



22 de Março de 2017

AGÊNCIA QUER REGULAR PLANO DE SAÚDE QUE DIVIDE GASTO COM CLIENTE

Folha UOL – 20/03/2017

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) prepara novas normas para planos de saúde com [coparticipação e franquias](#), modalidades em que o usuário paga à parte um valor por cada procedimento ou arca integralmente com certas despesas.

Hoje, cerca de 50% dos usuários de planos no país já têm coparticipação ou franquia nos contratos, mas as regras, instituídas antes da criação da ANS, não são claras e foram estabelecidas pelos próprios planos, o que traz riscos para o usuário.

Entre as mudanças que serão discutidas em audiência pública nesta segunda (20) no Rio, há a proposta de limitar em até 40% o valor da coparticipação e [isentar exames preventivos](#) e tratamentos de crônicos dessa norma.

Com a crise econômica e a perda de 2,5 milhões de usuários em dois anos, os planos veem nessas modalidades uma forma de cortar custos. Um dos argumentos é que quando o usuário arca com parte do valor de um procedimento, evita usar o sistema de saúde sem necessidade.

Um plano com coparticipação pode custar até 40% menos do que um outro sem ela, o que pode ser um atrativo para determinados grupos, segundo avaliação do setor.

Mas é preciso ter cautela. Para Mario Scheffer, professor da USP e pesquisador do mercado da saúde suplementar, esse tipo de plano é alternativa só para a "população jovem e sadia".

"Para os idosos e doentes crônicos, que precisam recorrer a procedimentos reiteradas vezes, é um péssimo negócio. Fica muito caro."

Na sua opinião, mesmo que se estabeleça regras como limitar a coparticipação, o usuário sempre ficará em situação de vulnerabilidade. "As necessidades de saúde são imprevisíveis."

PREVENÇÃO

Segundo Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec (Instituto de Defesa do Consumidor), as pessoas não têm condições de planejar a longo prazo os custos com a saúde.

"É transferir para o consumidor uma responsabilidade que não é dele. Ninguém pode prever quando ficará doente e quanto isso vai custar."

Outro problema do plano com coparticipação, segundo ela, é não privilegiar ações de prevenção. "As pessoas retardam a procura por serviços de saúde, só acionam quando têm algum problema mais sério e evidente."

ÍNDICE QUE MEDE CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR PODE TER SUBIDO ATÉ 20%

Isto É – 20/03/2017

O índice Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH), usado como referência para medir os custos dos planos de saúde individuais e familiares, deve ter encerrado 2016 com alta de entre 18% e 20%. Produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o VCMH registra, desde 2013, fechamento anual superior a 15% ao ano, segundo o levantamento obtido com exclusividade pelo Broadcast, serviço de notícias em tempo real do Grupo Estado. Nos seis primeiros meses de 2016, o indicador oscilou no patamar de 18% a 19,7%.

Na média, segundo informações de mercado, o VCMH também acompanha as variações de custos dos planos coletivos empresariais, os quais compõem o conjunto de referências usadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na definição

do índice de reajuste das mensalidades dos planos individuais, o que deve ser anunciado nos próximos meses.

No estudo "Variação dos custos médicos hospitalares e inflação geral – Por que esses índices não são comparáveis no Brasil e no mundo?", o IESS identificou que, em diversos países, o VCMH supera a inflação média por conta do processo de adoção de novas tecnologias na saúde, mais caras do que as anteriores; e também por conta do ciclo de envelhecimento populacional, gerando maior demanda por serviços de saúde. Esses dois fatores também ocorrem no Brasil, mas as falhas estruturais do sistema brasileiro potencializam a alta de custos.

Para o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, o patamar persistente e superior a 15% nos últimos anos é preocupante e coloca em risco o sistema de saúde suplementar. Ele explica que fatores estruturais da cadeia produtiva de saúde suplementar são as causas centrais a impactar o índice.

"Basicamente, a primeira causa decorre do sistema de pagamento das operadoras aos prestadores de serviços de saúde no Brasil, que se assemelha a um 'cheque em branco'. A chamada 'conta aberta', ou fee-for-service (termo em inglês). Nesse formato, a conta

hospitalar absorve todos os custos, inclusive desperdícios e falhas assistenciais, como reinternações, por exemplo. Todos os insumos são adicionados à conta hospitalar e, dessa forma, os prestadores buscam o máximo consumo possível com o objetivo de obter a máxima remuneração, um desincentivo total à eficiência”, explica o executivo, que ainda cobra mais transparência e legislação específica sobre algumas questões do setor.

Efeitos da recessão

Carneiro destaca ainda que outras nações que passaram por processo de recessão econômica registraram queda nos custos per capita com saúde, seja por fatores de aumento de competição, seja por queda da demanda da base de beneficiários dos sistemas privados de saúde. No Brasil, por outro lado, quase 2,5 milhões de pessoas deixaram os planos de saúde no período de 2014 a 2016 e, mesmo assim, os custos continuaram crescendo acima de dois dígitos.

“O Brasil precisa urgentemente promover uma reforma do sistema de saúde suplementar”, diz. “Nem consumidores e nem empresas contratantes de plano de saúde têm condições de absorver reajustes de dois dígitos por longos períodos e nem as operadoras

são capazes de arcar com essa escalada de custos”, continua Carneiro.

Cálculo

O cálculo do VCMH utiliza dados de uma amostra de mais de 1,5 milhão de beneficiários de planos individuais de operadoras com abrangência nacional e considera a frequência de utilização pelos beneficiários e o preço dos procedimentos. Dessa forma, se em um determinado período o beneficiário usou mais os serviços e os preços médios aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que isoladamente com cada um desses fatores.

Para construir o VCMH/IESS, são considerados os valores efetivamente pagos pelas operadoras aos prestadores de serviços de saúde e, por conta dos processos de avaliação das faturas e até de negociações comerciais entre os agentes, o pagamento pode ter uma defasagem de até a 180 dias em relação à data do faturamento. Por esse motivo, o indicador tem uma defasagem média de seis meses em relação ao ano corrente.

PLANOS FORA DA LISTA DOS DEZ ASSUNTOS MAIS RECLAMADOS

FenaSaúde –20/03/2017

Mais uma vez, os planos de saúde não estão entre os líderes em reclamações de consumidores. Levantamento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a partir de dados de canais oficiais de atendimento ao cidadão, comprova redução do número de contestações nos últimos anos.

Segundo o Boletim do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) de 2016 – da Secretaria Nacional do Consumidor, ligado ao Ministério da Justiça, e que reúne os Procons de todo o País – nenhuma empresa do setor aparece em ranking das 50 mais questionadas. No ranking geral da publicação, o segmento aparece na 13ª posição entre os 20 listados, com apenas 1,5% do total de reclamações – a liderança é da telefonia celular, seguida da telefonia fixa, do cartão de crédito, dos bancos e da TV por assinatura. Em relação à quantidade de atendimentos registrados em 2015, houve recuo de 4,4% nas contestações ligadas aos planos de saúde. “Esse declínio do número de reclamações reflete o investimento constante das operadoras e seguradoras na qualificação e aperfeiçoamento dos canais de atendimento ao consumidor, como os SACs e Ouvidorias. Na maioria dos casos, os questionamentos e as dúvidas dos consumidores são resolvidos com um simples contato com a empresa. Por isso, é importante frisar que o beneficiário leia e compreenda melhor seu contrato, pois muitas vezes questiona algo que não tem direito. Existe a visão equivocada que a aquisição de um plano de saúde dá direito irrestrito a todo e qualquer procedimento”, explica Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde. “Os planos observam segmentação, rol de procedimentos e as exclusões previstas em lei”, completa.

Além do boletim Sindec 2016, a plataforma ‘Consumidor.gov.br’ reitera essa queda do número de reclamações do segmento. Para ter ideia, do lançamento do site em junho de 2014 até dezembro de

2016, a assistência à saúde privada não figura na lista dos dez assuntos mais contestados, entre os mais de 560 mil atendimentos finalizados no ambiente digital.

Já no órgão regulador do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contabilizou 89.655 reclamações de beneficiários no ano passado – queda de 12,2% em relação a 2015, segundo o Relatório Anual de Fiscalização da entidade. Esse montante de reclamações representa apenas 0,13% do total de 69,9 milhões de beneficiários registrados na Saúde Suplementar no ano passado. Apesar do baixo índice, vale destacar que, em 2016, algumas reclamações foram registradas em razão de questões específicas e pontuais do setor, como o desequilíbrio de uma grande operadora no Rio de Janeiro e a saída de outra empresa do mercado.

Diante deste quadro, é possível afirmar que os indicadores divulgados por órgãos oficiais não apresentam nenhuma correlação com os dados apresentados pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) – entidade que defende interesses de membros associados e que apontou o segmento de planos de saúde como o mais demandado ao longo de 2016. Segundo a própria entidade, vale ressaltar que uma demanda não configura uma reclamação propriamente – tanto que do total de solicitações no ano passado, 40% tratavam de dúvidas e não de contestações. Outro aspecto é que, por fundamento estatístico, o levantamento não tem representatividade relevante para análise sobre atendimentos no segmento, pois a amostra não é aleatória – contém queixas apenas de associadas do Instituto.

Apesar da melhora dos indicadores de reclamações, a FenaSaúde reforça que, como em qualquer segmento econômico, há problemas que ainda devem ser superados. “Para resolver esses impasses, as operadoras e seguradoras investem em uma comunicação cada vez mais clara e objetiva junto ao consumidor. O resultado desse esforço começa a dar frutos com o melhor desempenho nos índices oficiais de reclamação. Como o plano de saúde é o terceiro item mais desejado pela população, segunda pesquisa do Ibope, devemos sempre aprimorar a relação com o beneficiário que estima tanto esse serviço”, avalia Solange Beatriz.

LUCRO DA QUALICORP AUMENTA 28% NO QUARTO TRIMESTRE

Valor Online –20/03/2017

A Qualicorp registrou, no quarto trimestre, um lucro líquido de R\$ 78,4 milhões, o que representa um aumento de 27,7% em relação ao mesmo período de 2015.

O lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) cresceu 22% para R\$ 178,4 milhões. A margem do respectivo indicador teve alta de 3,21 pontos percentuais, para 34,6% no período.

A receita líquida consolidada da companhia subiu 10,8% e atingiu R\$ 515,5 milhões nos últimos três meses de 2016.

Em dezembro, a Qualicorp detinha uma carteira com 4,5 milhões de usuários de planos de saúde, uma redução de 10,2% sobre igual mês de 2015.

ANS PROMOVE A 2ª REUNIÃO DO GT DEBATES FISCALIZATÓRIOS

ANS –17/03/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 06/04, no Rio de Janeiro, a 2ª Reunião do Grupo de Trabalho (GT) Debates Fiscalizatórios. Na ocasião, representantes indicados pelas instituições que fazem parte do grupo terão a oportunidade de apresentar suas propostas e sugestões para a construção conjunta de um novo modelo fiscalizatório indutor de boas práticas.

Instituído pela Portaria nº 4, de 11 de janeiro de 2017, o grupo reúne representantes de operadoras de planos de saúde e órgãos de defesa do consumidor. A expectativa da ANS é que os trabalhos desenvolvidos durante o GT resultem na proposta de um novo sistema de fiscalização, centrado na racionalidade e proporcionalidade das medidas e ações, na eficiência dos procedimentos e na efetividade de seus resultados.

Veja aqui como foi a 1ª Reunião. -

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3721-ans->

realiza-o-primeiro-encontro-do-gt-debates-fiscalizatorios?highlight=WyJkZWJhdGVzliwiZGVlYXRpZG9zliwiZGVlYXRlIiwIZGVlYXRlcmlsImZpc2NhbiG6I6YXRcdTAWZlJNvaW9zliwiZGVlYXRlcyBmaXNjYXpemF0XHUwMGYzcmlycyJd

Participam do Grupo as seguintes instituições: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro; Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; Secretaria Nacional do Consumidor; Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor; Programa Estadual de Orientação e Proteção ao Consumidor (Procon/RJ); Proteste Associação dos Consumidores; Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasauúde); Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge); Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); Unimed do Brasil; Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB); Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG); União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas); e demais representantes dos órgãos e entidades com os quais a ANS possui Acordo de Cooperação Técnica vigente, desde que solicitem a inclusão no grupo.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS É DISCUTIDA EM COMITÊ DE REGULAÇÃO

ANS –17/03/2017

Portabilidade de carências foi o tema da 1ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada no dia 17/03, no Rio de Janeiro. A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos explicou aos cerca de 80 representantes de operadoras e de entidades do setor presentes o motivo da escolha do tema: “A portabilidade faz parte de nossa agenda regulatória, estimula a concorrência e o direito do consumidor de mudar de plano de saúde sem iniciar novos períodos de carência. Está relacionada à satisfação do consumidor, à qualidade e sustentabilidade da saúde suplementar”.

O coordenador de Mobilidade entre Produtos, Bruno Ipiranga, apresentou o histórico de criação da portabilidade na saúde suplementar, incluindo o Guia de Planos, ferramenta disponibilizada no portal da ANS para ajudar o beneficiário na escolha do seu novo plano de saúde. Com o retrospecto a Agência espera estimular os

participantes do Comitê a colaborarem para a criação de um novo normativo sobre o tema. Internamente, a ANS vem discutindo possíveis alterações desde 2015, quando foi criado um grupo técnico formado por especialistas da Diretoria de Produtos, cujo resultado foi compartilhado com as demais diretorias da Agência.

“Neste primeiro encontro não apresentamos as propostas da ANS justamente para coletarmos as impressões do setor sem qualquer tipo de influência. As colaborações serão levadas em consideração na criação de um novo normativo sobre portabilidade de carências.

Esperamos as contribuições de todos para avançarmos”, explicou Rafael Vinhas, gerente geral da Estrutura dos Produtos.

Em 2009, após estudos internos, a ANS normatizou as primeiras regras de portabilidade – a princípio restritas a planos individuais – até chegar à resolução atual. “Após monitorarmos o impacto da primeira regra, a Resolução Normativa nº 252/2011 aprimorou o normativo e estendeu o benefício aos planos coletivos por adesão, além de ampliar o prazo para o beneficiário portar as suas carências – no mês de aniversário do contrato e nos três meses

subsequentes”, esclareceu a gerente de Manutenção e Operação dos Produtos, Fabrícia Goltara.

No encontro, foram lançados os seguintes pontos de atenção aos representantes do setor na construção de suas sugestões à ANS:

- Período para o exercício da portabilidade;
- Compatibilidade por tipo de cobertura;
- Compatibilidade de preço para planos em pós-pagamento e odontológicos;
- Compatibilidade de preço para portabilidade por liquidação de operadora;

- Portabilidade de beneficiários de planos coletivos empresariais.

A proposta do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos é criar um fórum permanente de discussões sobre temas como portabilidade, registro de produtos, entrada e saída de consumidor, rede e garantia de atendimento, composição atuarial e reajuste. “Queremos trocar ideias e receber contribuições para garantirmos uma discussão regulatória técnica qualificada que possa subsidiar as decisões da Agência. Nossa intenção é construir com o setor formas de avançarmos na regulamentação”, disse a diretora Karla Coelho.

SUSPENSÃO DA VENDA DE 35 PLANOS COMEÇA NA SEXTA-FEIRA (17/03)

G1 –17/03/2017

A suspensão da venda de 35 planos de saúde de 7 operadoras em todo o país começou a valer na sexta-feira (17), segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os planos foram suspensos devido a reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento, recebidas no 4º trimestre de 2016. *Veja lista mais abaixo*

Segundo a ANS, os planos de saúde suspensos possuem juntos cerca de 230 mil beneficiários. “Estes clientes continuam a ter a assistência regular a que têm direito, ficando protegidos com a medida, uma vez que as operadoras terão que resolver seus problemas assistenciais para que possam receber novos beneficiários”, explicou a agência.

Das 7 operadoras com planos suspensos, 3 já tinham planos suspensos no período anterior e quatro não constavam na última lista de suspensões.

Os planos de saúde suspensos possuem juntos cerca de 230 mil beneficiários. Estes clientes continuam a ter a assistência regular a que têm direito, ficando protegidos com a medida, uma vez que as operadoras terão que resolver seus problemas assistenciais para que possam receber novos beneficiários.

Paralelamente, 10 operadoras poderão voltar a comercializar 46 produtos que estavam impedidos de serem vendidos. Das 10 operadoras, sete foram liberadas para voltar a comercializar todos os produtos que estavam suspensos, e três tiveram reativação parcial.

Veja abaixo a lista dos planos suspensos:

FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO ACRE, AMAPÁ, AMAZONAS, PARÁ, RONDONIA E RORAIMA

Univida Coletivo por adesão I Apto – com obstetria (1.404 beneficiários)

Univida Coletivo por adesão I Enf – com obstetria (6.646)

NOVO UNIVIDA II – ENFERM (1.523)

UNIVIDA EMPRESARIAL III – ENFERM (3.961)

SAÚDE SIM LTDA

Sim Classico Emp R1 ASC (180 beneficiários)

Sim Mais Ade R1 ESC (4.616)

Sim Classico Ade R1 ESC (866)

Super Sim I Ade R1 ESC (14.573)

Sim Mais Emp R1 ESC (4.395)

ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS

OPALA (1.033)

PRIME (3.346)

PLANO LÁPIS-LAZÚLI (580)

UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO

Unimed Delta (4.606 beneficiários)

Unimed Beta (15.248)

UniPart Alfa (22.636)

UniPart Delta (1.306)

Unimed Personal Quarto Privativo (989)

UniPart Personal Quarto Coletivo (1.125)

Unimed Beta 2 (8.825)

Unimed Alfa 2 (20.603)

Unimed Delta 2 (20.551)

Unimed Alfa 2 (18.668)

Unimed Alfa 2 Dental (4.397)

Unimed Beta 2 (7.348)

Unimed Beta 2 Dental (1.229)

UniPart Alfa 2 (13.789)

Unipart Alfa 2 – 0114 – (7.324)

Unimed Alfa 2 – 0114 – (8.196)

Unimed Alfa 2 Dental – 0114 – (1.098)

Unimed Beta 2 – 0114 – (9.122)

Posicionamento da empresa: “A Unimed-Rio informa que a suspensão de produtos não traz qualquer impacto no atendimento aos clientes. Este ciclo de suspensão se refere ao trimestre de outubro a dezembro de 2016 e não reflete o momento atual da

cooperativa, que superou todas as metas de redução de reclamação de clientes para a ANS (NIPs) firmadas no Termo de Compromisso assinado com diversos órgãos públicos e com o Sistema Unimed. Pelo documento, as metas de redução eram de 5%, 10% e 15% para dezembro, janeiro e fevereiro, respectivamente, em comparação ao volume de reclamações de setembro. Os índices atingidos pela cooperativa foram 36%, 45% e 58% também respectivamente. Lembramos que apesar dos 18 produtos suspensos, tivemos 13 liberados para comercialização.”.

OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SERRA IMPERIAL LTDA.

LIGHT AMBULATORIAL C/ COPARTICIPAÇÃO (1.155 beneficiários)

ECOLE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

Ecole Básico (15.722 beneficiários)

AMR Individual/Familiar Bronze (1.665 beneficiários)

ASSOCIAÇÃO SANTA CASA SAÚDE DE SOROCABA

Santa Casa Saúde-S/Franquia-Mod.Standart-RN (261 beneficiários)

Santa Casa Saúde-C/Franquia-Mod.Master-RA (96 beneficiários)

PLANO DEVE PAGAR INDENIZAÇÃO POR NEGAR CIRURGIA A CRIANÇA

Gazeta –16/03/2017

O plano Bradesco Saúde S/A foi condenado a pagar uma indenização, por danos morais e materiais, no valor de R\$ 21.300 por não autorizar a realização de uma cirurgia em uma criança com traumatismo craniano. A decisão, publicada no Diário da Justiça Eletrônico desta quinta-feira (16), é do juiz Ayrton de Luna Tenório, da 4ª Vara Cível de Maceió.

De acordo com os autos, em maio de 2011, a criança foi empurrada por um colega da escola e bateu a cabeça em um banco de concreto, sofrendo traumatismo craniano. No hospital, foi feita tomografia computadorizada que indicou a gravidade da situação e a necessidade de o paciente ser submetido a cirurgia.

O plano de saúde não autorizou o procedimento. Sustentou que a autorização ficou condicionada ao envio de relatório médico detalhado, de laudo de exame de imagem e da listagem de materiais o que, segundo a empresa, não foi feito.

O hospital, no entanto, disse ter entrado em contato com o Bradesco Saúde por dez vezes, sem obter qualquer resposta. Diante do impasse, os pais da criança tiveram que arcar com os custos da cirurgia. Posteriormente ingressaram com ação na Justiça contra o plano de saúde.

Para o juiz Ayrton de Luna Tenório, não foi apresentado nada que justificasse a negativa. “O contrato firmado entre as partes estabelece, em sua cláusula terceira que estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, bem como que o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições”, ressaltou o juiz.

Ainda segundo o magistrado, a retardação da realização do procedimento cirúrgico solicitado poderia gerar danos irreparáveis para a saúde do paciente, uma vez que havia risco de morte. O juiz julgou procedente a ação e condenou o plano de saúde a restituir o valor gasto na cirurgia, equivalente a R\$ 11.300. Determinou ainda o pagamento de R\$ 10.000 a título de reparação moral.

“No caso em tela, o dano moral configura-se na medida em que o autor teve seus direitos negados, sendo necessário buscar recursos financeiros para arcar com o procedimento, atentando sua tranquilidade, paz, devendo conviver com tal situação. Vale ressaltar que não estamos diante da figura do mero aborrecimento, uma vez que o fato atentou às suas liberdades individuais diretamente, restando o dever de reparação”, afirmou.

CRESCER TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS COM MAIS DE 59 ANOS

Terra –16/03/2017

O total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares com 59 anos ou mais cresceu 1,6% em 2016. O crescimento segue na contramão do mercado, que registrou queda de 2,8% no ano passado. Os números, inéditos, integram a nova edição do boletim Saúde Suplementar em Números, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Enquanto o mercado de saúde suplementar, como um todo, perdeu 1,4 milhão de beneficiários, no ano, 104,2 mil novos vínculos foram firmados com beneficiários de 59 anos ou mais. O resultado, de acordo com o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, se deve, principalmente, a mudança demográfica pela

qual o País está passando. “Esta faixa etária, de 59 anos ou mais, é aquela na qual as pessoas mais demandam por serviços de saúde. Portanto, se tiverem condições, irão contratar um plano de saúde”, avalia.

Diante da mudança demográfica e da maior demanda, algumas operadoras de planos de saúde, destaca Carneiro, também têm aumentado a oferta de produtos para esta faixa da população. “Estamos vendo o fortalecimento de empresas focadas nesse público, especialmente nos planos individuais.”

Apenas no ano passado, o total de vínculos individuais com beneficiários que tenham 59 anos ou mais cresceu 1,4%. O que representa 31,9 mil novos vínculos deste tipo. Considerando o total da população, os planos individuais perderam 269,5 mil beneficiários ao longo de 2016.

Carneiro alerta, contudo, que o mercado precisa enfatizar questões como o estímulo à promoção da saúde e, principalmente, o modelo de remuneração de prestadores de serviço de saúde. “É muito importante que o mercado apoie e conscientize os beneficiários em

idade ativa a cuidarem da sua saúde enquanto estão em idade ativa e em pleno vigor da saúde. Assim, serão idosos mais saudáveis e menos dependentes de serviços de saúde”, observa.

CENÁRIOS PARA O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –15/03/2017

O futuro da saúde: como o setor está se preparando? foi o tema do debate realizado, nesta segunda-feira, dia 13, durante a 1ª edição do Hospital Summit – evento que acontece entre 13 e 15 de março, em São Paulo. O encontro promovido pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) tem como objetivo debater a gestão de instituições hospitalares.

O diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin, participou de um talk show, que contou com apresentações do economista chefe do Bradesco, Fernando Honorato Barbosa; e do diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), José Carlos Abrahão.

Em seus comentários, Cechin destacou os principais desafios do setor, como o crescimento acelerado dos custos. De acordo com o executivo, entre 2007 e 2016, as despesas assistenciais per capita tiveram crescimento de 158,74%, enquanto o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) cresceu 74,74%. “Esse cenário coloca os pagadores de planos e seguros de saúde contra seus limites financeiros e a continuar inviabilizará a sustentabilidade do setor de saúde suplementar”, afirmou Cechin.

Envelhecimento populacional e novas tecnologias foram outros temas abordados pelo diretor-executivo da FenaSaúde. “Incorporação tecnológica médica e inclusão de procedimentos não podem ser feitas sem critérios de custo-benefício. Também se recomenda, como maneira de proteger os consumidores, que as incorporações respeitem a capacidade e disposição a pagar dos compradores dos planos. Nessa quadra difícil da crise econômica, muitas operadoras não dispõem de escala que suporte a diluição dos riscos”, argumentou.

Ainda segundo Cechin, o setor está mobilizado para debater novos modelos de remuneração, uma vez que o modelo atual, o fee-for-service, estimula o desperdício e não trata a saúde do paciente de forma integrada. “Arranjo de remuneração na maioria dos países varia de acordo com o nível de atenção à saúde. Um só modelo não é capaz de lidar com a complexidade do setor”, explica. Debate igualmente importante deve se dar sobre novos modelos de produtos, como forma de se colocar à disposição dos consumidores planos que caibam em suas possibilidades econômicas. “É obscurantismo recusar-se ao debate, opor-se a ideias novas sem conhecê-las adequadamente, como se viu em alguns casos”, afirmou.

Durante os três dias de evento, ainda serão debatidos: perspectivas para a saúde em 2017; engajamento no setor hospitalar; gestão de pronto-atendimento (PA); relacionamento sustentável com operadoras de planos de saúde; governança tático-operacional; eficiência operacional; e administração de fluxo de caixa e planos de negócios.

JUSTIÇA DO RIO PROÍBE RECUSA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR POR PLANOS

O Globo –14/03/2017

Os planos de saúde não podem se recusar a incluir a internação domiciliar nos contratos firmados com os consumidores. E se insistirem, poderão ser processados por dano moral. O Tribunal de Justiça do Rio divulgou, na terça-feira, uma orientação de magistrados sobre o tema para padronizar a jurisprudência da decisão. A medida foi aprovada pelo Centro de Estudos e Debates do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (CEDES) e considera abusiva qualquer cláusula contratual que exclui a internação domiciliar nos acordos entre clientes e planos de saúde.

O verbete foi aprovado em encontro de desembargadores integrantes de Câmaras Cíveis especializadas, e teve a orientação confirmada por unanimidade. O relator do acórdão foi o desembargador Nagib Slaibi Filho, membro do Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ).

De acordo com informações do Tribunal de Justiça, estas orientações estão baseadas em casos e processos de consumidor, e são determinadas para unificar a jurisprudência sobre casos repetitivos, servindo de diretriz para os magistrados em suas decisões. Portanto, se o cliente entra com uma ação que se apoia nesta decisão, ela pode valer tanto para os contratos novos quanto para os antigos.

Para o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), o atendimento deve ser coberto pelas operadoras já que a recusa descumpra o objetivo essencial do contrato, que é a manutenção da saúde do paciente.

— A despeito disso, atualmente a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) não coloca o atendimento domiciliar no Rol de coberturas obrigatórias, uma lista atualizada bianualmente com todos os procedimentos a serem garantidos pelas operadoras. Ela determina que, caso haja no contrato uma regra que preveja o oferecimento desse serviço, a operadora fica obrigada a oferecer — disse a pesquisadora em saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete.

IDOSA TEVE PROCEDIMENTO NEGADO

A ação foi baseada na ação da família de uma idosa de 80 anos, hospitalizada por complicações neurológicas e quadro uma infecção

urinária, em fevereiro de 2015, e que precisou de serviços de internação domiciliar mas teve o pedido de autorização negado pelo plano de saúde. Na ocasião, o plano de saúde argumentou que o atendimento domiciliar seria “um benefício extracontratual, não obrigatório”.

Na decisão, o desembargador Alcides da Fonseca Neto lembrou que “a finalidade básica do contrato de assistência médica é garantir atendimento e manutenção da saúde do consumidor e que a

internação que tem como objetivo a melhor recuperação do paciente”. Segundo ele, houve prova de indicação médica dos profissionais conveniados ao plano de saúde, como o procedimento mais adequado ao quadro clínico enfrentado pela usuária. O desembargador citou ainda as “sérias sequelas na fala e deglutição, além de outros problemas de saúde característicos do referido quadro neurológico, sobretudo porque já contava 80 anos de idade e se encontra em precário estado de saúde”.

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