

08 de Março de 2017

DIA INTERNACIONAL DA MULHER

MILLIMAN – 08/03/2017

No Dia Internacional da Mulher o site SEGS publica matéria “Beneficiárias de planos de saúde estão se cuidando mais” sobre a representatividade das beneficiárias mulheres no setor de saúde suplementar e a elevação de seus níveis de prevenção e promoção à saúde.

Leia a matéria na íntegra em:

<http://www.segs.com.br/seguros/55464-beneficiarias-de-planos-de-saude-estao-se-cuidando-mais.html>

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE**

ANS – AVISO PARA OPERADORAS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que, desde o dia **01 de março de 2017**, as operadoras devem solicitar autorização para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, **apenas pelo aplicativo Gestão Eletrônica de Autorização de Reajuste (GEAR)**, conforme disposto na [Instrução Normativa \(IN\) nº 51](#), de 27 janeiro de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO).

Tal inovação irá proporcionar mais celeridade e segurança no recebimento das solicitações, eficiência na análise e no encaminhamento das decisões da Agência às operadoras, exclusivamente por via digital e, conseqüentemente, economicidade dos recursos públicos e diminuição do custo regulatório, refletindo na melhor qualidade dos serviços prestados.

[Confira aqui mais informações sobre a autorização para aplicação de reajuste.](#)

[Acesse o aplicativo GEAR.](#)

[Confira o Manual do Usuário.](#)

PLANO POPULAR DE SAÚDE PREVÊ AO MENOS 50% DE COPARTICIPAÇÃO

O GLOBO – 07/03/2017

BRASÍLIA - Três tipos de planos populares de saúde foram apresentados pelo governo para avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deverá se manifestar sobre a "viabilidade técnica". Pelos termos gerais da proposta, o usuário terá de pagar "ao menos 50% do valor de procedimento" como coparticipação, os preços do serviço poderão ser reajustados apenas "com base em planilhas de custo", haverá "obrigatoriedade da segunda opinião médica" nos casos mais complexos, entre outras mudanças.

O primeiro tipo sugerido é o "Plano Simplificado", que não cobre internações, terapias e exames de alta complexidade, urgência e emergência ou hospital-dia. No documento, assinado pelo secretário de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Francisco de Assis Figueiredo, o argumento é que até 85% dos problemas de saúde do beneficiário podem ser resolvidos apenas com os serviços ofertados: consultas, terapias e serviços de diagnóstico de baixa e média complexidade.

No segundo modelo proposto, chamado de Ambulatorial mais Hospitalar, o usuário terá acesso a serviços de baixa, média e alta complexidade, mas começará o atendimento obrigatoriamente por um médico de família ou da atenção primária. Caso ele indique o paciente para a rede hospitalar, será preciso ouvir uma segunda opinião que "reafirme a necessidade".

Pelo Regime Misto de Pagamento, o terceiro tipo de plano sugerido, o usuário paga mensalmente a cobertura de serviços hospitalares,

terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial. De acordo com valores previstos no contrato, o beneficiário pagará por procedimento feito. Haverá modelos de pré e pós-pagamento.

Para que os planos populares possam ser praticados no mercado com essas regras, será preciso que a ANS reveja normas atuais que tentam proteger os usuários de abusos, como a que prevê uma rede mínima de serviços a serem ofertados. Após a manifestação de viabilidade técnica, o Ministério da Saúde vai submeter o texto à Consultoria Jurídica da pasta para debater a "viabilidade jurídica".

Polêmica desde que foi anunciada pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, a ideia dos planos populares de saúde levou a pasta a formar um grupo de trabalho, em agosto de 2016, que chegou ao texto atual remetido à ANS. A pasta tenta se desvincular da proposta, ao afirmar, em nota, que "não propôs e não opina" sobre as sugestões "elaboradas pelo Grupo de Trabalho para discutir a elaboração do projeto de Plano de Saúde Acessível".

O grupo, ainda segundo o ministério, contou com participação de mais de 20 instituições ligadas à Saúde Suplementar, como Abramge, Proteste, AMB, CFM e Unimed, além de representantes do Ministério da Saúde (coordenação), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização.

Entre as razões apresentadas no documento para endossar a proposta, está a elevada taxa de desemprego que "afeta diretamente o mercado de saúde suplementar". Segundo o ofício, houve redução de 3,05% no número de usuários nos últimos 12 meses — eram mais de 50 milhões em junho de 2015 e passou a 48,6 milhões em junho de 2016.

REPUBLICANOS APRESENTAM PLANO PARA REVOGAR OBAMACARE NOS EUA

G1 – 06/03/2017

Republicanos da Câmara dos Representantes dos Estados Unidos apresentaram nesta segunda-feira (6) um projeto de lei para revogar os pontos centrais do programa federal de seguro de saúde do país, o Affordable Care Act, mais conhecido como "Obamacare".

O projeto propõe uma nova forma de crédito individual como ajuda no pagamento de seguro.

"É hora de virar a página e de salvar nosso sistema de saúde desta lei desastrosa", disse Paul Ryan, presidente da Câmara. Pelo Twitter, o presidente Donald Trump comentou: "Câmara acaba de apresentar a lei para revogar e substituir o Obamacare. Hora de acabar com esse pesadelo". "Nosso projeto de lei transfere o poder de Washington para os americanos", declarou Kevin Brady, presidente de uma das comissões da Câmara de Representantes encarregada da reforma.

O projeto revelado nesta segunda, que será debatido nos próximos meses pelos legisladores, anula a obrigação universal de adquirir um seguro e reduz a intervenção do Estado.

E plano tem um novo ponto: a instauração de um crédito fiscal de entre US\$ 2 mil e US\$ 14 mil por ano para ajudar os cidadãos a pagar seu seguro. Este ponto, segundo a agência France Presse, deverá provocar manifestações por parte da ala conservadora do Partido Republicano.

O texto mantém, não obstante, dois dos pontos centrais do Obamacare: a possibilidade para as crianças de se inscreverem no seguro de seus pais até os 26 anos e a proibição de que as companhias de seguro discriminem os pacientes em função de seus antecedentes médicos.

Trump e republicanos no Congresso prometeram repetidamente revogar e substituir a política votada pela maioria democrata na época e assinada por Barack Obama em 2010. O Obamacare permitiu a mais de 20 milhões de americanos ter acesso a um seguro saúde.

BRASIL PODERIA TIRAR LIÇÕES DE OUTROS SISTEMAS DE SAÚDE

Folha de São Paulo – 06/03/2017

O Brasil deveria aprender com outros países como melhorar a qualidade, reduzir custos e trazer mais eficiência para o sistema de saúde.

Por exemplo, inovar os cuidados na atenção primária para evitar hospitalizações, como ocorre em Israel, ou permitir consultas on-line, como acontece na Índia.

O conselho é de Mark Britnell, 51, autor de "In Search of the Perfect Health System" (Buscando o sistema de saúde perfeito), que já trabalhou em 68 países e estudou a fundo os sistemas de 30 deles.

Um dos ex-diretores do sistema de saúde britânico (NHS) e atual líder global da prática de healthcare da consultoria KPMG, Britnell elogia o Programa de Saúde da Família brasileiro, diz que ele inspirou países da África e da Ásia e deve ser incentivado. A seguir, trechos da entrevista que deu à **Folha**.

Folha – Um sistema de saúde perfeito não existe. Mas se existisse, como seria?

Mark Britnell – Não há um sistema de saúde perfeito, mas cada país tem algo a ensinar e algo a aprender.

Com o Brasil não é diferente. Embora eu diga que nenhum país possa reivindicar ter o melhor sistema de saúde do mundo, há algumas facetas de sistemas de alto desempenho que todos os países poderiam aprender (veja infografia).

Quais os pontos fortes do Brasil e quais lições podemos aprender com esses países?

Eu acho que o Brasil tem alguns bons pontos fortes no SUS e no seu Programa Saúde da Família (PSF). A Rio Saúde também é um modelo que funciona bem. A empresa mistura administração pública e privada e aplica com sucesso conceitos bem conhecidos por outras indústrias e, agora, a da saúde para melhorar qualidade, reduzir custos e ganhar eficiência.

O Brasil pode aprender muito com Israel em cuidados primários. Combinam seguradora de saúde com prestador de serviços em saúde. A seguradora tem o incentivo para manter as pessoas bem e fora do hospital.

Israel tem excelentes cuidados primários, com a maioria das suas instalações de diagnóstico na comunidade para que os pacientes não tenham que ir ao hospital.

Da mesma forma, o país faz muito melhor uso da tecnologia, com registros médicos eletrônicos e consultas telefônicas mais rápidas, mais acessíveis e mais baratas para os pacientes.

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil está praticamente estagnado. É um erro?

O PSF é mencionado em meu livro como um dos 11 exemplos de melhores práticas no mundo. Cuidar pró-ativamente das famílias e das comunidades é bom para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças. O

PSF tem inspirado países no mundo, especialmente na África e na Ásia. É uma falsa economia cortar programas de cuidados primários, porque a doença vai aparecer na sala de emergência. É pior para o doente e para o contribuinte.

Na sua opinião, qual é o principal desafio do SUS?

Qualquer sistema de saúde universal, como o SUS, precisa de uma economia forte e transparente para apoiá-lo. O congelamento federal do orçamento da saúde vai colocar uma enorme pressão sobre o SUS, mas isso não pode enfraquecer o sistema. Ele tem sido uma inspiração para muitos países.

O Brasil já gasta cerca de 10% de seu PIB na saúde, mas seu desempenho, qualidade e expectativa de vida podem ser melhorados. Os EUA gastam quase 18% do PIB em um sistema com cuidados de saúde universais limitados.

Boa saúde nacional, em última instância, leva a uma melhor riqueza nacional. A cada US\$ 1 gasto em cuidados de saúde, US\$ 4 são gerados na economia.

No Brasil, parcerias entre o público e o privado costumam inspirar desconfiança. O sr. argumenta que elas podem ser uma saída para o setor de saúde. Como avançar?

Os setores público e privado da saúde no Brasil parecem estar indo em direções diferentes e isso não é bom para o país, para a coesão social e para a eficiência. Em muitos países de renda média, há vários exemplos bem-sucedidos de parcerias público-privadas de longo prazo.

Esses relacionamentos poderiam resultar em escolas médicas conjuntas, novos centros de atendimento ambulatorial conjuntos, pacientes públicos sendo tratados em estabelecimentos particulares a preços determinados.

A corrupção tem prejudicado contratos nos setores público e privado e isso precisa ser passado a limpo para melhorar o valor do dinheiro, a confiança e o investimento de longo prazo.

Planos de saúde no Brasil têm discutido a transição de um modelo de pagamento por serviço. Como os outros países estão lidando com isso?

É correto afastar-se do modelo de pagamentos por serviços, pois eles são inflacionários. É o caso dos Estados Unidos, onde agora estão tentando mover-se para pagamentos por pacotes em até 80% dos procedimentos.

Na Europa, muitos países estão usando pagamentos agrupados ou baseados em valor para reduzir a inflação dos custos em saúde e melhorar a qualidade.

Consultas virtuais são proibidas pelo conselho médico brasileiro. Outros países têm feito mais progressos nesta área?

Eu realmente acho que o Brasil está perdendo uma oportunidade aqui, pois poderia ser um líder global em tecnologia de alto valor aplicada aos cuidados de saúde. Na Índia, smartphones são agora utilizados pelos pacientes para chamar remotamente um médico ou uma enfermeira num call center, que usam a melhor base de evidência clínica e algoritmos para fazer um diagnóstico por telefone. Em seguida, a receita é enviada eletronicamente para a farmácia mais próxima do paciente.

Diante dos desafios remotos e rurais no Brasil, acredito que isso pode funcionar aqui também. E nas áreas urbanas é especialmente popular entre os jovens que não querem perder tempo em fila para ver um médico.

O envelhecimento populacional é visto como um dos principais desafios para os sistemas de saúde. Como torná-lo mais sustentável?

Quase todos os países estão falando sobre o envelhecimento da população e alguns poucos-como Japão, Holanda e Cingapura-estão começando a tomar medidas. No Japão, há uma das melhores práticas que eu vi. Trata-se de um sistema integrado de cuidados baseados na comunidade que presta serviços como bem-estar, cuidados de saúde, cuidados de longa duração e medidas preventivas. Esse tipo de abordagem evita os riscos de se criar "guetos de idosos".

A tecnologia também tem papel importante no gerenciamento do paciente idoso. Os sistemas remotos de monitoramento ajudam o pessoal clínico a intervir apenas quando necessário, permitindo-lhes responder a um problema antes de se tornar uma emergência hospitalar.

Reconhece-se cada vez mais o valor dos programas de prevenção dirigidos aos idosos, como o aumento da atividade física, o uso eficaz dos medicamentos e a redução do risco de quedas.

FRAUDES E DESPERDÍCIO CONSUMEM QUASE R\$ 22,5 BILHÕES DAS DESPESAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

IESS – 06/03/2017

Estudo inédito estima que cerca de 19% dos gastos assistenciais foram consumidos por práticas ilegais e procedimentos desnecessários, onerando operadoras e contratantes de planos de saúde

Trabalho inédito produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) estima que cerca de R\$ 22,5 bilhões dos gastos das operadoras de planos de saúde do País com contas hospitalares e exames, em 2015, foram gerados indevidamente, decorrendo de fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. Isso representa 19% do total das despesas assistenciais realizadas pelas operadoras de planos de saúde. A projeção é baseada em estudos técnicos a partir da revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e brasileiros sobre o tema, em um esforço do IESS para dimensionar o impacto das fraudes no sistema de saúde suplementar do Brasil e apontar experiências bem-sucedidas no combate às práticas inadequadas nesse setor. Leia o TD 62.

“As despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares somaram R\$ 117,24 bilhões, em 2015. Portanto, os gastos de R\$ 22,5 bilhões com fraudes e desperdícios significam quase 19% desses gastos e foram consumidos por fraudes e desperdícios, algo que compromete fortemente as finanças das operadoras e onera quem contrata um plano de saúde”, analisa Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

No estudo “Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil”, o IESS identificou que de 12% a 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Observa, ainda, com base em relatório da Controladoria Geral da União (CGU), que o problema também é de grandes proporções no sistema público de saúde: entre 2002 e 2015, foram detectadas irregularidades de desvio de dinheiro em aproximadamente R\$ 5,04 bilhões, o que equivaleu a 27,3% do total de irregularidades em todas as áreas do governo.

Embora ressalve que a corrupção e a fraude são difíceis de serem detectadas na área da saúde – uma vez que a cadeia produtiva desse setor contempla diversos segmentos e particularidades em cada um deles, inclusive com distinção entre os sistemas públicos e privados –, o estudo aponta que, na saúde privada, as principais

formas de abuso se concentram em tratamentos excessivos e desnecessários ou baixa qualidade no atendimento; comercialização inadequada de medicamentos e de dispositivos médicos e sonegação de tributos.

Tais práticas inadequadas se originam e são mantidas principalmente, diz o documento, pela ausência de mecanismos de transparência, por exemplo, para explicitar as relações entre os agentes do setor de saúde (por exemplo, se um profissional da área recebeu um benefício ou uma comissão de um fornecedor de materiais e medicamentos). Legislações da Alemanha e dos Estados Unidos indicam que todos os pagamentos e benefícios entre agentes do setor de saúde devem ser tornados públicos. A União Europeia e os Estados Unidos também instituíram marcos regulatórios com punições severas para atos de corrupção, indica o estudo.

No Brasil, falta transparência nos sistemas de precificação de insumos e serviços de saúde e também no modelo de pagamento por serviços prestados na saúde, o que inviabiliza a comparação e o controle de custos nas distintas etapas que envolvem o atendimento ao paciente e abrem espaço para práticas inadequadas, como atos de corrupção.

Isso acontece principalmente por causa do modelo recorrentemente usado para pagamentos de serviços de saúde, a chamada “conta aberta” (ou fee-for-service). Nesse caso, a conta de serviços absorve todos custos, insumos, procedimentos e usos dos equipamentos, mesmo quando há falhas e desperdícios e, até mesmo, corrupção.

Um dos requisitos para combater tais práticas nocivas ao setor seria modernizar os sistemas de pagamento, por meio da premiação à eficiência e o melhor desfecho clínico ao paciente, e punindo o desperdício e a contratação de exames desnecessários, assim como reinternações ou agravamento dos quadros clínicos causados por falhas assistenciais.

“O modelo brasileiro de remuneração de serviços de saúde está mais de 30 anos atrasado em relação aos outros países. É fundamental que avancemos em um padrão de transparência de informações, permitindo comparações baseadas em indicadores de qualidade e segurança assistencial dos pacientes, e também sobre as relações entre os envolvidos no setor, identificando os conflitos de interesse e práticas abusivas. Só assim será possível ter um sistema mais eficiente e que onere menos as operadoras e quem contrata um plano de saúde”, avalia Luiz Augusto Carneiro.

STJ: EX-EMPREGADO TEM DIREITO DE MANTER CONDIÇÕES DE PREÇO E REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE, INDEPENDENTE DE REGULAÇÃO

O GLOBO – 06/03/2017

RIO — A manutenção do ex-empregado no plano de saúde, sob as mesmas condições observadas durante o vínculo empregatício, é um direito assegurado por lei ao trabalhador demitido sem justa causa, independentemente de regulamentação da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS). Esse foi o entendimento da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que reformou acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) que havia rejeitado a pretensão de um ex-empregado ao argumento de que esse direito só poderia ser reconhecido após a publicação da Resolução 279/2011 da ANS.

O caso teve início em ação declaratória de ilegalidade de cobrança de mensalidades do plano de saúde, combinada com repetição de indébito, proposta pelo ex-empregado, que, ao deixar a empresa, teve o valor de sua contribuição aumentada de R\$ 2.840,46 para R\$ 6.645,16. Ele pediu a declaração de ilegalidade dos aumentos de preço aplicadas após sua demissão, bem como a devolução em dobro do montante cobrado e pago, corrigido e acrescido de juros moratórios legais entre a data do pagamento indevido e a efetiva restituição.

O consumidor alegou que o artigo 30 da Lei 9.656/98 garante ao empregado demitido sem justa causa o direito à manutenção da condição de beneficiário, “nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho”. O TJDF, porém, entendeu que esse direito somente lhe estaria assegurado após a regulamentação do referido artigo pela ANS, instituída pela Resolução 279, publicada em novembro de 2011. O autor da ação foi demitido em maio daquele ano.

Pela resolução da ANS, o beneficiário de plano de saúde empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar tem direito a manter o plano de saúde oferecido pela empresa se contribuiu mensalmente para o pagamento do plano contratado a partir de 1999.

De acordo com o relator do caso no STJ, ministro Marco Aurélio Bellizze, o artigo 16 da Resolução 279 “não inovou na ordem jurídica” ao estabelecer que a manutenção do ex-empregado no mesmo plano de saúde em que se encontrava observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho. Segundo o relator, tal compreensão “já era possível de ser extraída, antes mesmo de sua edição, como decorrência da interpretação sistemática do texto legal que a antecedeu, qual seja, o artigo 30 da

Lei 9.656/98, que assegurava ao ex-empregado o direito de manter-se vinculado ao plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava à época da vigência do contrato de trabalho, desde que assumia o seu pagamento integral”.

Para Bellizze, o ato normativo veio “apenas para corroborar aquilo que já se podia depreender do espírito protetivo da lei, voltado a preservar ao trabalhador o acesso à saúde, bem como aos seus dependentes, diante de uma situação que, em decorrência da perda do emprego, acabou por torná-lo ainda mais vulnerável”.

Com relação à restituição em dobro, o ministro afirmou que a jurisprudência do STJ apenas a considera cabível “na hipótese de ser demonstrada a má-fé do fornecedor ao cobrar do consumidor os valores indevidos, o que não se verifica nos autos”.

Advogada especializada em Direito à Saúde, Ingrid Carcales afirma que, do ponto de vista prático, a decisão não terá grande impacto, porque quem for ajuizar uma ação hoje, irá questionar a validade da RN 279/2011. No caso específico da decisão do STJ, a resolução ainda não era vigente à época do ajuizamento da ação:

— Para quem for discutir a legalidade de reajustes aplicados de forma diferente entre a carteira de empregados ativos e a de inativos, terá que impugnar, especificamente, a RN 279/2011.

A Resolução Normativa nº 279, que tratou da extensão do benefício do plano de saúde para aposentados e demitidos, criou uma regulamentação que destoa dos critérios de razoabilidade e permitiu que os empregadores dividissem a carteira de beneficiários do plano de saúde em dois contratos, um para os empregados ativos e outro para os inativos.

— Quando o empregador opta por essa mudança, o reajuste do contrato dos inativos passa a ser muito maior, pois é uma carteira de clientes composta na maior parte das vezes por pessoas idosas (aposentados). Quanto mais idoso, maior o risco de precisar mais do plano de saúde, que é reajustado de acordo com a sinistralidade (utilização do serviço pelo grupo segurado). No contrato dos inativos, há poucos jovens para equilibrar o contrato e, com isso, o reajuste acaba sendo maior — ressalta a advogada.

Além disso, diz Ingrid, de acordo com o artigo 15 da mesma Resolução Normativa, se o empregador optar por segregar seus ex-empregados em um novo contrato, a operadora de saúde poderá apresentar uma nova tabela de valores por faixa etária e esses valores são usualmente maiores do que aqueles cobrados dos empregados ativos:

— Esse aumento não tem previsão legal e confronta a Lei 9.656/98. A RN 279/2011 representa um enorme prejuízo para os beneficiários desse serviço. E a ANS tem o poder de regulamentar o setor suplementar de saúde, mas não pode extrapolar os limites estabelecidos pela Lei n. 9.656/98, norma hierarquicamente superior e que deve prevalecer quando conflita com normas administrativas da ANS — conclui a advogada.

TELEMEDICINA REVOLUCIONA O ATENDIMENTO MÉDICO UTILIZANDO SOLUÇÕES DE TELEPRESENÇA

Saúde Business –03/03/2017

O avanço da tecnologia tem nos apresentado novas ferramentas diariamente. São várias opções de funcionalidades que oferecem inúmeras possibilidades para tornar a vida mais fácil. Até situações tradicionais, como ir a uma consulta médica estão sendo impactadas pelos avanços tecnológicos. Isso porque muitos profissionais da área da saúde já contam com o auxílio da telemedicina para superar as barreiras distanciais entre os pacientes.

A telemedicina consiste em usar a tecnologia da informação e telecomunicações para a realização de ações médicas à distância. Utilizando câmeras de vídeo e soluções de telepresença, médicos e pacientes podem se conectar com rapidez e segurança, de qualquer lugar onde estiverem. De acordo com a American Telemedicine Association (ATA), a telemedicina tem como vantagens a redução de custos e ampliação da atuação médica, sendo importante para o acompanhamento de exames e discussões técnicas.

Um dos principais benefícios da telemedicina é o alcance a moradores de regiões remotas, que não conseguem se deslocar aos grandes centros urbanos para conseguir atendimento médico. Por meio da teleassistência, onde o paciente é monitorado em seu próprio domicílio, os profissionais conseguem fazer os primeiros

diagnósticos, e assim, identificar a necessidade de um atendimento pessoal.

No Brasil, muitas empresas e profissionais da área médica já estão descobrindo os benefícios da telemedicina. Segundo Renato Batista, fundador e CEO da NetGlobe, empresa especialista em soluções de videocolaboração, o aumento nas vendas para serviços neste setor foi de 20% em 2016 com a plataforma NetGlobe Vídeo Cloud. “Apostar no mercado de telemedicina foi uma decisão muito acertada, pois muitos profissionais da área médica estão investindo nessa ferramenta para expandir as possibilidades de atendimento e aumentar o número de pacientes”, explica o executivo.

Para Tarciso Machado, superintendente de inovação e eficiência da HapVida, o uso da ferramenta trouxe muitos benefícios. “A Hapvida estava a procura de uma solução que viabilizasse o teleatendimento com rapidez, de forma instantânea e sem perdas. A NetGlobe apresentou o projeto e realizamos um piloto. Hoje, contamos com 105 salas de teleatendimento, que são utilizadas para realizar 14 mil contatos com especialistas para segundas opiniões por mês.

Além disso, tivemos redução de viagens para reuniões administrativas. Estamos agora tentando evoluir para uma plataforma web, onde ampliaremos o serviço nas áreas de portabilidade e mobilidade. A ideia é fomentar ainda mais o uso dessa ferramenta, utilizando tecnologia acessível a todos”, explica Tarciso.

Além da teleassistência, a telemedicina também abrange áreas como diagnósticos e teleeducação, que tem foco na capacitação de profissionais por meio de aulas virtuais, videoconferências e e-learning.

APOSENTADA POR INVALIDEZ TEM DIREITO A PLANO DE SAÚDE IGUAL AO DOS ATIVOS

Consultor Jurídico –02/03/2017

Após ter reconhecido em juízo seu direito à manutenção do plano de saúde e de seu dependente, uma aposentada por invalidez ingressou com nova ação trabalhista contra sua empregadora, a Santa Casa de Misericórdia, também relativa ao plano de saúde. Desta vez, pediu a manutenção do plano nas mesmas condições oferecidas aos empregados ativos, em caráter vitalício.

A empregadora alegou ser impossível manter as condições do plano ao qual a empregada estava vinculada na ativa, em decorrência das diferenças nas formas de financiamento dos planos voltados para empregados ativos e aposentados. Argumentou que há previsão legal da possibilidade de segregação dos planos de grupos de beneficiados ativos e inativos, exigindo do aposentado uma adesão explícita ao novo regime, no qual ele é obrigado a arcar com o custeio integral da mensalidade.

O caso foi analisado na 14ª Vara do Trabalho de Belo Horizonte, pela juíza Ângela Castilho Rogêdo Ribeiro, que entendeu que a aposentada tinha razão.

Como observou a julgadora, a própria empregadora reconheceu e demonstrou que os empregados ativos arcavam com mensalidades de valores de coparticipação inferiores aos pagos pela aposentada para manutenção de seu plano e o de seu dependente.

Além disso, de acordo com o entendimento da Súmula 440 do TST, assegura-se o direito à manutenção de plano de saúde ou de assistência médica oferecido pela empresa ao empregado, apesar de suspenso o contrato de trabalho em virtude de auxílio-doença acidentário ou de aposentadoria por invalidez.

Como ressaltado pela magistrada, a aposentadoria por invalidez não extingue o pacto laboral, por se tratar de aposentadoria provisória (artigos 46 a 50 do Decreto 3.048/99). *Com informações da Assessoria de Imprensa do TRT-3.*

Processo 0011614-92.2016.5.03.0014

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS #4: INDICADORES AJUDAM MÉDICOS NO TRATO COM O PACIENTE

Saúde Business –02/03/2017

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. Mas, apesar disso, cerca de 6 milhões de pessoas ainda morrem anualmente por doenças relacionadas ao cigarro, como câncer de pulmão, enfisema, trombose vascular e problemas cardíacos – número que deve aumentar para 8 milhões até 2030. Sua fumaça tem mais de quatro mil substâncias tóxicas. Porém, ainda se debate o impacto que o término do hábito tem sobre a redução do risco de morte.

Diante disso, e para auxiliar os médicos na assistência a pacientes com doenças do coração, uma revisão sistemática realizada por meio da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e publicada na Biblioteca Cochrane, tendo como base mais de 20 estudos na área, concluiu que parar de fumar está associado a uma redução substancial – de 36% – no risco de mortalidade entre pacientes com doença cardíaca coronariana.

Isso mostra que o paciente está entre o mais beneficiado pela Medicina Baseada em Evidências, pois a técnica permite mais segurança em relação à sua saúde. Um médico cercado de

informações, constantemente atualizado e de olho nas descobertas da área, tem técnicas atualizadas e aprimoradas – e menos baseadas no “achômetro”. Ele pode falar ao paciente, com muito mais segurança e se baseando em pesquisas concretas, que parar de fumar reduz sua probabilidade de morrer. “A MBE é uma forma de aliar a conduta médica à pesquisa, validando novas descobertas e aprimorando o atendimento clínico com muito mais precisão e rapidez”, completa Regina El Dib, professora assistente doutora do Instituto de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e pesquisadora do Instituto de Urologia da McMaster University (Canadá).

Além disso, por meio dos dados gerados pela Medicina Baseada em Evidência, é possível diminuir os gastos com Saúde, permitindo investimentos em prevenção e em tecnologias para automatizar o trabalho. Segundo a pesquisa da OMS, o tabagismo custa à economia global US\$ 1 trilhão por ano, número que supera amplamente as receitas com impostos sobre o fumo entre 2013 e 2014, US\$ 269 bilhões. Atualmente, cerca de 80% dos fumantes vivem em países de baixa e média renda, onde o tabagismo se tornou um problema de saúde e econômico.

Esta matéria é a quarta de um especial de cinco capítulos que mostrará como a MBE e a gestão hospitalar informatizada trabalham para uma melhor segurança do paciente. Veja as primeiras: [Medicina Baseada em Evidências #1: mais segurança na assistência à Saúde](#), [Medicina Baseada em Evidências #2: o papel do médico e Medicina baseada em evidências #3: os erros principais e como evitá-los](#)

REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE POR IDADE É VÁLIDO SE PREVISTO EM CONTRATO

Consultor Jurídico –01/03/2017

Havendo previsão em contrato, os planos de saúde podem reajustar a mensalidade conforme a faixa etária do usuário. De acordo com a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, contudo, esse aumento deve ser em percentual razoável.

A tese aprovada pelos ministros ao julgar recurso repetitivo foi a seguinte: “O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso”.

De acordo com o relator do caso, ministro Villas Bôas Cueva, os reajustes, nessas circunstâncias, são previamente pactuados, e os percentuais são acompanhados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além disso, os reajustes encontram fundamento no mutualismo e na solidariedade intergeracional, sendo uma forma de preservar as seguradoras diante dos riscos da atividade.

O ministro afirmou que os custos das operadoras com segurados idosos são até sete vezes maiores do que com os demais

segurados, o que justifica a adequação feita para equilibrar as prestações de acordo com a faixa etária.

Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, explicou o relator, o ordenamento jurídico brasileiro acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, que força os mais jovens a suportar parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado).

“Para a manutenção da higidez da saúde suplementar, deve-se sempre buscar um ponto de equilíbrio, sem onerar, por um lado, injustificadamente, os jovens e, por outro, os idosos, de forma a adequar, com equidade, a relação havida entre os riscos assistenciais e as mensalidades cobradas”, afirmou.

O que é vedado, segundo o relator, são aumentos desproporcionais sem justificativa técnica, “aqueles sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato”. O relator lembrou que esse princípio está previsto no artigo 15 do Estatuto do Idoso.

No caso analisado, o recurso da usuária foi negado, já que havia previsão contratual expressa do reajuste e o percentual estava dentro dos limites estabelecidos pela ANS. Os ministros afastaram a tese de que a operadora teria incluído uma “cláusula de barreira” para impedir que idosos continuassem segurados pelo plano. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

REsp 1.568.244

HOSPITAIS PREMIAM MÉDICOS QUE INDICAM MAIS EXAMES

Folha de São. Paulo –28/02/2017

Hospitais privados do país adotam programas de benefícios que, entre outros critérios, premiam médicos pelo volume de exames, cirurgias e internações que realizam.

Quanto mais procedimentos, mais pontos ganham na avaliação – que inclui itens como fidelização, adesão aos protocolos clínicos e atuação em ensino e pesquisa.

O médico que soma mais pontos consegue mais reputação dentro do hospital e privilégios como presentes, descontos em exames para ele e seus familiares e prioridade no uso do centro cirúrgico.

Na condição de anonimato e de não identificar a instituição em que atuam, a Folha conversou com 12 médicos de hospitais de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador. Todos confirmam a existência de programas de benefícios em que o volume de procedimentos é considerado na premiação.

“O médico do pronto-atendimento que interna mais ganha mais pontos”, conta um médico do Rio de Janeiro. “Tem um médico que segura paciente internado sem necessidade só para gerar mais diária hospitalar”, relata um outro de São Paulo.

“Eu já ouvi pressões do tipo: ‘a ressonância precisa ser otimizada’”, afirma um médico de Porto Alegre (RS). “Aqui se pede exame de urina até para unha encravada”, diz outro de Salvador (BA).

A prática tem sido questionada por especialistas em ética e em gestão porque pode resultar em procedimentos desnecessários, que expõem pacientes a riscos, e no aumento do custo da saúde-a conta vai para os planos, e quem paga são os usuários.

“Não se pode atrelar a participação médica a nenhuma volumetria. Seria como remunerar bombeiro que apaga mais incêndios. Logo começariam a queimar casas para ganhar mais”, diz Francisco Balestrin, presidente da Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados).

Ele afirma que a prática não é “corrente” entre as instituições e que há vários programas pautados pela ética. Em março, a Anahp fará em um evento com dirigentes para discutir um “mapa de riscos”, e os programas de benefícios entrarão na discussão.

Para o médico Yussif Ali Mere Jr., presidente da Federação e do Sindicato de Hospitais, Clínicas e Laboratórios, “a era de o médico fazer tudo o que quer e ser valorizado pelo hospital [por gerar mais lucro] tem que acabar”. “O custo é insustentável.”

Pedro Ramos, diretor da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), diz que a entidade tinha informações sobre esses incentivos por volume, mas nunca conseguiu provar que eles existiam. Agora, deve pedir uma investigação sobre isso. “É inaceitável”, afirmou.

Para ele, a raiz do problema está no modelo de remuneração. Os hospitais ganham dos planos pela quantidade de serviços que prestam (“fee for service”), não pela qualidade da assistência que prestam ao paciente.

“Os hospitais estão cada vez mais ricos, e os planos cada vez mais pobres. É dramática a situação.” Em razão da crise econômica, os planos perderam mais de 2 milhões de usuários em dois anos.

Ali Mere Jr. também acredita que é preciso mudar o modelo de remuneração, mas discorda de Ramos. “Os hospitais estão mais caros, mas não mais ricos.”

EXCESSO NO USO

Gláucio Libório, presidente do Instituto Ética Saúde, critica programas que incentivam volume de procedimentos e diz que eles abrem brechas para crimes como os vistos na “máfia das próteses”.

A prática é investigada há dois anos pela Polícia Federal e ao menos 40 pessoas já foram indiciadas. Além de compras superfaturadas, que lesaram o SUS e os planos, em alguns casos cirurgias foram indicadas sem necessidade.

“Sou totalmente contra programas que envolvam volume. Médicos não podem receber nenhum benefício atrelado a quantidade de procedimentos de nenhum tipo.”

O cardiologista Luís Cláudio Correia, representante da Choosing Wisely no Brasil (campanha contra o excesso de exames e o sobrediagnóstico), não acredita que os programas tenham papel crucial em indicações excessivas ou desnecessárias de exames.

“A questão é mais cognitiva do que de premiação, de incentivo. Imagino que na ausência de qualquer conflito de interesse, o ‘overuse’ continuaria prevalente.”

Para o intensivista Guilherme Barcellos, membro honorário da Academia Brasileira de Medicina Hospitalar e coordenador da Choosing Wisely Brasil, não é frequente nesses programas uma remuneração direta a médicos por indicações de procedimentos.

“Entram num combo que garante privilégios. Mais receita para o hospital e o médico vira 5 estrelas, ganha estacionamento grátis, lavagem do carro e coisas do tipo.”

EINSTEIN ‘EXPORTA’ PROGRAMA

Considerado modelo no setor, o programa de benefícios do hospital Albert Einstein está sendo replicado em outras oito instituições do país.

Segundo o presidente do hospital, Sidney Klajner, o programa de segmentação médica é usado como forma de fidelizar profissionais autônomos à instituição. São 70 indicadores que geram pontuações que classificam médicos como “premium, advance, evolution e special”.

Os indicadores são baseados em qualidade (adesão a protocolos, interação com a equipe), fidelização (número de pacientes trazidos para o hospital), filantropia (atividades voluntárias nos programas filantrópicos) e participação em ensino e pesquisa.

Klajner diz que o hospital valoriza mais a fidelidade do médico ao Einstein do que o volume de procedimentos.

“Médicos que têm cadastramento e internam pacientes em vários hospitais têm pontuação menor do que aquele que estão exclusivamente no Einstein.”

Segundo ele, em relação a exames, para cada especialidade existe uma meta mediana esperada. "A partir dessa mediana não é contado mais nada. Estamos mais interessados que o médico peça o exame no Einstein e não no Fleury do que no volume."

O Einstein vetou recentemente uma prática que poderia gerar conflito de interesse: postos de coleta de exames mantidos por laboratórios em consultórios médicos.

"Por mais que cause perda de receita, isso poderia gerar incentivo para exames complementares desnecessários."

Também proíbe que seus médicos recebam comissões por tipo de quimioterapia que indicam. "Perdemos profissionais por isso."

O Hospital Sírio-Libanês diz que não remunera os médicos por quantidade de exames e que "repugna essa prática". Também não há remuneração por quimioterapia indicada, segundo o CEO, Paulo Chapchap. "Os médicos são remunerados pelo cuidado com o paciente."

O Hospital Oswaldo Cruz disse que o porta-voz indicado a falar sobre o assunto estava viajando.

O Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre, informou que seu programa médico passa por reestruturação e que só se manifestará após a conclusão do processo.

A Rede D'Or, que tem 31 unidades no país, disse que "não tinha interesse em participar da reportagem".

A MÁFIA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Folha de São Paulo –28/02/2017

"Eu acuso! Meu dever é de falar, não quero ser cúmplice. Minhas noites seriam atormentadas pelo espectro do inocente que paga por um crime que não cometeu."

O trecho, extraído da célebre carta "J'Accuse", escrita em 1898 por Émile Zola ao então presidente francês Félix Faure, denunciando irregularidades na Justiça Militar daquele país, ilustra o ímpeto com que o Brasil deve encarar a questão da máfia da judicialização da saúde, que vem trazendo grandes lucros a fabricantes de materiais médico-hospitalares e a seus parceiros às custas da saúde e boa-fé de pacientes em todo território nacional.

São esquemas em que profissionais da saúde, advogados e fabricantes de materiais médico-hospitalares mancomunam-se para incentivar o cidadão comum a buscar benefícios indevidos na Justiça.

O uso desse expediente jurídico é generalizado -visa desde o acesso a itens banais, como achocolatados diet e papéis higiênicos, até a procedimentos não previstos no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) ou medicamentos caríssimos que nem sequer são legalizados no país.

Esse mal, além de sangrar o orçamento para o atendimento na rede pública, também põe em cheque a saúde suplementar.

Os casos, infelizmente, estão espalhados por todo o país, até mesmo em instituições reconhecidas, como o Hospital das Clínicas e o Albert Einstein.

No Distrito Federal, a Operação Mr. Hyde revelou recentemente um conluio envolvendo médicos, enfermeiros, diretores de hospitais e empresários para a realização de cirurgias desnecessárias que chegavam a mutilar pacientes utilizando materiais de baixa qualidade.

É necessário combater o problema por diversos motivos. O primeiro é óbvio: evitar que o Judiciário seja usado para a obtenção de vantagens indevidas.

O segundo diz respeito à ameaça que tais procedimentos constituem à integridade física e emocional de pacientes que, sem saber, tomam parte em negociações que podem até mesmo levar à morte.

O terceiro motivo é o impacto financeiro e social dessa corrupção, uma vez que milhões são desviados de investimentos em atendimentos básicos de muitos para privilegiar o tratamento em caráter excepcional de poucos que têm condições de pagar um advogado.

Antes de mais nada, o sistema de remuneração da saúde deve evoluir do atual "fee for service" -pagamentos variáveis conforme o número de procedimentos e produtos utilizados por médicos e demais profissionais da saúde- para o padrão DRG, que privilegia a criação de pacotes de serviços e produtos hospitalares com base em dados coletados a partir da internação de pacientes.

São muitas as vantagens desse paradigma, como a redução dos riscos de máfias se articularem por meio do uso de recursos finitos de maneira irresponsável e a possibilidade de comparar a assistência realizada por diferentes prestadores e a padronização dos tratamentos.

É ainda desejável discutir regras mais rígidas em relação à venda de materiais médico-hospitalares.

Atualmente, nos EUA, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) está processando alguns dos maiores fabricantes mundiais desses produtos, cujas filiais comprovadamente tomam parte em negociações de superfaturamento e uso desnecessário desses itens.

A ideia é exigir, pelas regras de compliance americanas, uma atitude mais transparente dessas organizações. No final, o recado é simples e claro: não há e nunca haverá preço que cubra a saúde e o bem-estar da população; portanto, qualquer esquema corrupto deverá ser combatido.

PEDRO RAMOS, advogado com especialização em negociação pela Universidade Paris-Sorbonne (França), é diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE FUMAM MENOS DO QUE OUTROS BRASILEIROS

IESS – 23/02/2017

A proporção de fumantes entre beneficiários de planos de saúde é menor do que na população brasileira em geral, de acordo com dados do Vigitel de 2015. Segundo a pesquisa, em 2015, 7,2% dos beneficiários de planos de saúde eram fumantes, o que representa uma redução média de 0,7 ponto porcentual (p.p.) ao ano desde 2008, quando a pesquisa foi feita pela primeira vez com esse público e 12,4% dos beneficiários eram fumantes. Já entre a população brasileira em geral, para o ano de 2015, essa taxa é de 10,4%. Se compararmos com 2008, quando 14,8% dos brasileiros

era fumante, houve uma redução média de 0,65 p.p., ligeiramente inferior a registrada entre os beneficiários de planos de saúde.

A redução de fumantes é resultado, sobretudo, de programas de promoção da saúde. O que indica a importância desse tipo de abordagem para combater problemas de saúde na população, como costumamos apontar.

Alguns dias atrás, falamos [aqui no blog](#) dos efeitos do tabaco nos gastos em saúde decorrentes deste vício. Assim como, a influência do tabagismo na qualidade de vida, no setor da saúde e da importância que é o desenvolvimento de programas de promoção da saúde voltados ao combate do tabaco, já que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde da atualidade e o tabagismo é um dos principais fatores de risco que responde pela grande maioria das mortes por DCNT.

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