangência dos serviços da operadora.

Vale fazer uma análise aprofundada sobre as principais questões de saúde nos locais onde seus beneficiários moram ou trabalham.

Por exemplo, se a maioria dos cadastrados reside em uma cidade com altos índices de poluição, a probabilidade de desenvolver doenças respiratórias é maior, em comparação com moradores de regiões menos poluídas.

Nesses casos, um planejamento adequado dos programas de medicina preventiva pode evitar futuras complicações entre essas populações e diminuir os gastos com tratamentos caros mais adiante.

Capacidade de planejamento

E já que falamos em planejamento, esta é também uma questão fundamental para a implantação de ações de prevenção e programas de promoção da saúde.

Se a sua operadora decidir pelo investimento nessa área, tais ações precisam ser muito bem planejadas e colocadas em prática de acordo com uma linha de atuação previamente definida.

Dentro do seu planejamento, é preciso abordar a questão da prevenção em todos os seus aspectos.

Baseie-se nas informações do sistema de gestão para verificar se as maiores necessidades estão no atendimento primário, secundário ou terciário. Contudo, não deixe de promover ações nos três níveis de atenção.

Lembre-se:

Investir em medicina preventiva é uma decisão que deve ser tomada baseada em informações. Somente dessa forma sua operadora conseguirá atingir os objetivos esperados com esse tipo de iniciativa.

Mas quando exatamente devo investir em medicina preventiva?

Bem... como já dissemos, isso vai depender do quanto você conhece a respeito da gestão da sua operadora.

Você pode ter vários objetivos ao implementar ações de promoção da saúde: fidelização da carteira, marketing, etc.

Mas, em linhas gerais, o momento exato para iniciar o investimento em promoção da saúde é quando for necessário economizar!

OPERADORA DE SAÚDE INICIA IMPLANTAÇÃO DO COMPLIANCE

DINO - 31/01/2019

Uma discussão está na agenda dos executivos brasileiros, atualmente, e diz respeito ao fortalecimento da credibilidade das empresas, por meio da transparência e da clareza nos processos. A cultura de Compliance tem conquistado a atenção das corporações, concentradas em aprimorar o jeito de fazerem seus negócios. No segmento da saúde, a Geap é uma das pioneiras na adoção de um sistema de governança corporativa.

Subestimar o compliance é o que explica, talvez, porque a taxa de mortalidade das empresas com até 5 anos de vida beira os 50% no Brasil, segundo a Endeavor. Menos de 20% das empresas chegam aos seus 10 anos, em geral, por falta de controles internos, falhas de gestão, respeito às normas e regulamentação.

Segundo a Pesquisa Maturidade do Compliance no Brasil 2017/2018, 27% das corporações não têm estruturas dedicadas ao tema, com autonomia e independência. Na empresa sem fins lucrativos responsável por operar planos de saúde de servidores do governo federal, a Geap, a realidade é diferente. A empresa tem pautado as ações de forma ética e transparente, e investe na capacitação das suas equipes para a implantação de um amplo sistema de governança corporativa.

Há alguns meses, a Geap lançou o Código de Ética e Conduta, que norteia a adoção de posturas, comportamentos e atitudes de seus colaboradores. O Código reforça o compromisso com as melhores práticas de gestão, norteando a consciência profissional de cada envolvido, ao aprimorar a conduta e fortalecer a cultura de respeito nas relações e no exercício profissional diário.

"O Código de Ética e Conduta foi entregue a cada um dos colaboradores. Em 2019, os Conselhos, a Diretoria e as nossas equipes estão comprometidos em garantir transparência das nossas ações", avaliou o Diretor-Executivo da Autogestão, Leopoldo Jorge Alves Neto.

Mas, o que é compliance?

Comply, em inglês, significa "agir em sintonia com as regras", o que já explica um pouquinho do termo que vale para todas as esferas. Compliance, em termos didáticos, significa estar em linha com normas, controles internos e externos, políticas e diretrizes estabelecidas para o seu negócio. Significa assegurar que a empresa está cumprindo todas as imposições dos órgãos de regulamentação, dentro das exigências de seu segmento.

PREVENÇÃO SALVA VIDAS E ALIVIA O SISTEMA

IESS – 31/01/2019

A edição desta quinta-feira do Jornal O Estado de S. Paulo trouxe uma reportagem com diversas bandeiras levantadas pelo IESS ao longo dos últimos anos. Intitulada "Programas de prevenção potencializam melhor uso dos planos de saúde e sua sustentabilidade" cruzou números de saúde nacionais e internacionais com diversos dados de nossos estudos para trazer informações sobre a necessidade de prevenção de doenças, promoção da saúde, revisão dos modelos de pagamento e outras urgências para o setor como um todo.

A reportagem apresentou dados do nosso Texto para Discussão nº 73 "Hábitos alimentares, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013" que compara a incidência de fatores de risco como pressão alta, maus hábitos alimentares e baixa frequência de exercícios entre esses dois grupos.

A publicação mostra que os beneficiários dos convênios consomem mais doce e sal e substituem refeições por pizza e outros alimentos industrializados com mais frequência do que quem utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, também sofrem mais com pressão alta, diabetes e colesterol alto.

Lembram, portanto, o que apontamos periodicamente da necessidade de mudança de hábitos de vida e consumo. "O ditado 'prevenir é melhor do que remediar' faz bem tanto para a saúde dos beneficiários quanto para a do sistema suplementar. A prevenção evita que o problema apareça. Se mesmo assim ele surgir, todos os esforços devem se focar em detectá-lo e tratá-lo o mais rápido possível", aponta o texto. "Além de ampliar as chances de cura, isso reduz custos com intervenções caras que nem sempre são eficazes em estágios avançados de algumas doenças", afirma Rafael Schmerling, oncologista clínico do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

O oncologista também conta que cirurgias para retirada de tumores e lesões pré-cancerígenas identificadas logo no início podem resolver 95% dos casos de câncer sem que sejam necessárias terapias mais longas e mais custosas, como quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.

A reportagem também traz outros temas importantes para o setor, como a questão dos modelos de pagamento, mas isso é tema para outras publicações. Conheça mais detalhes do TD 73.

MEMED LANÇA PRIMEIRO APP BRASILEIRO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

SaúdeBusiness – 30/01/2019

Acaba de chegar ao mercado a primeira ferramenta genuinamente brasileira que possibilita aos médicos realizarem a prescrição de medicamentos de maneira digital e inteligente, utilizando dispositivos móveis a qualquer hora e em qualquer lugar. Além de agilizar o processo de prescrição médica, algumas funcionalidades do recurso beneficiam os pacientes. A novidade está sendo lançada pela Memed, empresa de tecnologia em saúde, pioneira em plataforma de prescrição digital no país, e foi incluída ao aplicativo gratuito, que já é acessado hoje por 50 mil médicos de todas as especialidades em todo o país.

“39% dos erros médicos associados à medicação, ocorrem no momento da prescrição. Os motivos são vários, mas uma questão importante, que tira a receita médica da posição de coadjuvante, é a grafia muitas vezes ilegível ou os erros de digitação. No momento da prescrição médica, a forma como a receita dos medicamentos é gerada pode impactar, tanto negativa como positivamente nos resultados clínicos”, explica Rafael Moraes, CMIO da Memed. “Sabemos que a estratégia a ser adotada para melhorar a qualidade no atendimento é colocar o paciente no centro do cuidado e a tecnologia atrelada à inteligência de um app como esse pode ajudar muito. Claro que o aplicativo não elimina a necessidade de consultas presenciais, ele só agiliza, engaja o paciente e traz mais segurança ao processo de prescrição médica”.

Além de permitir ao médico consultar um banco de medicamentos com mais de 43 mil apresentações detalhadas, atualizadas em tempo real, e prescrever digitalmente no próprio celular, o app consolida os dados dos pacientes atendidos em todos os hospitais e clínicas onde o médico trabalha. Ademais, traz uma série de outras vantagens que merecem destaque como:

1. Agilidade na prescrição médica

O app acaba com processos cansativos, demorados e sujeitos a erros. Permite ao médico criar seus receituários,

emitir uma via impressa em poucos toques e entregar, simultaneamente, uma cópia digital ao paciente.

2. Histórico de prescrição médica

Além de acessar todos os medicamentos, orientações e solicitações de exames que já prescreveu via aplicativo ou computador, o profissional da saúde consegue editar ou reimprimir uma prescrição já realizada, otimizando seu tempo.

3. Sugestões de Posologias

Através do aplicativo, o médico passa a ter acesso a sugestões de posologias (dosagem, frequência e duração de um medicamento) para as principais drogas da prática clínica de acordo com cada indicação – todas sempre atualizadas a partir de medicina baseada em evidência.

4. Protocolos e Fórmulas

Desde que cadastrados previamente na versão web da Memed (site), os protocolos e fórmulas manipuladas ficam disponíveis no aparelho, ganhando tempo na hora da prescrição médica e possibilitando não só atender um número maior de pacientes, como também com mais qualidade.

5. Assistente Memed

Do ponto de vista de quem recebe os cuidados, além da via impressa, é possível enviar, gratuitamente, uma cópia digital da prescrição médica para que o paciente pesquise os preços nas principais farmácias (serviço disponível, por enquanto, apenas na cidade de São Paulo). Isso aumenta o controle do médico com relação ao engajamento e adesão ao tratamento, já que elimina o risco da troca dos medicamentos nas farmácias.

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.



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

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.