

**29 de Março de 2017**

---

## **VAZAM NA INTERNET DADOS DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE**

SAÚDEBUSINESS –28/03/2017

Em meio a infinitas discussões sobre cibersegurança em saúde e sobre privacidade da informação dos pacientes, um caso já anunciado por muitos especialistas do setor aconteceu: dados pessoais associados ao registro do Cartão Nacional de Saúde vazaram. O Ministério da Saúde confirmou a informação de que estas informações foram divulgadas de forma indevida. De acordo com as investigações, o vazamento resultou do acesso com um login válido e não da invasão de um hacker.

De acordo com Renato Sabbatini, Auditor Líder de Segurança de Informação pela ISO 27.001, certificado internacionalmente, e vice-relator do Grupo de Trabalho 4 de Segurança de Informação da Comissão Especial de Informática em Saúde da ABNT, "o banco foi roubado por alguém que tinha login e senha. Descobriram que existem milhares de usuários com o login e senha de acesso em todos os níveis: municipal, estadual e federal."

Sabbatini ainda diz que esta é "seguramente a maior quebra de dados de toda a história da internet e tem um potencial gigantesco de abuso caso a base tenha sido replicada por outros hackers".

Como a base é ligada aos dados da Receita Federal, mesmo que um cidadão nunca tenha usado os serviços públicos de saúde, há possibilidade de que teve seus dados divulgados. A lista de dados divulgados na internet continha nome completo, CPF, nome do pai e da mãe do cidadão, endereço completo e tipo sanguíneo.

A existência dos dados completos disponibilizados, de acordo com Sabbatini, "aumenta o potencial de uso fraudulento pelas máfias de falsificação e roubo de identidade para dar golpes, como falsificar um conjunto completo de documentos em nome de uma pessoa já que, quanto mais completo o conjunto de dados, maior a veracidade".

Até o momento, o site já foi retirado do ar, o Ministério informou que os dados foram bloqueados, mas os danos causados podem ser imensos, já que diversas cópias deste material já podem estar em circulação.

---

## **JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PREJUDICA SERVIÇOS NO SUS, DIZ MINISTRO**

Folha UOL –28/03/2017

A judicialização na saúde deve ser combatida para que o governo consiga cumprir o que o SUS prevê, segundo o ministro da Saúde, Ricardo Barros.

"Gastamos R\$ 7 bilhões por ano com a judicialização e isso prejudica o fornecimento de outros serviços no sistema", afirmou Barros.

O ministro fez a abertura, nesta terça (28), do segundo dia de debates do 4º Fórum Saúde do Brasil, que tem como temas a prevenção e a transparência.

De acordo com Barros, as prioridades da sua gestão são a informatização e a prevenção em saúde.

Uma das ações voltadas para a informatização é a implantação do prontuário eletrônico para todos os brasileiros, mas, segundo ele, o sistema ainda tem vícios e resiste às mudanças.

"O médico não quer ser controlado. Ele não quer que o horário da consulta fique registrado porque não quer cumprir carga horária", disse.

Barros disse ainda que com a informatização será possível implementar a remuneração por qualidade, o que pode melhorar os resultados de serviços disponíveis no SUS.

### **PREVENÇÃO**

Para Barros, a prevenção é uma importante ferramenta que economiza recursos públicos e deve ser feita, por exemplo, com o combate ao tabagismo e o alcoolismo e o incentivo à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos.

"É necessário descascar mais e desembalar menos. Consumir mais alimentos saudáveis e menos comida processada", afirmou. "Precisamos rever a recomendação de ingestão de calorias de acordo com a rotina das pessoas".

Segundo Barros, o ministério da Saúde terá aplicativos para estimular e acompanhar atividades físicas e engajar a população em práticas saudáveis.

Realizado no auditório do MIS (Museu da Imagem e do Som), em São Paulo, o evento é promovido pela Folha e patrocinado por FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Amil e Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde).

## MEDICAMENTO IMPORTADO DEVE SER FORNECIDO POR PLANO DE SAÚDE

DireitoNET –27/03/2017

Apesar de a Lei 9.656/98 permitir a exclusão contratual de cobertura para medicamentos importados e aqueles utilizados em tratamento domiciliar, os ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) afirmaram que o Código de Defesa do Consumidor é que deve ser aplicado na análise de questões que envolvem os planos de saúde.

Assim, se o contrato de seguro de saúde prevê a cobertura do tratamento de doença crônica que acomete o paciente, são abusivas as cláusulas contratuais que limitam seu direito ao tratamento contratado.

Com base nesse entendimento, o colegiado decidiu que o medicamento importado (mas já registrado pela Anvisa) Olysis Simeprevir 150mg, utilizado no tratamento de hepatite crônica C, deve ser fornecido por plano de saúde para uso domiciliar.

O caso envolveu paciente de 61 anos de idade, portadora de hepatite viral crônica C, cujo plano de saúde se negava a custear ou

reembolsar o valor gasto com o tratamento que utiliza o medicamento.

A operadora do plano de saúde alegou que o artigo 10, *caput*, incisos V e VI, e o artigo 12 da Lei 9.656 lhe facultam excluir da cobertura medicamentos importados e não nacionalizados, além dos utilizados em tratamento domiciliar.

### Argumentação superada

De acordo com a relatora do recurso no STJ, ministra Nancy Andrighi, a argumentação da operadora está superada em razão de a Anvisa já ter registrado a medicação, sendo abusiva cláusula contratual que impede o paciente de receber tratamento "com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta".

Nancy Andrighi afirmou ser "irrelevante a discussão acerca da aplicação das disposições contidas na Lei 9.656, uma vez que as cláusulas contratuais dos planos de saúde devem ser analisadas de acordo com as disposições do Código de Defesa do Consumidor, conforme determina a Súmula 469 do STJ".

Para a ministra, "o direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua".

## ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA SOBRE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

ANS –24/03/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou na sexta-feira (24/03), no Diário Oficial da União (DOU), a consulta pública nº 60, com o objetivo de receber contribuições para a proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre os mecanismos financeiros de regulação, como coparticipação e franquia, que podem ser utilizados pelas operadoras de planos de saúde.

A documentação já se encontra disponível no portal da ANS. O prazo para envio das sugestões vai de 31/03 a 02/05 e as contribuições devem ser encaminhadas por meio eletrônico, através de formulário que será disponibilizado na página da Agência na próxima semana.

A proposta de normativa foi debatida durante audiência pública realizada no dia 20/03 no Rio de Janeiro. Na ocasião, estiveram presentes mais de 170 participantes representando 94 entidades, entre órgãos de defesa do consumidor, prestadores, operadoras, instituições relacionadas ao setor e servidores da ANS.

[Confira toda a documentação relacionada à consulta pública.](http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-60-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia) - <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-60-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia>

## PLANOS ACESSÍVEIS

ANS –24/03/2017

Foi publicada na edição da sexta-feira (24/03) do Diário Oficial da União a Portaria nº 8.851, que institui um Grupo de Trabalho (GT) composto por servidores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação da proposta de criação de Plano de Saúde Acessível, encaminhada para a reguladora pelo Ministério da Saúde.

O GT contará com representantes das cinco diretorias da ANS e da Procuradoria Federal junto à Agência para avaliar o conteúdo recebido.

Em seguida, será aberta a etapa de participação social, que deverá contar com a colaboração de representantes de órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas, instituições do setor de saúde, universidades, operadoras de planos de saúde, servidores da ANS, entre outros.

O trabalho do GT deverá ser concluído em 60 dias, podendo ser prorrogado, se necessário.

Após a etapa de participação social, o Grupo de Trabalho deverá apresentar um relatório final à Diretoria Colegiada da ANS, que o encaminhará ao Ministério da Saúde.

## O QUE BRASIL PODE APRENDER COM O CANADÁ NA ÁREA DA SAÚDE?

Folha de São Paulo –23/03/2017

Quando converso com as pessoas que encontro aqui no Brasil é bem comum eu ouvir: "Você é canadense? A vida deve ser muito melhor que aqui: vocês têm uma saúde excelente por lá!".

Então decidi realmente entender isso. Será que o sistema de saúde canadense é melhor mesmo? E por quê? Nesse sentido, o Brasil tem algo a aprender com os canadenses e, quem sabe, vice-versa?

Ambos, Brasil e Canadá, têm um sistema de saúde universal, ou seja, o acesso é garantido por lei para todos os cidadãos. Mas observe os números: o Canadá tem expectativa de vida de seis anos a mais -84 anos contra 78 anos. Lá, a taxa de mortalidade infantil é cerca de três vezes menor –quatro para cada mil partos versus estratosféricos 14 para cada mil nascimentos no Brasil.

Vários outros índices canadenses têm, de fato, melhores resultados. Mas por que tanta diferença?

Há quem diga que o motivo é porque o Brasil, sendo um país tropical, tem doenças tropicais, mas a explicação é mais simples: o Canadá é mais rico.

O PIB per capita (indicação de quantos recursos existem para cada cidadão) é de R\$ 132.000 por ano no país do hemisfério norte. Já no Brasil, é de apenas R\$ 26.000 por ano –cinco vezes menor.

Mas não adianta ser só rico, precisa-se investir bem, e o Canadá investe muito mais em saúde, direcionando 11% do PIB à área. Já no Brasil, utiliza-se algo em torno de 8%. Aqui, portanto, são 35% a menos de recursos –simplesmente não se emprega dinheiro suficiente para se chegar ao nível de saúde que o Canadá tem.

Além disso, a população canadense é de apenas 35 milhões de pessoas. Já no Brasil, são 200 milhões –o país é considerado o maior do mundo com sistema de saúde 100% universal–, e o governo precisa garantir atendimento básico, de alta complexidade e remédios para todos os habitantes. Claramente, um desafio imenso que demanda altíssima eficiência em gestão.

Contudo, não é só isso. Também acredito em outros fatores, menos visíveis, para explicar tanta diferença nos números relacionados à saúde entre os dois países.

Um exemplo: o Brasil tem um sistema de saúde suplementar (via planos de saúde) que atende 25% da população. Já no Canadá, a saúde privada não é permitida a existir da mesma forma –são autorizados planos de saúde para apenas alguns procedimentos eletivos, odontológicos e medicamentos caros.

Agora, imagine se no Brasil as classes sociais mais altas precisassem usar as mesmas clínicas e hospitais que as mais baixas. Será que o sistema de saúde público melhoraria?

Mais um ponto: o Canadá tem uma cultura muito mais saudável. Eles consomem muito menos fast foods e refrigerantes e valorizam comida fresca e atividades físicas. Há também bastante espaço público, como parques e calçadas bem cuidadas. Os canadenses também são menos estressados.

No Brasil, a maioria da população mora em cidades, mas sem acesso democrático a espaços públicos para fazer esportes e atividades físicas. Não é uma surpresa saber que o país está sofrendo com a obesidade e as doenças causadas por ela, como diabetes e cardiovasculares.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o Brasil ocupa a 125ª posição no ranking mundial que avalia sistemas de saúde. Descobri que Canada é o número 30! Nem está no top 10. Realmente, fiquei chocado porque sempre pensei que ele era um dos melhores. Mas na verdade não é.

No Canadá, você precisa ver um médico? Agende com uma semana de antecedência. Um dermatologista? Um mês. Precisa fazer uma ressonância ou tomografia? Fila de espera de dois meses. Transplante? Podem ser anos. Por lá, alguns remédios simplesmente não existem –é necessário pagar por eles sozinho (não é como no Brasil que o governo, muitas vezes, subsidia).

De certa forma, o Canadá oferece uma cobertura básica muito boa, mas algumas pessoas acabam "escapando entre os dedos". E se o Canadá é o número 30, quem ocupa primeiro lugar? A França.

E o que ela faz para estar no topo do ranking mundial? Primeiramente, investe e muito. Mais de 20% dos salários dos franceses vão para a saúde. Há um sistema privado e público, mas o governo se envolve bastante como regulador, por exemplo, controlando gastos hospitalares.

A França também foca bastante as doenças mais caras –diabetes, saúde mental e câncer– e paga 100% dos custos com remédios, cirurgias e outras terapias. Por isso, os franceses estão muito satisfeitos e seguros em termos de sua saúde.

Outro diferencial interessante é o quanto eles priorizam a primeira infância (de zero a três anos). O governo reconhece a importância desse período da vida para a saúde em longo prazo. Por isso, novas mães na França têm condições luxuosas: após o parto, por exemplo, por lei podem ficar meses afastadas, recebendo uma bolsa financeira generosa para cuidar do bebê.

Além disso, enfermeiras são designadas para visitas frequentes à casa delas, e as creches são subsidiadas e de altíssima qualidade.

Há alguns fatores fundamentais que dificultam melhorias rápidas em saúde. De outro lado, há muito que pode ser feito sem ter tantos recursos financeiros: coisas como melhorias em gestão, uso de tecnologia, investimento em primeira infância, e mudanças na cultura.

Sem esses tipos de ações, o Brasil não apenas arrisca não melhorar a saúde, mas também compromete todo o progresso conquistado nas últimas décadas.

## A FORÇA DO COOPERATIVISMO MÉDICO EM MINAS GERAIS

SaudeBusiness –23/03/2017

As operadoras de planos de saúde do Sistema Unimed, líder do segmento em Minas, são representadas política e institucionalmente pela Unimed Federação Minas, responsável também por programas e serviços que contribuem para a sustentabilidade das Unimeds. "Quando as cooperativas se organizam em centrais e federações, os resultados são mais robustos. Nos últimos 40 anos, a Unimed

Federação Minas tem sido exemplo disso, contribuindo fortemente para o alinhamento da gestão em benefício do desenvolvimento do cooperativismo médico e da assistência em saúde”, afirma Ronaldo Scucato, presidente da Ocemg (Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais).

A governança e a gestão, dois temas tão em voga no mercado atual, são os pilares que guiam o trabalho desenvolvido para as cooperativas do Sistema Unimed mineiro. Segundo o presidente da Unimed Federação Minas, Marcelo Mergh Monteiro, para se obter o sucesso nesses quesitos é fundamental o foco no pioneirismo. “Trabalhamos sempre em prol do que o nosso mercado demanda. Temos uma equipe extremamente qualificada que trabalha pela inovação, desenvolvendo novos produtos adequados às necessidades das operadoras”.

Exemplo de inovação, o Painel de Risco do Negócio com foco na Governança Cooperativa (Pring), permite acompanhar os riscos do negócio das cooperativas, avaliando as dimensões: Regulatória, Trabalhista, Tributária, Institucional, Assistencial e Econômico-financeira, por meio de cruzamento de dados.

Em parceria com a Ocemg, a Unimed Federação Minas contribui também para o progresso do modelo cooperativista no estado. “O Sistema Unimed é modelo de gestão e resultados. Exemplifica bem como colocar os interesses coletivos em primeiro plano para alcançar resultados, qualidade de vida e bem-estar para cada um de seus membros e ainda para o seu entorno de atuação. Isso demonstra cotidianamente que quando os esforços são concentrados em uma mesma direção, com a dedicação de todos que atuam no negócio, o crescimento é apenas uma consequência do trabalho realizado”, comenta Ronaldo Scucato.

## **UNIMED GANHA PRAZO INDETERMINADO PARA SUA RECUPERAÇÃO**

OGlobo –23/03/2017

Tudo se encaminha para que haja uma prorrogação, por prazo indeterminado, do Termo de Ajustamento de Conduta celebrado pela Unimed-Rio, ANS, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, Defensoria Pública e prestadores de saúde. A reunião está em andamento. Todos os que assinaram o TAC reconheceram que a Unimed-Rio vem se recuperando de forma bem satisfatória. O presidente da ANS, José Carlos de Souza Abrahão, esteve presente e apoiou o TAC. A conferir.

## **ANS DISPONIBILIZA SEGUNDA EDIÇÃO DO MAPA DO RESSARCIMENTO**

ANS –23/03/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou a segunda edição do Mapa da Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde. A publicação contempla a quantidade de atendimentos notificados entre 2008 e 2014 e possibilita identificar os locais em que os beneficiários foram atendidos, o perfil dos usuários, os tipos de procedimentos mais executados e outras informações relevantes sobre o mecanismo de ressarcimento em todo o país.

O [primeiro mapa do ressarcimento](#) analisou as notificações feitas no período de 2008 a 2012, época em que apenas os procedimentos de internação hospitalar eram identificados. Nesta nova publicação, além de acrescentar os anos de 2013 e 2014, foram incluídos os procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade, os quais tiveram a cobrança iniciada pela ANS em 2015 referente a atendimentos realizados a partir de 2014.

Na primeira parte do estudo, são analisados os dados relativos às Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). As principais

análises extraídas são: percentual de atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde em relação ao total de atendimentos no SUS por estado e por região; atendimentos por modalidade da operadora; por tipo de contratação do plano; pelo caráter de internação; por especialidade médica; por faixa etária; e por natureza jurídica do prestador. Na segunda parte da publicação, são detalhadas as Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APACs). Além de dados regionalizados, são expressos os procedimentos desse tipo mais realizados no SUS em favor de beneficiários de planos de saúde.

Nos seis anos analisados, houve 1.843.020 notificações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) identificadas pelo ressarcimento de um total de 80,5 milhões de internações realizadas no SUS. Ou seja, do total de internações realizadas na rede pública no período, 2,29% foram de beneficiários de planos de saúde. Os atendimentos de urgência e emergência predominaram, representando 69,7% do total, enquanto os eletivos atingiram 30,3%. Em relação aos procedimentos de alta e média complexidade, foram identificadas 520,3 mil APACs realizadas em favor de beneficiários de planos de saúde, o que representou 2,5% do total realizado no SUS.

[Confira a publicação com as informações completas.-  
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/beneficiarios\\_sus\\_2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/beneficiarios_sus_2017.pdf)

## **SÃO PAULO E RIO DE JANEIRO PERDEM QUASE 1 MILHÃO DE BENEFICIÁRIOS**

IESS –22/03/2017

Na quarta-feira (15/3), aqui no Blog, apontamos uma nova queda no total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares entre fevereiro de 2017 e o mesmo mês de 2016. O que contraria a euforia apresentada por parte de mercado ao constatar o crescimento destes vínculos entre janeiro e fevereiro deste ano – uma análise, conforme já argumentamos, pouco confiável, tanto por

não considerar questões sazonais quando o costume da ANS de corrigir os dados em meses seguintes.

Na ocasião, prometemos analisar o comportamento do total de vínculos ao redor do País, segundo os dados da última edição da NAB. E, agora, vamos entregar o que prometemos.

A redução de 2,7% no total de beneficiários, registrada de fevereiro a fevereiro, foi puxada pela região sudeste. Dos 1,3 milhão de vínculos rompidos no período, 1,1 milhão concentram-se na região que teve queda de 3,6%. Retração superior à média nacional.

Em números absolutos, São Paulo foi o estado em que mais beneficiários deixaram de contar com o plano de saúde: 676,8 mil vínculos foram rompidos no período, o que representa uma retração de 3,7%. Mesmo com a queda, o estado ainda responde por mais de um terço (36,9%) dos 47,7 milhões de beneficiários no País. O que corresponde a 17,6 milhões de vínculos.

Contudo, proporcionalmente, São Paulo não foi o Estado em que mais vínculos foram rompidos. Na região Sudeste, esse "título" cabe ao Rio de Janeiro, que perdeu 229 mil beneficiários. Retração de 3,9% no período analisado.

Já no Brasil, o Estado do Mato Grosso registrou a maior redução porcentual de beneficiários: 4,3%. Em números absolutos, o número representa o rompimento de 23,6 mil vínculos. A região Centro-Oeste, onde o estado se encontra, perdeu 58,4 mil beneficiários entre fevereiro de 2017 e o mesmo mês do ano anterior, queda de 1,9%.

A região Sul registrou retração de 1,5%, o que representa 104,3 mil vínculos rompidos. As regiões Norte e Nordeste também apresentaram resultados negativos, porém com algumas particularidades que vamos abordar nos próximos dias.

## **PLANO ACESSÍVEL É UM EQUÍVOCO, AFIRMA DESEMBARGADOR DO TJ-MG**

SEGS –22/03/2017

Desde 2011, o número de ações judiciais contra os planos de saúde aumentaram 631%, saltando de 2.602 para 19.025 no ano passado. Segundo estudo realiza pela Faculdade de Medicina da USP, no período de seis anos foram 77 mil ações na primeira instância.

Já nos casos que foram para segunda instância, quando a operadora recorre da decisão, houve um crescimento de 146%,

subindo de 4.823 em 2011 para 11.377 em 2016. No total, em seis anos foram 58.512 ações nessa instância.

Nos casos de segunda instância, os beneficiários são os maiores vitoriosos, com 92,4% das ações favoráveis a eles. A causa é ganha pelos pacientes com acolhimento integral dos pedidos e muitas vezes incluindo reparações por danos morais pela espera, em 88% dos casos.

Entre os tipos mais comuns de ações judiciais está em primeiro lugar a exclusão de cobertura, com 44% dos casos entre 2013 e 2014. A manutenção no contrato coletivo e o valor da mensalidade dos aposentados fica em segundo lugar, com 27% das reclamações. Enquanto em terceiro, vem os reajustes com 17%.

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

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

Milliman

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

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)