

16 de Agosto de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 16/08/2017

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman do mês de Agosto. O artigo “Saúde Suplementar e os Medicamentos Off-Label” trata sobre os chamados medicamentos off-label e os seus possíveis impactos na cadeia da saúde suplementar.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

AVANÇO EM SAÚDE DEPENDE DO EQUILÍBRIO ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO, DIZ MINISTRO

O Globo – 16/08/2017

Em evento sobre novos modelos para o setor, Barros afirmou que maior oferta de planos pode melhorar atendimento do SUS

RIO - O maior uso de planos de saúde privados poderia melhorar em qualidade e agilidade o atendimento médico do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o ministro Ricardo Barros. Defensor da criação dos chamados planos populares — com cobertura e custo reduzidos, em um novo modelo ainda em discussão —, ele sustenta que o mercado de saúde suplementar deveria ser livre, incluindo o reajuste das mensalidades dos planos individuais, atualmente regulado pelo governo.

— Tudo que puder ser financiado ou cofinanciado pelo cidadão (pela participação em exames e atendimentos junto ao plano de saúde) alivia o SUS, melhora o atendimento, que fica menos demorado, principalmente, para quem depende 100% do sistema público — disse o ministro durante o primeiro dos três encontros para debater novos modelos de saúde no Brasil, realizado pelo GLOBO, com patrocínio da Amil e apoio da revista “Época”.

Uma modalidade de plano de saúde mais acessível, diz Barros, seria um caminho para os quase três milhões de brasileiros que deixaram de ter cobertura privada durante a crise retomarem a cobertura.

— Defendo que as pessoas possam acessar o que têm capacidade de pagar. Plano de saúde é contrato de consumidor com fornecedor. Se o atendimento não estiver bom, a pessoa sai do plano. Não há por que querer regular o que a pessoa pode ou não querer e concordar em ter e pagar por isso. É mercado — explicou o ministro.

Uma das principais especialistas no setor de saúde no país, a professora da UFRJ Lígia Bahia chamou atenção, durante o debate, para o peso da desigualdade econômica no mapa de cobertura de saúde no país:

— A cobertura no Brasil é muito desigual. Em planos de saúde, ela segue a renda. O plano mais barato seria dedicado para as pessoas com menor instrução e renda, que são também as pessoas com

mais problemas e dificuldade de acesso à saúde. O problema principal da organização dos recursos assistenciais não é a propriedade pública ou privada, mas a alocação desequilibrada desses recursos.

Na Austrália, há incentivo ao plano privado

“Saúde pública e suplementar — Um sistema único” foi debate realizado, ontem, no Museu de Arte do Rio. O evento contou ainda com a participação de Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, dona da Amil; de Luiz Augusto Carneiro, superintendente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS); e a mediação de Luciana Casemiro, editora da seção Defesa do Consumidor. Carneiro, do IESS, reforçou que o incentivo do estado para o uso de planos particulares, para desafogar a rede pública, já existe em outros países:

— O mix entre o público e o privado na saúde depende de cada país. Na Austrália, onde 56% da população são beneficiários da saúde suplementar, o governo estimula o ingresso nos plano de saúde por meio de um incentivo fiscal, que devolve 30% do gasto anual com a cobertura privada como restituição de Imposto de Renda.

Barros destacou que 150 milhões de brasileiros, ou 70% da população, são atendidos pelo SUS, o que consumiu R\$ 246 bilhões em 2016. O segmento de saúde suplementar, por sua vez, soma 47,38 milhões de beneficiários e teve despesa assistencial de R\$ 135,5 bilhões no ano passado.

Os casos de atendimentos de usuários de planos de saúde pelo SUS, no entanto, ainda são uma questão polêmica e que têm acabado na Justiça. Desde 2001, foram realizados 3,8 milhões de atendimentos a usuários da saúde suplementar pelo SUS, gerando um custo de R\$ 6,6 bilhões. Até março deste ano, 2,3 milhões de atendimentos foram considerados passíveis de ressarcimento, com custo de R\$ 3,7 bilhões, segundo dados do Ministério da Saúde. O restante está em processo judicial.

— O ressarcimento é um problema porque é judicializado. Já pedi à ANS para que nosso sistema (de entrada no SUS) seja disponibilizado aos planos. Se um segurado entrar na rede pública, deve ser removido. Se não for removido, defendo que seja pactuado o que ocorre dali em diante. Se fizer tal procedimento, o valor é este e está resolvido — explicou Barros.

Para discutir as questões financeiras, defende Lottenberg, é preciso debater prioridades:

— É muito ruim discutir saúde falando apenas de dinheiro. Não adianta encharcar o sistema de dinheiro. A rigor, não se trata de politizar a conversa, mas tem que haver debate, sem radicalismos. Tudo o que pudermos trazer para aportar recursos para a saúde merece ser debatido.

Lígia avalia que o equilíbrio entre os sistemas público e privado deve ser feito através da definição de prioridades focadas em promoção de saúde. E cita o bem-sucedido avanço no combate à taxa de mortalidade infantil, uma conquista da rede pública.

EXCLUSÃO DE COBERTURA LIDERA PROCESSOS CONTRA PLANOS DE SAÚDE

Veja SP – 15/08/2017

O levantamento é do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

Entre janeiro e julho de 2017, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) julgou um total de 17 114 ações contra planos de saúde. Esse número é o maior já registrado desde 2011 – período rastreado pelo Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

“Temos produtos de pior qualidade do mercado, aumento de práticas abusivas por parte dos planos e falta de fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar”, diz o professor Mário Scheffer, quem coordena o estudo.

O levantamento também aponta que o número de decisões judiciais cresce em ritmo mais acelerado do que a evolução da população atendida pelos planos. Desde 2014, a quantidade de usuários está em queda devido à crise econômica e ao desemprego, diz o relatório. Em março de 2017 foram registradas 17 539 718 pessoas com planos de saúde no Estado de São Paulo, número abaixo das 17 544 330 pessoas de março de 2011.

Baseado em 4 000 registros colhidos na capital paulista entre 2013 e 2014, o relatório aponta os principais motivos que têm levado os usuários aos tribunais:

1. Exclusão de cobertura – 44%
2. Valor de mensalidade para idosos e manutenção do aposentado no contrato coletivo – 27%
3. Reajustes por sinistralidade e uso, e por mudança de faixa etária – 17%
4. Rescisão unilateral do contrato pela operadora – 5%
5. Outros (descrédenciamento de prestadores, reembolso, manutenção de demitido no contrato coletivo, manutenção de dependente após falecimento do titular e migração e rescisão de contratos) – 7,5%

“A minha intuição é que vai aumentar ações por causa de reajustes, mas cobertura sempre foi o maior problema”, pontua. “Os motivos podem mudar ao longo do tempo”, diz Scheffer.

Os dados mostram também que, nesse mesmo recorte, em 92,4% dos acordãos foi dada razão ao usuário.

Quanto aos procedimentos e atendimentos mais negados por planos de saúde estão as cirurgias (34,3%), as internações, inclusive em UTI (15,3%) e tratamentos para câncer (13,5%).

Outro ponto destacado pelo relatório foi que, entre 2011 e 2016, o TJSP julgou, em segunda instância, mais causas envolvendo planos de saúde (63 238 decisões) do que pretensões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (49 959 decisões), que atende toda a população do Estado de São Paulo, de cerca de 48,5 milhões de habitantes, e é responsável pela maior parte dos itens de alta complexidade e por toda a assistência farmacêutica, principal componente de ações judiciais contra o sistema público.

A pesquisa tem como fonte principal o portal e-SAJ (Sistema de Automação da Justiça) do TJSP, que permite consultas sobre a tramitação de processos. Foram acessadas informações tanto das decisões proferidas em 1ª instância (Consulta de Julgados de 1º Grau) quanto em 2ª instância (Consulta de Jurisprudência)

EMPRESA NÃO PODE SUSPENDER PLANOS DE SAÚDE DE AFASTADOS POR DOENÇA

Consultor Jurídico – 14/08/2017

A suspensão do contrato de trabalho em virtude de afastamento por benefício por incapacidade (aposentadoria por invalidez ou o auxílio-doença), não é causa de suspensão ou cancelamento do plano de saúde do empregado.

Esse foi o entendimento do juiz André Sessim Parisenti, da 21ª Vara do Trabalho de Porto Alegre, ao confirmar liminar que proibiu a rede de supermercados Walmart de cancelar os planos de saúde de seus empregados em razão de afastamento por auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.

Autor da ação, o Ministério Público do Trabalho afirmou que o cancelamento dos planos de saúde nessas situações, viola da Súmula 440 do Tribunal Superior do Trabalho, que garante a manutenção de plano de saúde a empregados aposentados por invalidez ou que recebam auxílio-doença acidentário.

Em sua contestação, a rede de supermercados afirmou que os planos de saúde são inteiramente custeados pela empresa, o que autorizaria o cancelamento para o caso de suspensão do contrato de trabalho. Além disso, alegou que não há previsão legal para manutenção do benefício durante o afastamento previdenciário.

Porém, para o juiz André Parisenti, o silêncio da legislação não pode ser interpretado como autorização para que o empregador encerre o benefício justamente no período em que o empregado mais necessita. Além disso, afirmou que o fato de a Súmula 440 do TST não tratar expressamente das hipóteses de auxílio-doença não acidentário não significa que, nessas situações, o empregador estará autorizado a interromper o plano de saúde.

“É pacífico na doutrina e na Jurisprudência trabalhista que na suspensão do contrato de trabalho afasta determinadas obrigações contratuais, como o pagamento de salário, pois o empregador não é obrigado a contraprestar ao empregado por serviços não realizados. Porém, mesmo durante os períodos de suspensão contratual permanecem exigíveis as obrigações acessórias inerentes à mera existência do vínculo empregatício”, afirmou.

Na ação, o Ministério Público do Trabalho relatou ilícitos constatados em Porto Alegre e Gravataí. Porém, o MPT pediu que fosse dada abrangência nacional à decisão, o que foi acolhido pelo juiz.

"Sendo a ré uma empresa de porte nacional, não se pode presumir que as suas práticas sejam restritas a determinada região, sob pena de restar fragilizado o direito dos demais empregados por ela contratados", afirmou o juiz na sentença.

Com base nesses entendimentos, a decisão determinou que a empresa mantivesse os planos de saúde ou de assistência médica de seus empregados nas hipóteses de afastamento por motivo de incapacidade para o trabalho, sob pena de multa diária de R\$ 5 mil

por trabalhador prejudicado, reversível ao Fundo de Defesa de Direitos Difusos.

A empresa também foi condenada ao pagamento de indenização por dano moral coletivo, arbitrada em R\$ 500 mil, revertida ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). "O dano decorre da prática sistemática de submeter trabalhadores a situações intoleráveis em face do cancelamento do plano de saúde suplementar justamente para aqueles que se encontram incapacitados para o trabalho", concluiu. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRT-4.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE QUEREM DISCUTIR CUSTOS DO NOVO ROL DA ANS

Agência Brasil –14/08/2017

A inclusão de novas tecnologias no rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir de 2018, pode gerar custo adicional de pelo menos R\$ 5,4 bilhões, e quem vai arcar com esse custo será o beneficiário.

O alerta está no estudo Estimativas de Custo e Impacto de Tecnologias na Despesa Assistencial, divulgado hoje (14) pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as empresas operadoras de planos de saúde.

O levantamento tem como base 16 das 26 novas tecnologias (medicamentos, terapias e exames) propostas para a incorporação após [consulta pública](#) feita em junho e julho.

Segundo a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, o custo adicional equivale a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016. Ela reclama que no grupo de trabalho que discutiu as propostas de incorporação, não houve discussão sobre os custos que a medida implicaria.

"A Agência não faz estudo de impacto, não faz estudo de custo. Sempre quem paga é quem compra o serviço, então são as empresas empregadoras e os beneficiários, as famílias. Esses são sempre aqueles que pagam pelo serviço de assistência à saúde", disse Solange. De acordo com ela, a discussão deve envolver toda a sociedade.

"Esse debate tem que existir e para ele existir a gente precisa ter informação. A nossa contribuição, nesse primeiro momento, foi dar a informação. Eu acho que precisa, sim, que se implemente o processo de priorização de incorporação de tecnologia, porque a renda da população não é suficiente para fazer frente a toda essa ilimitação que a indústria da assistência médica promove. Nós estamos antevendo é que, se aprovadas essas 26 tecnologias, com certeza isso será repassado ao preço e, com certeza, mais pessoas deixarão de comprar planos de saúde, por uma impossibilidade no preço desses planos".

Solange disse que não foi feito o levantamento de quanto a inclusão desses procedimentos aumentaria no custo para o beneficiário. Entre os procedimentos previstos na consulta pública estão a cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário e para desobstrução das tubas uterinas; terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório em crianças; radiação para tratamento de ceratocone, no campo oftalmológico; e medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla.

Consulta pública

A ANS informa que a consulta pública foi encerrada no dia 26 de julho e que as mais de 5 mil contribuições recebidas "estão sendo analisadas e ainda não há uma definição das incorporações de procedimentos que serão promovidas". O processo está na fase de análise pela diretoria colegiada da agência, que pode ou não publicar o documento para que as operadoras tenham um período de adaptação às novas regras, inclusive para contratação de prestadores de rede para atender a população a partir de 1º de janeiro de 2018.

Em nota, a Agência considerou que o estudo divulgado pela FenaSaúde não foi feito com a "metodologia adequada para uma Análise de Impacto Orçamentário (AIO) decorrente da proposta de novas inclusões de tecnologias no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde".

"Esse impacto consiste na diferença de custos entre os cenários do novo tratamento e o de referência (práticas terapêuticas atuais), e o estudo ignora o cenário atual para se fazer as devidas comparações. Vale reforçar que não existe análise de impacto orçamentário sem comparação de cenários. É fato que o indivíduo que está no sistema já está sendo tratado de alguma forma, logo quando se incorpora uma nova tecnologia deixa-se de se utilizar a anterior. E isto não foi considerado no estudo da FenaSaúde", diz a nota da ANS.

A ANS ressalta, ainda, que o levantamento utilizou de dados de prevalência e incidência "pouco confiáveis", considerando "de forma equivocada que 100% dos indivíduos com possível diagnóstico utilizariam a nova tecnologia". A agência destaca que todos os procedimentos propostos na atualização do Rol "passaram por um rigoroso critério de seleção, efetuado após diversas reuniões do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde)".

PLANOS DE SAÚDE TERÃO DE INCLUIR NOVAS TECNOLOGIAS

O Globo – 14/08/2017

Operadoras estimam impacto de R\$ 5,3 bilhões com 16 novos procedimentos na lista de cobertura obrigatória

A incorporação de 16 das 26 novas tecnologias, em estudo pela Agência Nacional de Saúde (ANS), no rol de procedimentos mínimos obrigatório de cobertura dos planos de saúde, a partir de 2018, tem um impacto estimado em R\$ 5,37 bilhões na despesa assistencial da saúde suplementar. Segundo o estudo feito pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), isso representa um acréscimo de 4% em relação ao custo do ano passado, quando chegou a R\$ 135,5 bilhões. Um aumento de custo per capita de R\$ 111,37.

No escopo das tecnologias há desde um exame que pesquisa toxoplasmose no líquido amniótico, com custo por procedimento de R\$ 427, ao medicamento oral Crizotina, indicado para o tratamento de câncer de pulmão, que tem um custo anual por paciente de R\$ 468 mil.

Essa é a primeira vez que a FenaSaúde faz essa análise. O cálculo se concentrou nos procedimentos para os quais haviam dados suficientes, como o número de pessoas estimadas para o uso daquela tecnologia, explica Vera Queiroz Sampaio, gerente de Regulação de Saúde da federação:

— O estudo foi uma demanda das empresas. O rol é liberado muito em cima do início da vigência e as operadoras precisam preparar a rede, saber quanto custa, qual é a capacidade de atendimento. Levamos em consideração o uso de novas tecnologias por toda a população elegível em 12 meses.

Segundo a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, esse tipo de estudo só foi feito pela ANS na elaboração do primeiro rol, em 2001. Solange avalia que falta informação no

processo e destaca que é importante que o beneficiário conheça o custo dessas incorporações:

— O objetivo do estudo não é dizer se deve ou não incorporar uma tecnologia, mas informar para uma tomada de decisão. Diferentemente do SUS, na saúde suplementar não há critérios de priorização para incorporação de tecnologia. Tem um remédio novo para hepatite C que tem um custo anual de R\$ 700 mil por paciente, mas o SUS está usando porque ele cura a doença. Mas há outras drogas que ainda precisam ter seus resultados monitorados.

Professora da UFRJ, Ligia Bahia se incomoda, no entanto, que as contas apresentadas pelos planos de saúde não levem em conta a economia que a incorporação de novas tecnologias trazem.

— As novas tecnologias trazem economia, com a cura mais rápida, menor uso de terapia intensiva, redução de complicações. O cálculo tem que trazer esses ganhos. Além disso, é preciso levar em consideração que toda tecnologia tem uma curva de custo: começa alta, mas com a disseminação vai caindo — diz Ligia, membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

A gerente de Regulação da FenaSaúde afirma que apenas em dois dos casos estudados as novas tecnologias substituem as anteriores. As demais se somam as já existentes.

Na avaliação do médico Márcio Mereilles, editor executivo do portal Observatório da Saúde, a discussão será infrutífera enquanto o foco for o lucro:

— Neste sistema todos estão preocupados com lucro, operadoras, médicos, hospitais e laboratórios. E tem que ser assim para que as empresas não quebrem. Mas enquanto o paciente não estiver no foco a avaliação será equivocada.

Consultada a ANS informou que está analisando as contribuições enviadas à consulta pública sobre a atualização do rol, encerrada no último dia 26, e que ainda não há definição sobre os procedimentos que serão incorporados.

FENASAÚDE ESTIMA QUE IMPACTO COM O NOVO ROL DA ANS PODE CHEGAR A R\$ 5 BILHÕES

FenaSaúde – 14/08/2017

Estudo propõe reflexão sobre o peso da incorporação das tecnologias nos orçamentos das famílias e empresas

A FenaSaúde divulga, nesta segunda-feira (14), o estudo 'Estimativas de Custo e Impacto de Tecnologias na Despesa Assistencial', que analisa 16 das 26 novas tecnologias (medicamentos, terapias e exames) propostas para a incorporação, que podem se somar aos 3.287 procedimentos já cobertos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para oferecimento obrigatório pelos planos de saúde a partir de 2018. O resultado mostrou que, caso incluídas, o custo adicional poderá ser de R\$ 5,4 bilhões, o equivalente a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016.

Por conta de um longo período de recessão econômica, que resulta atualmente em 13,5 milhões de desempregados, a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, alerta que o processo de incorporação de novas tecnologias precisa incluir o impacto financeiro e considerar as condições dos compradores de

plano de saúde de arcar com mais despesas. O custo dos planos de saúde na folha de pagamento das empresas já representa aproximadamente 12%, perdendo apenas para o pagamento de salários. Ao mesmo tempo, crescem as despesas assistenciais por beneficiário geridas pelas operadoras a cada ano — em 2016, esse aumento foi de 19,2%, segundo a FenaSaúde.

"Hoje, o Rol para cobertura mínima obrigatória já contempla 91% da lista de procedimentos da Associação Médica Brasileira. Em paralelo, levando-se em consideração a atual conjuntura econômica do país e o orçamento das famílias e empresas contratantes de planos de saúde, é preciso questionar sobre se há capacidade de pagamento por parte da sociedade. É equivocado achar que essas despesas são das operadoras. Na verdade, a conta é de todos os compradores — pessoas físicas e empresas. Somos nós que pagamos essa conta. A sociedade precisa fazer escolhas entre mais cobertura e maior preço ou a assistência à saúde que caiba no seu bolso", pondera a presidente da FenaSaúde.

Dentre as tecnologias propostas, o implante Urológico Injetável Vantris para o refluxo vesico-ureteral é o item de maior impacto em 12 meses: R\$ 2,5 bilhões para 209 mil beneficiários. Considerando os custos das tecnologias já cobertas para o mesmo tratamento, a diferença é de R\$ 1,36 bilhão.

Já os quatro medicamentos antineoplásicos orais para tratamento do câncer e o imunobiológico para a esclerose múltipla são os itens de maior custo anual por paciente: Dabrafenibe (R\$ 500 mil);

Crizotinibe (R\$ 468 mil); Ruxolitinibe (R\$ 295 mil); Afatinibe (R\$ 76 mil); Natalizumabe (R\$ 87 mil). O Dabrafenibe é uma alternativa mais barata à tecnologia já coberta no Rol.

Outro exemplo é o Ranibizumabe ou Aflibercepte para o tratamento de doenças vasculares da retina, que têm impacto relevante na despesa assistencial, de R\$ 417 milhões a R\$ 1,4 bilhão em 12 meses, para uma população elegível esperada entre 22 mil a 44 mil beneficiários.

Análise de impacto financeiro acontece no SUS e em outros países

O processo de priorização de tecnologias em saúde ainda não é uma realidade na Saúde Suplementar, mas faz parte da rotina da saúde pública brasileira. A Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias) é o braço do Ministério da Saúde que avalia a inserção ou não de novas técnicas ou insumos médicos no SUS, levando em conta a avaliação de qualidade, eficácia e segurança; custo-efetividade; e impacto orçamentário.

“Há uma falsa percepção de que os recursos na Saúde Suplementar são ilimitados, o que pode se atestar com a falta de um processo orçamentário estruturado para avaliar o impacto da inclusão de cada nova tecnologia. Já no SUS, em razão dos recursos estarem restritos ao orçamento público, o processo de inclusão de nova

tecnologia considera o impacto orçamentário. A saúde suplementar também deve utilizar os inúmeros atributos das avaliações da Conitec, ou seja, análise de custo, efetividade e de impacto orçamentário. Urge no sistema privado uma ação similar, porque os recursos são escassos e não há mais capacidade de pagamento por parte da sociedade”, explica Solange Beatriz, que, ainda, lembra que sistemas com as mais variadas metas de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) também ocorrem em outros países, como EUA, Suécia, Austrália, Japão, Reino Unido e Canadá.

A metodologia do estudo da FenaSaúde teve como critério de seleção a disponibilidade de informações sobre a prevalência das doenças, considerando as indicações propostas pela ANS para uso da tecnologia. Desta forma, o modelo estatístico, utilizado pela FenaSaúde para impacto financeiro, considerou uma estimativa do número de indivíduos na Saúde Suplementar que irão se tornar elegíveis à indicação da tecnologia. O estudo não inclui custos agregados adicionais (despesas hospitalares, insumos, taxa de uso de equipamentos etc.) em razão da dificuldade de se obter essas informações. Vale frisar que não se trata de uma Análise de Custo-Efetividade ou de Análise de Impacto Orçamentário, que são complexos e exigem mais dados.

[>> Clique aqui para acessar a íntegra do estudo "Estimativas de Custo e Impacto de Tecnologias na Despesa Assistencial"](#)

COMO O SETOR DE SAÚDE PODE EVITAR O DESPÉRDÍCIO?

Saúde Business – 11/08/2017

Em tempos de dinheiro escasso, o setor de saúde no Brasil desperdiça recursos de todas as formas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima uma perda de 20% a 40% na área. No setor privado, 20% de desperdício representam R\$ 27 bilhões. Só os exames de ressonância magnética e tomografia ultrapassam R\$ 3 bilhões de excesso, quando comparados com outros países.

As oportunidades para aumentar a eficiência do sistema são inúmeras. O problema é o modelo, que não incentiva a qualidade. Enquanto se faz uma reflexão sobre o novo modelo, é possível implantar pequenas ações que certamente irão contribuir com a grande e esperada mudança.

Segundo a OMS, mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos. A entidade ainda cita que 55% das prescrições de antibióticos seriam cientificamente desnecessárias. Medicamentos caros são frequentemente usados quando há opções mais baratas e igualmente eficazes. Uma boa saída é ter uma auditoria mais focada

na qualidade da assistência, subsidiando a equipe de auditoria com indicadores da instituição e análises comparadas.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), no Brasil, há mais de 4,5 mil mamógrafos. No entanto, segundo publicação do site do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), somente 113 mamógrafos têm o respeitado selo da entidade. Seria essa uma das razões pela qual descobrimos os cânceres já avançados?

No caso de hospitais, menos de 5% têm algum tipo de certificação. As operadoras investem em demasia em seus próprios sistemas e são raras as iniciativas compartilhadas entre as mesmas. Pensar em melhorar a qualidade na assistência à saúde, dando subsídios à rede de prestadores de serviços, agregaria uma entrega com melhor valor integrado em saúde.

Todos os participantes do sistema de saúde podem utilizar melhor o dinheiro gasto em saúde. E quem ganha com isso? As pessoas, que teriam melhor qualidade de vida. As empresas, que reduziriam absenteísmo e presenteísmo e, com isso, aumentariam a produtividade. Os planos de saúde e prestadores de serviços, que entregariam saúde com mais qualidade à população com recursos para investimentos no setor.

CONGRESSO JURÍDICO DEBATE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –11/08/2017

Encontro reuniu nomes do judiciário nacional para debater o impacto da Judicialização na Saúde Suplementar

Nomes importantes do judiciário nacional, se reuniram nesta quinta e sexta (10 e 11/8), em Brasília, no VII Congresso Jurídico de Saúde Suplementar, para debater questões sobre 'A Judicialização da Saúde'; 'A Boa Fé e os Planos de Saúde'; 'Medicamentos Off Label e Ações na Justiça Americana contra Fraudes'; e 'Corrupção na Saúde Suplementar Brasileira'.

A presidente da FenaSaúde participou da mesa que debateu 'Saúde Pública Geral e Individual: Necessidade de Ponderação', com o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Alexandre de Moraes. De acordo com Moraes, o excesso de subjetivismo fere a igualdade. O ministro também defendeu que se deve relativizar a postura imperial do administrador (que não tem capacidade para dar tudo) e racionalizar a procura (excesso de pedidos judiciais).

A presidente da FenaSaúde reforçou as declarações do ministro. "Saúde pública e privada sofrem os mesmos dilemas. A Constituição Federal ao prever a participação do setor privado acolhe e reconhece a saúde suplementar como um meio de compartilhar o acesso e a assistência à saúde. Hoje são 70 milhões de brasileiros que utilizam serviços médicos hospitalares e odontológicos que representaram cerca de R\$ 130 bi. Valor custeado pelos empregadores e cidadãos, desonerando, portanto, o SUS."

SAÚDE SUPLEMENTAR CRIA EMPREGOS, NA CONTRAMÃO DO MERCADO

Saúde Business – 11/08/2017

O total de trabalhadores empregados pela cadeia de saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde) cresceu 1,5% nos 12 meses encerrados em junho de 2017, de acordo com o "Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar", do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). No mesmo período, o total de empregos no mercado nacional recuou 2,3%. "O indicador mostra, claramente, que a cadeia de saúde suplementar é mais estável e resiliente à crise econômica brasileira do que o conjunto da economia do País", avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. No total, o setor emprega 3,4 milhões de pessoas, ou 7,9% da força de trabalho no País.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o

IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em junho de 2017, o índice para o estoque de empregos do mercado nacional é de 109, enquanto o índice da cadeia da saúde suplementar é de 135.

Carneiro destaca que desde o segundo semestre de 2014, o indicador geral tem apresentado queda nos demais setores da economia. Por outro lado, o saldo da cadeia produtiva atrelada à saúde suplementar continuou crescendo. "Note que, no período de setembro de 2014 a junho de 2017, mais de 2,6 milhões de beneficiários saíram dos planos de saúde e, mesmo assim, o setor continuou contratando", analisa.

Na cadeia da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), que responde por 2,4 milhões de ocupações ou 71,3% do total do setor.

Já o subsetor de fornecedores emprega 821,2 mil pessoas. O que equivale a 24,2% dos empregos na cadeia da saúde suplementar. As operadoras e seguradoras empregam 149,8 mil pessoas ou 4,4% do total.

OS CUIDADOS EM SAÚDE REPRESENTAM 16,6% DO PIB DOS EUA

Saúde Business – 10/08/2017

O estudo realizado pelo [The Commonwealth Fund](#) aponta que os Estados Unidos (EUA) que os gastos em saúde representam 16,6% do PIB (Produto Interno Bruto), isso significa 5% a mais que a Suíça, o país mais próximo no ranking. Todavia, em uma medida de desempenho do sistema de saúde entre onze países de alta renda, os EUA fica em último lugar.

O Reino Unido foi classificado como o melhor sistema de cuidados de saúde, seguido pela Austrália e Holanda. A França ocupou o segundo lugar, e o Canadá ficou em terceiro lugar.

Os Estados Unidos são os únicos que não disponibilizam cobertura de seguro de saúde universal e a [análise](#) identificou alguns problemas que acometem o sistema de saúde dos EUA que são: um grande número de pacientes não segurados, cuidados primários limitados, encargos administrativos e disparidades no atendimento entre pacientes com diferentes tipos de renda.

A análise apontou também que o desperdício de cuidados de saúde, que inclui tratamentos desnecessários, drogas e procedimentos superados representam um agravante que pode chegar a 34% dos gastos totais de cuidados de saúde dos EUA.

SEM PLANO B

Folha de São Paulo – 10/08/2017

Dois fatores que poderiam alavancar o setor de saúde suplementar não deverão se concretizar neste ano: o aumento do emprego em áreas urbanas e a aprovação dos chamados planos populares.

A avaliação é do superintendente-executivo do IESS (instituto de estudos do setor), Luiz Augusto Carneiro.

“Não esperamos que os planos acessíveis sejam liberados. Isso depende do parecer da ANS [agência reguladora], que, em geral, tem receio de fazer mudanças.”

O tema passou por uma consulta pública, encerrada no fim de julho, e está em análise pela agência.

Além disso, a melhora do emprego neste ano, que é essencial para uma retomada, se deu basicamente no agronegócio, que não é contratante de planos, diz Carneiro.

As empresas tampouco esperam uma recuperação ainda em 2017, segundo a FenaSaúde, entidade do setor.

“Com a crescente inflação médica, teremos um resultado operacional negativo novamente”, afirma a presidente, Solange Mendes.

MAIS SAUDÁVEL, MAIS BARATO

IESS – 10/08/2017

Você acredita que o plano de saúde deveria cobrar mais barato de quem tem hábitos de vida saudáveis? No total, 837 pessoas responderam nossa última enquete nas redes sociais e a resposta da maioria (62,8%) foi “Sim”.

O resultado foi similar ao encontrado na [pesquisa IESS/Ibope](#), que que revelou que 74% dos brasileiros acreditam que quem tem

hábitos saudáveis deveria pagar mensalidades de plano de saúde mais baratas.

Claro, nossa enquete é apenas uma ferramenta de interação, que não tem o mesmo peso de uma pesquisa com metodologia bem desenhada como a pesquisa IESS/Ibope. Dos 837 votos únicos (consideramos apenas um voto por usuário, independentemente de quantas vezes você votou) 526 votaram “Sim” e 311 (37,2%), “Não”.

Obrigado a todos que participaram! Nos próximos dias, iremos apresentar um post com nossa análise sobre o tema.

FENASAÚDE PARTICIPA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE NOVAS INCORPORAÇÕES AO ROL DA ANS

FenasaúdeS – 10/08/2017

Federação defende ampla discussão sobre os impactos financeiros das incorporações ao rol obrigatório na comissão da Câmara dos Deputados

Um debate sobre novas incorporações de tratamentos na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde reuniu entidades do setor e o órgão regulador, durante audiência pública, nesta quarta-feira (08), na Câmara dos Deputados, em Brasília. O objetivo foi tornar público o processo de inclusão tecnológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – atualizado a cada dois anos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Durante apresentação, o superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal, defendeu que o processo de atualização do Rol deve sempre observar os impactos das incorporações e a capacidade de pagamento da população, especialmente em um momento de dificuldades econômicas das pessoas e das empresas contratantes. “O benefício gerado pelas novas tecnologias deve ser muito bem avaliado considerando as diversas alternativas pois os recursos são escassos e aumentos de coberturas se traduzem em aumentos dos custos e das mensalidades, que serão repartidas por todos os beneficiários, dada a mutualidade do sistema”, explica Leal.

De acordo com o executivo, o principal problema desse processo é a incorporação de tecnologia médica e inclusão de procedimentos sem critérios de custo-benefício sob o ponto de vista da coletividade e sem estimativas de impacto para beneficiários e contratantes.

Promovido pela Comissão Especial de Inovação Tecnológica da Saúde, a audiência pública contou ainda com a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho; e o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge - Regional Rio de Janeiro), Sérgio Custódio Vieira.

EMPRESA INTERMEDIÁRIA REDUZ CUSTO COM PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 10/08/2017

Serviço busca otimizar o atendimento; economia chega a 27% evitando idas desnecessárias ao pronto-socorro

Em um cenário em que os custos das empresas com a assistência médica para os seus funcionários estão cada vez mais altos, uma opção tem chamado a atenção: a contratação de prestadoras de serviços que funcionam como intermediárias entre o funcionário e a operadora do plano de saúde com o objetivo de otimizar o atendimento e reduzir os gastos. Há casos de diminuição de 27% com os custos totais em saúde no período de um ano, apenas evitando idas desnecessárias ao pronto-socorro, por exemplo.

De olho nas empresas médias e grandes que oferecem assistência média e chegam a gastar com os planos até 36% da folha de pagamento, segundo dados consultoria Aon, companhias multinacionais passaram a oferecer serviços distintos, mas com o mesmo objetivo: otimizar e reduzir os gastos em saúde.

Uma delas é a Advance Medical Group, que foi fundada na Espanha há 17 anos e chegou no Brasil há dois anos e meio com foco em gestão populacional. Oferece duas soluções principais: orientação médica e segunda opinião (aconselhamento médico). Atualmente a empresa cuida de 350 mil vidas.

Segundo Caio Seixas Soares, diretor executivo da Advance no Brasil, a empresa oferece ao cliente uma equipe de médicos da família e uma central de orientação que funciona 24 horas por dia por meio de um telefone 0800 exclusivo. Se o filho do cliente acorda no meio da noite, por exemplo, com febre alta, a primeira reação dos pais é levá-lo ao pronto-socorro. A proposta é que o funcionário ligue para o 0800 para avaliar se realmente é necessário esse deslocamento.

“Ele será atendido por um médico da família, que fará perguntas sobre o estado da criança: se ela já foi medicada, que remédio recebeu, em que dose, se a febre é persistente. É uma espécie de triagem”, explica Soares. Com base nas informações, o médico da família vai avaliar se a pessoa pode esperar até o dia seguinte e tentar uma consulta eletiva com o pediatra, por exemplo, ou se realmente é necessário ir até o PS.

“Existem estudos que mostram que 80% das idas ao pronto-socorro são desnecessárias. O que fazemos, então, é orientar e acolher essas pessoas para criar um atendimento integrado”, afirma Soares.

Outro serviço prestado pela Advance é o de segunda opinião médica, de forma independente do plano de saúde. Quando o funcionário recebe algum diagnóstico e gostaria de ouvir outro médico, em vez de procurar um profissional do plano de saúde, ele liga no 0800 relatando o caso. Serão pedidos os exames clínicos e de imagem e feitas as perguntas necessárias, e essa documentação será encaminhada para uma junta médica formada por três especialistas da área, que, juntos, formarão uma segunda opinião à distância. O serviço é bastante usado em casos de alta complexidade, como oncologia.

Entre os clientes da Advance estão a Renault do Brasil e o Hospital Sírio Libanês. Na Renault, um ano após a implantação, houve uma redução de 52% nas idas ao pronto-socorro e de 37% na redução de procedimentos cirúrgicos. O impacto financeiro foi de um retorno

três vezes maior do que o investimento no programa. Já o Sírio-Libanês criou o Cuidando de Quem Cuida e os resultados foram tão satisfatórios que o hospital quer comercializar o modelo.

Funcionária do hospital há 24 anos, a técnica de enfermagem do centro cirúrgico Maria Cristina Pereira de Toledo, de 56 anos, se beneficiou do 0800 numa emergência médica quando acordou com uma forte dor no joelho e mal conseguia caminhar. Ficou preocupada porque teria de trabalhar mais tarde e, no serviço, fica o tempo todo em pé e caminha muito.

Maria Cristina tentou uma consulta com o plano de saúde, mas não havia vaga imediatamente. Pensou em recorrer a algum pronto-socorro, mas ficou com medo de perder tempo com exames. Foi então que recorreu ao 0800. Ao conversar com o médico, ela conseguiu um encaixe para o mesmo dia com um ortopedista especialista em joelho no próprio Sírio.

“Fiquei feliz da vida. Não tive de ir ao pronto-socorro a toa e fui atendida por um especialista. Ele me afastou do serviço por uns dias pois eu precisava ser medicada e fazer repouso”, diz Maria Cristina.

Com a Advance, o Sírio conseguiu um direcionamento de 50% nas consultas eletivas, redução de 39% para 14% no volume total de consultas e queda de 41% no índice de exames per capita. Os custos totais com saúde diminuíram 27%.

Outras ações. Outra empresa que atua com o mesmo foco é Healthways, que trabalha na identificação dos riscos e cria ações específicas de acordo com a necessidade. São 70 mil vidas sob seus cuidados.

Segundo Nicolas Toth, presidente da empresa, primeiro é feito um mapeamento do perfil de saúde de cada funcionário e eles são separados em três grandes grupos: saudáveis, com fatores de risco e doentes crônicos.

Para os funcionários do segundo grupo, a Healthways prepara ações de prevenção e faz ligações mensais para cada funcionário, para estabelecer vínculo e convencê-lo a mudar seus hábitos de vida. Já para os do terceiro grupo, a empresa tenta reduzir fatores de risco e melhorar sua condição clínica, sempre com monitoramento.

Summit Saúde do ‘Estado’ ocorre na segunda-feira
A sustentabilidade da saúde suplementar, custos, qualidade e modelos de remuneração estarão em debate no Summit Saúde Brasil, evento que o Estado realiza no dia 14 no Sheraton WTC, em São Paulo. Em sua segunda edição, o Summit terá três palestras e oito painéis, que reunirão mais de 30 especialistas brasileiros e estrangeiros para debater o que há de mais inovador em gestão e tecnologia.

Aparelhos e medicamentos do amanhã e judicialização da saúde também deverão ser destacados no evento. Um dos principais palestrantes estrangeiros será o médico inglês Jack Kreindler, fundador do Centro de Saúde e Performance Humana (CHHP), em Londres, e um grande difusor de tecnologias médicas por inteligência artificial.

O evento é voltado para profissionais do setor e há desconto para assinantes do Estado. Os ingressos estão à venda no site summitsaudebrasil.com.br.

ANS APRESENTA PROPOSTAS PARA NOVAS REGRAS DE REGULAÇÃO DE REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

ANS – 10/08/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no dia 09/08 a 6ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, tendo como tema os novos critérios de análise para a alteração de rede assistencial hospitalar. Na presença de 114 representantes de operadoras, de beneficiários e de entidades do setor, servidores da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos do órgão regulador apresentaram um resumo das contribuições recebidas do setor e a proposta inicial da ANS para a nova regulamentação sobre alteração da rede assistencial.

“Nesta terceira reunião sobre o tema no Comitê, percebemos pela quantidade de contribuições recebidas após o segundo encontro, que o assunto gera bastante interesse. Entendemos que o processo de elaboração do novo normativo precisa ser amplamente discutido porque quando o consumidor adere a um plano de saúde, sua principal preocupação é a rede assistencial, se conta com bons hospitais e prestadores. Queremos que esse serviço seja de qualidade, oferecido em tempo oportuno e com garantia de atendimento. Por isso estamos trabalhando para implementar no começo de 2018 uma nova lógica de regulação da rede assistencial hospitalar”, afirmou a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho.

A Agência recebeu contribuições das seguintes entidades: Abramge, Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), Cassi, Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Fenasaúde,

Unieste - Silvestre Saúde, Unimed BH e Unimed Federação RS/Unimed do Brasil.

Felipe Umeda Valle, gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais da ANS, apresentou a proposta inicial da Agência para a nova regulamentação, abrangendo os seguintes pontos: substituição, redimensionamento por redução, exclusão parcial de serviços hospitalares contratados, comunicação ao beneficiário e monitoramento por parte da ANS.

“São propostas que foram construídas ao longo do debate realizado neste Comitê. Levaremos o tema às próximas reuniões da Diretoria Colegiada da ANS para aprovação do encaminhamento da proposta à consulta pública, para que toda a sociedade possa se manifestar sobre as novas regras, como ocorre agora com a revisão das normas para a portabilidade de carências, com consulta aberta no portal da ANS até 11/09”, explicou Rafael Vinhas, gerente-geral Regulatório da Estrutura dos Produtos.

O encontro também contou com apresentações de Bruno Santos, da Fenasaúde, que defendeu a substituição e o redimensionamento de rede como práticas legítimas, “que estimulam de forma saudável a concorrência do setor”; e de Christiane de Amorim, do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ), que frisou: “A inclusão de prestador implica compromisso com o consumidor, e a substituição só pode ser feita por prestador equivalente, de qualidade compatível, mediante notificação ao consumidor. O outro ponto é o acesso, ou seja, na substituição deve ser levada em conta a manutenção da localização geográfica daquele prestador”.

[Confira aqui](#) a apresentação com as propostas da ANS para as novas regras de regulação de rede assistencial hospitalar. [Assista aqui](#) à gravação completa do evento.

“DEVEMOS EXPANDIR OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS”, DIZ FRANCISCO VIGNOLI

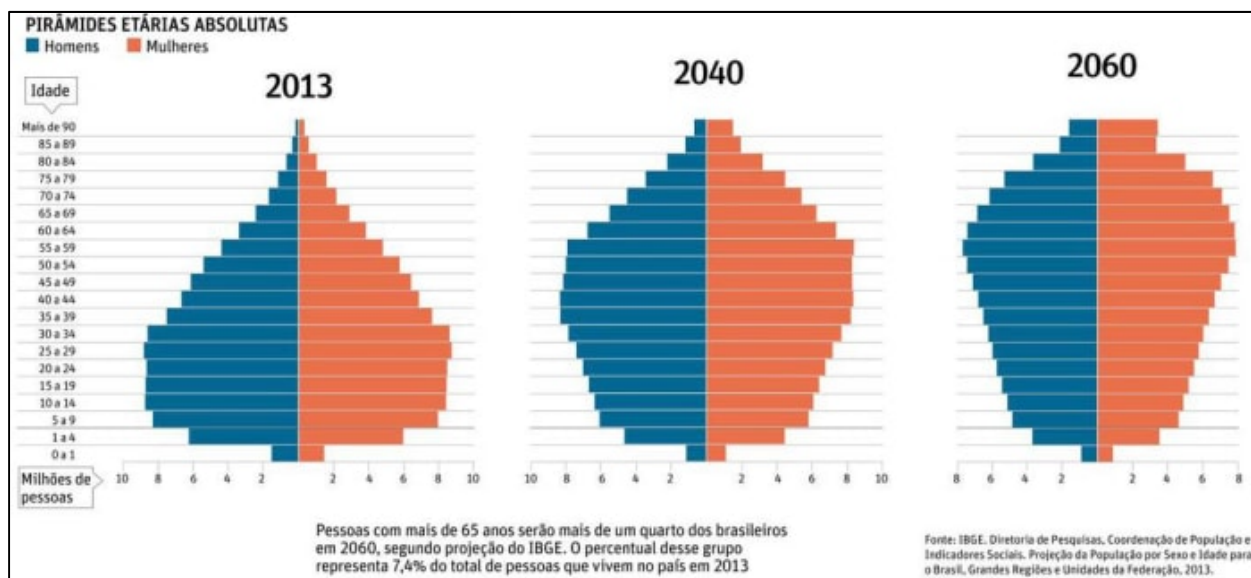
Saúde Business –09/08/2017

Reduzir os gastos crescentes em saúde e garantir a sustentabilidade financeira do setor não são desafios exclusivos do Brasil. Atualmente, são pautas discutidas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para a discussão desse tema, conversei com o médico Francisco Vignoli, fundador da empresa B2 Saúde.

De acordo com a pesquisa realizada este ano pelo Pnad/IBGE, o número de trabalhadores brasileiros com mais de 60 anos chega a 6,48 milhões e, a perspectiva é que a população idosa triplique até 2030.

Para que as empresas possam equilibrar o orçamento das suas despesas com o benefício do plano de saúde, atrelado ao número de funcionários idosos, as organizações devem se mostrar em primeiro lugar preocupadas e receptivas a discutir essa questão. Vignoli aponta que pouquíssimas empresas estão realmente preparadas ou mostram interesse nessa pauta. Algo relacionado com a nossa cultura, como podemos acompanhar com a Reforma da Previdência. Um outro agravante seria que até hoje, não foi aprovada uma lei que criaria uma previdência privada para a saúde.

O país está envelhecendo, nascem cada vez menos brasileiros e a força de trabalho que sustenta as aposentadorias e pensões não cresce no mesmo ritmo, ou seja, no caso da Previdência, o caos é total porque o Brasil tem também uma massa jovem que se encontra desempregada, cerca de um milhão e meio de desempregados.



Se a base é pequena o colapso é inevitável. Dessa forma, para acompanhar esse novo perfil populacional, o nosso país necessita expandir os modelos de atenção aos idosos. Como por exemplo, os programas de prevenção e promoção à saúde que contribuem diretamente na manutenção da qualidade de vida.

Para Vignoli, a saúde no Brasil e em outros países de maneira geral apresenta um nível baixo de educação. Quando falamos de promoção à saúde relacionamos a medicina do estilo de vida, que nada mais é que a questão da conscientização e mudanças de hábitos para o alcance de um bem-estar pleno. Ele pondera, que através do processo educativo 60% do custo médico poderia ser reduzido, e isso não se limita apenas a alimentação, cuidados pessoais, mas também ao próprio uso dos planos de saúde.

“O Brasil esqueceu a aplicação da palavra educação, os governantes olham para a saúde como um processo econômico inflacionário, que de certa forma se tornou, visto que o governo delega isso para a iniciativa privada”, afirma Vignoli.

O uso consciente dos recursos de saúde cria maior consciência de valor na população, por essa razão não deve deixar de ser estimulado, pois segundo o Instituto Coalizão Saúde apenas 10% dos idosos de renda média poderão arcar com uma cobertura de plano de saúde privado. Entretanto não é um processo educativo que se limita simplesmente ao usuário, deve se estendido para toda a cadeia de serviço.

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