

26 de setembro de 2018

HÁ QUATRO MESES FALTAM MEDICAMENTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Estado de São Paulo – 25/09/2018

Levantamento em 4 mil municípios deve ser apresentado; conselho de secretários aponta falhas até no fornecimento de anticoncepcional

BRASÍLIA - A receita médica indicava 13 caixas, mas a pedagoga Elaine Shinomiro saiu do posto de distribuição de medicamentos levando cinco embalagens do hormônio de crescimento receitado para seu filho, João Gabriel, de 14 anos. "Cada vez é uma desculpa. Eu tenho como voltar, mas pessoas que dependem de transporte público, que trabalham, como fazem para enfrentar esse fracionamento? Não tenho dúvida de que muitos desistem (do tratamento)", diz ela.

Estamos passando por uma das maiores crises de abastecimento por parte do governo.

Leonardo Vilela, presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Moradora da cidade paranaense de Ubatã, Elaine enfrenta atraso no repasse e até falta de remédio, problema que vem se tornando comum entre pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante da crise, registrada há pelo menos quatro meses, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) deve apresentar nesta terça-feira, 25, um levantamento realizado com 4 mil municípios para mostrar quais são os maiores estrangulamentos.

"A lista de remédios em falta é extensa. De Norte a Sul, temos municípios obrigados a comprar itens que, em tese, deveriam ser providenciados pelo Ministério da Saúde", afirma o presidente do Conasems, Mauro Junqueira. Entre os exemplos citados por secretários estão remédios para hepatite C (daclastavir e sofosbuvir), para pacientes transplantados e aqueles em tratamento para Alzheimer. Na lista também estão incluídos produtos mais baratos, como anticoncepcionais.

Crise

"Estamos passando por uma das maiores crises de abastecimento por parte do governo federal: muitos medicamentos estão faltando, incluindo os de uso continuado. A situação é extremamente grave",

avalia o presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Leonardo Vilela.

Procurado, o Ministério da Saúde negou, por meio de nota, falta de remédios e informou que está em dia com os repasses para a aquisição e ressarcimento dos medicamentos de responsabilidade de Estados e municípios. Segundo a pasta, o cronograma de compras dos medicamentos sob sua responsabilidade também está regular.

No entanto, a secretária da Saúde de Ubatã, Cristiane Pantaleão, apresenta outra realidade. "Para driblar a falta, compramos, pedimos emprestado de outras cidades que têm estoques mais abastecidos. O pior é que, mesmo que a responsabilidade não seja nossa, é aqui que a população vem bater."

O atraso na entrega de medicamentos que deveriam ser providenciados pelo Ministério da Saúde foi tema de discussão em reuniões tripartite, que reúnem secretários estaduais e municipais, além de representantes do ministério. "Em maio, a informação era a de que o problema iria se resolver. Mas isso não aconteceu. Há melhores pontuais, mas, ao mesmo tempo, agravamento em outras áreas", diz Junqueira.

Vilela atribui a crise no abastecimento a uma combinação de fatores. "O principal deles é a falta de recursos. Mas há também uma demanda cada vez maior, mais remédios, mais pacientes, e problemas de negociações com produtores", diz. Ele atribui a diferença de cenários traçados por secretários estaduais e municipais "à falta de transparência do ministério". "Não podemos esconder que dificuldades são enfrentadas também por Estados e municípios. Seria leviano dizer que não estão faltando também remédios da nossa atribuição", afirmou o presidente do Conass.

Judicialização

Ele, contudo, afirma que a falta de medicamentos que deveriam ser fornecidos pelo ministério acaba provocando um efeito cascata. Junqueira concorda. "Acaba levando a uma desestabilização de nossos planejamentos. Somos obrigados, até mesmo por decisões judiciais, a providenciar drogas que seriam de atribuição do governo federal."

Questionado sobre uma lista de produtos em que a situação é mais crítica, Vilela afirma que a situação é flutuante. "É muito dinâmico. A situação pode ser amenizada em um lugar, se agravar em outro." Um maior detalhamento deve ser dado nesta terça, na apresentação do levantamento municipal.

REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE DEVE SER RAZOÁVEL E PROPORCIONAL, DIZ JUIZ DO DF

Conjur – 25/09/2018

É admitido o reajuste das mensalidades dos planos de saúde, desde que haja previsão no instrumento contratual e que não onerem em demasia o consumidor, a ponto de inviabilizar a sua permanência, e que respeitem também os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Assim entendeu, nesta terça-feira (25/9), o juiz Luís Carlos de Miranda, do Tribunal de Justiça do Distrito Federal.

No caso analisado, o plano de saúde, contratado em 1998, sofreu uma majoração da mensalidade de 70,368% por ocasião do alcance da faixa etária de 59 anos ou mais.

Por entender que contrato de plano de saúde se amolda ao conceito de relação de consumo, a decisão se deu a partir do Código de Defesa do Consumidor. Na decisão, o juiz afirmou que o aumento praticado pela empresa de plano de saúde demonstrou-se abusivo, pois torna impossível o cumprimento da obrigação pela consumidora.

"Além disso, não há nos autos provas de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tenha aprovado o reajuste e de que se trata de percentual obtido por meio de cálculo atuarial que vise à conservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Portanto, apesar de ser lícita a elevação da parcela em razão da idade, a conduta da seguradora implica em uma desvantagem exagerada à consumidora", explicou.

Para o magistrado, por se tratar de contrato de adesão, as cláusulas são pré-estabelecidas e o consumidor não tem como negociar com o fornecedor a sua modificação.

“A hipossuficiência garante ao consumidor a interpretação mais favorável das cláusulas contratuais, além da possibilidade de declaração de ofício da nulidade de cláusula contratual abusiva, a fim de proteger-lhe das práticas abusivas decorrentes da massificação dos contratos”, destacou.

Segundo o advogado Tairone Messias, do escritório Messias e Oliveira Advogados Associados, responsável pela ação, “a sentença

mostra que o Poder Judiciário não está indiferente ao drama dos milhares de brasileiros que pagam às operadoras de saúde por décadas a fio e, ao completarem 59 anos, se veem forçados a sair do plano por reajustes excessivos”.

“A Justiça mais uma vez reforçou a sua vocação de garantidora de direitos, em especial dos segmentos mais vulneráveis da população. Deixou claro que os reajustes por faixa etária previstos em contrato, são lícitos, mas precisam ser razoáveis e baseados em cálculos atuariais de risco, além de obedecer aos parâmetros da Agência Reguladora do setor de saúde suplementar,” destacou Messias.

COM LEI DA PROTEÇÃO DE DADOS, PLANOS DE SAÚDE NÃO PODERÃO MAIS OBTER DA ANS INFORMAÇÕES DOS USUÁRIOS

Saudebusiness – 25/09/2018

Inspirado na legislação da União Europeia, o presidente Michel Temer sancionou em agosto a lei que cria um sistema de proteção de dados pessoais no Brasil. A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) é um marco na captação e no armazenamento do uso de informações pessoais, o que até então não se tinha. Sancionada em 14 de agosto de 2018 pelo presidente Michel Temer, as empresas terão 18 meses para entrarem de acordo com a nova legislação e caso não se adaptem ou respeitem, podem receber uma multa de 2% em cima do valor de seu faturamento – e os planos de saúde não fogem à regra.

Um dos artigos que constituem a nova lei é sobre o uso compartilhado de dados pessoais entre controladores, que impacta diretamente a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), para restringir o uso das informações e dados pessoais, tais como histórico clínico de um paciente que poderia ser utilizado por um plano de saúde para verificar doenças pré-existentes. “Uma decisão do TRF -Tribunal Regional Federal da 3ª Região anulou a normativa 153/2007 da ANS, que permitia o compartilhamento de informações de pacientes entre as operadoras, por entender que a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) viola o sigilo médico, a privacidade e a intimidade dos usuários. Agora, os clientes de planos de saúde contam também com a proteção desta nova Lei”, afirma Rosa Antunes, presidente da Acoplan (Associação dos Corretores de Planos de Saúde).

Para a dirigente, a Lei traz ainda outros benefícios, como a unificação de regras únicas para uso de dados pessoais, a autorização de formas flexíveis para o tratamento de dados pessoais, e a redução de custos operacionais mantendo a qualidade de dados, adaptando o Brasil aos países com esta exigência.

“Sem regras, cada qual fazia o que bem entendia e o usuário não via transparência no tratamento dos seus dados com as empresas. Por meio da nova Lei, quando houver a coleta de dados, o usuário deve saber exatamente a finalidade e se haverá compartilhamento desses dados – como nome, endereço, idade, e-mail, estado civil etc –, podendo retificar sempre que houver necessidade. Encerrada a relação do cliente e empresa, seus dados devem ser excluídos”, afirma. Rosa conta ainda que as informações sensíveis terão utilização restrita, tais como posicionamento político, crenças religiosas, características físicas, condições de saúde ou de caráter sexual.

Segundo Rosa Antunes, está sendo criada uma agência regulatória, a Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD), que irá fiscalizar esta área e, com isso, adaptações serão feitas. “As grandes empresas já vinham se preparando e se adequando, o desafio ficará para as empresas de pequeno porte, pois a Lei obriga que elas indiquem um ‘encarregado’ que será responsável quando o assunto for dados pessoais, orientando inclusive os demais funcionários sobre o cumprimento da lei”.

Para a presidente da Acoplan, a nova lei irá contribuir com o desenvolvimento do setor de planos de saúde. “O consumidor estará mais atento aos seus direitos, o que é muito bom, uma vez que exigirá que as empresas entreguem um serviço de qualidade cada vez melhor”.

PROJETO PROÍBE HOSPITAIS DE COBRAREM ATENDIMENTO DO PACIENTE EM CASO DE INADIMPLÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Agência Senado – 24/09/2018

Prestador de serviço ou profissional de saúde pode ficar proibido de obrigar o paciente a ressarcir despesas com o atendimento no caso de falência ou inadimplência da operadora de plano de saúde a que estiver ligado. O Projeto de Lei do Senado 456/2017 acrescenta ao primeiro artigo da Lei 9.656, de 1998, vedando a profissionais contratados, referenciados, credenciados ou cooperados de um plano de saúde a exigência de assinatura desses termos de responsabilidade por parte do paciente. O projeto tramita na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE).

O autor da proposta, senador José Pimentel (PT-CE), afirma que decisões recentes do Poder Judiciário têm trazido inquietação aos segurados de planos de saúde firmados com operadoras ou seguradoras inadimplentes ou em processo de falência. Os prestadores dos serviços de saúde, principalmente hospitais, têm ajuizado ações contra os usuários, buscando o ressarcimento de procedimentos médicos não pagos por operadoras falidas ou inadimplentes.

“Assim, independentemente de o segurado haver honrado seus compromissos com a operadora, a incapacidade de fiscalização pelo Estado da higidez financeira dos planos de saúde acaba por gerar ônus financeiro insuportável ao cidadão, e, ainda, grande insegurança jurídica, em face de conduta abusiva e antissocial adotada pelos prestadores de serviços, que condicionam o próprio atendimento à assinatura de Termos de Responsabilidade pelo segurado”, lamenta o senador.

Pimentel faz a ressalva de que o projeto não abrange serviços prestados sem a devida autorização do plano de saúde, mas aqueles que, autorizados e lícitamente cobertos pelo seguro de saúde, não foram pagos ao prestador por razões alheias ao usuário.

O senador relata que já houve situações em que o Poder Judiciário decidiu a favor do prestador do serviço, legitimando o que considerou “uma dívida espúria, leonina e até mesmo imoral”. Ele explica ainda que esses termos de responsabilidade são à luz do Código de Defesa do Consumidor, por serem contrários ao princípio do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo (art. 4º, I do Código de Defesa do Consumidor).

Decisão favorável

Em São Paulo, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (Recurso Especial 1.695.781/SP) manteve decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, reconhecendo que os segurados não podem ser responsabilizados pelo pagamento de despesas médico-hospitalares no caso de “quebra” de plano de saúde após a autorização e realização dos serviços.

UMA SAÍDA PARA O CUSTO DOS PLANOS DE SAÚDE

GGN – 24/09/2018

Um dos grandes vícios do modelo privado de planos de saúde já tinha sido antecipado há décadas pelo grande Adib Jatene. Há muitos avanços tecnológicos no setor de saúde. Desenvolvem-se máquinas sofisticadas e o usuário tende a se tornar um consumidor ávido de todas as geringonças, mesmo que não sejam essenciais para diagnósticos.

Criou-se uma dinâmica perversa. Os médicos são induzidos a exagerar nos exames de diagnósticos. Se você vai a dois médicos, em curto espaço de tempo, é possível que cada um peça exames similares aos que já foram pedidos.

Esse modelo consumista gerou dois vícios recorrentes.

Do lado dos usuários de planos privados, o exagero nos exames de diagnósticos, com encarecimento brutal dos planos de saúde. Do lado dos usuários do SUS, a ideia de que são submetidos a um atendimento de segunda linha.

Aliás, é interessante ouvir a opinião dos grandes médicos do Sírio Libanês sobre o tratamento prestado a Bolsonaro, pela Santa Casa de Juiz de Fora, assim como o tratamento prestado décadas atrás a Osmar Santos pela Santa Casa de Lins. Em ambos os casos,

MESMO COM QUEDA DE BENEFICIÁRIOS, CRESCE UTILIZAÇÃO E OS CUSTOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE, APONTA IESS

IESS – 24/09/2018

Análise especial do IESS com dados de uma autogestão examina a evolução ao longo de oito anos

O valor médio de uma internação médico-hospitalar aumentou quase três vezes em oito anos, de R\$ 8,0 mil em 2008 para R\$ 23,9 mil em 2015. Os números, alarmantes, fazem parte do estudo especial “Análise da utilização e dos gastos com serviços de assistência à saúde segundo o perfil do usuário – Um estudo de caso”, desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base nos dados de uma operadora de autogestão entre os anos de 2008 e 2015. No período analisado, o número de beneficiários da

O caso envolvia um grande hospital que recorria da decisão que isentou o beneficiário da administradora de plano de saúde de pagar as despesas de internação e tratamento autorizadas pelo plano, no valor de R\$ 47 mil, diante da falência da operadora. A Justiça entendeu não há responsabilidade solidária entre a administradora de plano de saúde e os consumidores deste serviço quando o hospital que prestou serviços médico-hospitalares deixa de receber os valores contratados com a administradora, por meio de convênio, reafirmando a prevalência dos princípios do Código de Defesa do Consumidor.

O PLS aguarda parecer da relatora, senadora Lúcia Vânia (PSB-GO), e, se aprovado será encaminhado à Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC) para votação em caráter terminativo.

tratamento irrepreensível. No caso de Osmar Santos, houve uma jogada oportunista do neurocirurgião José Roberto Pagura, desqualificando o atendimento em Lins, para poder se apresentar como o salvador milagroso de Osmar.

Agora – [segundo reportagem de O Valor](#) – o plano de saúde Amil fechou com o Hospital Sírio Libanês um contrato nos moldes do modelo inglês de “capitação”. Em vez de pagar por cada paciente, a Amil e o Sírio acertaram um valor fixo. Caberá ao Sírio administrar seus custos. Para evitar sub-tratamentos, foram definidos 15 indicadores de eficácia a serem respeitados.

Nos anos 90, com a ajuda de leitores, e explorando as facilidades dos e-mails, propus um desafio sobre modelos de saúde, recebi várias contribuições que se transformaram em uma série na Folha. Série, aliás, que serviu para informar Serra do básico, quando se tornou Ministro da Saúde.

Uma das propostas mais inteligentes era o modelo inglês de saúde – que nem Margareth Thatcher ousou mudar. Criou-se a figura do médico de família, que administrava um fixo, de acordo com o número de pessoas assistidas. Cabia a ele negociar com os planos de saúde e laboratórios, operando como controlador de custos.

Por aqui, consolidou-se a figura do médico de família para atendimento dos pacientes pobres. Mas o universo atendido pelos planos de saúde ficou ao relento. Com o acordo Amil-Sírio é possível que o setor caminhe para uma racionalização maior.

operadora analisada passou de 100,7 mil para 75,3 mil, uma redução de 25,2%. Além dos dados de internações, o estudo compreendeu os demais serviços de saúde, como consultas, exames ambulatoriais e outros procedimentos assistenciais.

Para Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, o estudo mostra um importante alerta dos setores de saúde em âmbito global. “Mesmo com a queda do total de beneficiários nos últimos anos, as despesas com a assistência não param de subir. Esse crescimento foi puxado principalmente pelo envelhecimento dos beneficiários, o que tem se refletido nos gastos com internação”, aponta. “Apesar de os números não corresponderem à totalidade do mercado, indicam tendências que, se ignoradas, podem comprometer a sustentabilidade do setor”, analisa.

O alerta dado por Carneiro tem motivo. A pesquisa mostra que, em valores reais, as despesas assistenciais médico-hospitalares dessa operadora aumentaram 52,7% no período analisado, de R\$ 475,3 milhões em 2008 para R\$ 725,6 milhões em 2015. Apenas os gastos com internação cresceram 76,9% no período e chegaram a representar 53,0% do total de gastos assistenciais em 2015. Vale lembrar que estudo recente do IESS mostrou que as operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência à

saúde de seus beneficiários em 2030. O montante representa um avanço de 157,3% em relação ao registrado em 2017.

Na análise, notou-se que a única faixa etária que apresentou crescimento foi a de idosos (60 anos ou mais), que passou de 26 mil em 2008 para 33 mil em 2015, ou seja, aumento de 27,1%. As demais faixas etárias, de até 18 anos e de 19 anos a 59 anos, apresentaram queda de 52,5% e de 41,3%, respectivamente. Proporcionalmente, os idosos representavam 26% do total de beneficiários em 2008. Número que saltou para 44% em 2015.

“A maior longevidade da população, com certeza, é um fator positivo e uma conquista. No entanto, também tem gerado uma mudança demográfica e aumento dos custos médico-hospitalares em diferentes países. O Brasil está passando exatamente por essa mudança”, comenta Carneiro. Esse processo representa maior prevalência de doenças crônicas (como diabetes e hipertensão arterial) e de comorbidades – existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa – que demandam necessidades específicas. Vale lembrar um importante aspecto da Projeção da População divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em agosto desse ano é a constatação de que o bônus demográfico aparentemente chegará ao fim já neste ano – e não em 2023, como foi previsto no estudo anterior, de 2013.

Importante reforçar que o estudo de caso utilizou dados de uma operadora de plano de saúde da modalidade de autogestão. O superintendente executivo do IESS lembra que apesar do universo estudado não representar a totalidade do mercado de saúde suplementar no País, é um esforço para se pensar as especificidades das populações, suas características epidemiológicas e necessidades. “Acreditamos que este estudo pode ser um valioso instrumento para a melhoria da qualidade assistencial ofertada a

CUSTO MÉDIO DE INTERNAÇÃO TRIPLICOU

DCI – 24/09/2018

O valor médio de uma internação médico-hospitalar aumentou quase três vezes em oito anos, passando de R\$ 8 mil em 2008 para R\$ 23,9 mil em 2015.

Os números fazem parte de estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e são baseados em dados de uma operadora de autogestão. Para o IESS, as conclusões são “alarmantes”.

“Mesmo com a queda do total de beneficiários nos últimos anos, as despesas com a assistência não param de subir. Esse crescimento foi puxado principalmente pelo envelhecimento dos beneficiários, o que tem se refletido nos gastos com internação”, aponta o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro.

No período analisado, o número de beneficiários da operadora analisada passou de 100,7 mil para 75,3 mil, uma redução de 25,2%.

“Apesar de os números não corresponderem à totalidade do mercado, indicam tendências que, se ignoradas, podem comprometer a sustentabilidade do setor”, completou o superintendente do IESS.

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO E GASTOS EM SAÚDE

IESS –24/09/2018

Acabamos de divulgar nosso estudo especial “Análise da utilização e dos gastos com serviços de assistência à saúde segundo o perfil do

todos os beneficiários, principalmente na busca de melhores formas de atender a população, aperfeiçoar a utilização dos recursos e garantir a sustentabilidade econômico-financeira do setor”, finaliza.

Evolução das despesas assistenciais

Apesar da redução de 25,2% no número de beneficiários no período analisado, entre 2008 e 2015, houve aumento no número médio de consultas ambulatoriais, consultas em pronto-socorro e exames ambulatoriais. A análise mostrou que entre 2008 e 2015, as despesas assistenciais dessa operadora passaram de R\$ 475,3 milhões para R\$ 725,6 milhões, um crescimento de 52,7%. A maior variação no período analisado foi com internações, com 76,9%, seguido de consultas em pronto-socorro, com 46,7%, de consultas ambulatoriais, representando 26,0% e de exames ambulatoriais, com 22,4%.

As consultas ambulatoriais por beneficiário aumentaram de 5,2 em 2008 para 5,8 em 2015, com dois picos na média de consultas: no primeiro ano de vida, com média de 7,8 para as meninas e 8,1 para os meninos e outra na faixa etária dos 70 a 80 anos - média de 7,3 para as mulheres e 6,6 para os homens. O valor médio de uma consulta ambulatorial foi de R\$ 60,24 em 2008 para R\$ 90,36 em 2015, aumento de 50%. Já o número total de exames ambulatoriais saltou de 2,1 milhão em 2008 para 2,5 milhões em 2015, representando um aumento de 21,3%.

A pesquisa também mostra que o valor médio de uma internação passou de R\$ 8 mil em 2008 para R\$ 23,9 mil em 2015, um aumento de 197,6%, ou quase 3 vezes mais. Em 2015, o custo médio de uma internação com idoso era quase duas vezes maior do que a das faixas etárias até 18 anos e 19 anos a 59 anos - R\$ 28,5 mil contra R\$ 15,4 mil.

Em valores reais, as despesas assistenciais médico-hospitalares dessa operadora aumentaram 52,7% no período analisado, de R\$ 475,3 milhões em 2008 para R\$ 725,6 milhões em 2015. Apenas os gastos com internação cresceram 76,9% no período e chegaram a representar 53,0% do total de gastos assistenciais em 2015.

Vale lembrar que estudo recente do IESS mostrou que as operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência à saúde de seus beneficiários em 2030. O montante representa um avanço de 157,3% em relação ao registrado em 2017.

Na análise, ainda notou-se que a única faixa etária que apresentou crescimento foi a de idosos (60 anos ou mais), que passou de 26 mil em 2008 para 33 mil em 2015 – ou seja, um aumento de 27,1%. As demais faixas etárias, de até 18 anos e de 19 anos a 59 anos, apresentaram queda de 52,5% e de 41,3%, respectivamente.

Proporcionalmente, os idosos representavam 26% do total de beneficiários em 2008. Tal número saltou para 44% em 2015.

“A maior longevidade da população, com certeza, é um fator positivo e uma conquista. No entanto, também tem gerado uma mudança demográfica e aumento dos custos médico-hospitalares em diferentes países. O Brasil está passando exatamente por essa mudança”, argumentou o superintendente do IESS.

usuário – Um estudo de caso”, desenvolvido com base nos dados de uma operadora de autogestão entre os anos de 2008 e 2015. O trabalho traz diferentes dados, como de internações, consultas, exames ambulatoriais e outros procedimentos assistenciais ao longo do período.

O estudo mostra um importante alerta dos setores de saúde em âmbito global. No caso brasileiro, mesmo com a queda do total de

beneficiários nos últimos anos, as despesas com a assistência não param de subir. Esse crescimento foi puxado principalmente pelo envelhecimento dos beneficiários, o que tem se refletido em especial nos gastos com internação. Para se ter ideia, o valor médio de uma internação dessa autogestão aumentou quase três vezes em oito anos, de R\$ 8,0 mil em 2008 para R\$ 23,9 mil em 2015.

A pesquisa mostra que, em valores reais, as despesas assistenciais médico-hospitalares dessa operadora aumentaram 52,7% no período analisado, de R\$ 475,3 milhões em 2008 para R\$ 725,6 milhões em 2015. Apenas os gastos com internação cresceram 76,9% no período e chegaram a representar 53,0% do total de gastos assistenciais em 2015. Vale lembrar que estudo recente do IESS mostrou que as operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência à saúde de seus beneficiários em 2030. O montante representa um avanço de 157,3% em relação ao registrado em 2017.

CERCA DE 30% DOS TRABALHADORES DO PAÍS NÃO TÊM PLANO DE SAÚDE, APONTA ESTUDO

O Globo – 24/09/2018

Outros 63% são beneficiados por planos corporativos e 7% têm particulares %

RIO — Apesar de necessário, devido às insuficiências do atendimento na saúde pública, cerca de 30% dos trabalhadores do país não têm plano de saúde, de acordo com pesquisa da Ticket. Ainda segundo o levantamento, 63% dos trabalhadores são beneficiados por planos de saúde corporativos e 7% possuem planos particulares. A pesquisa aponta ainda que o alto custo de um plano de saúde é o principal motivo para troca de convênio (25%), seguido da falta do atendimento de alguma especialidade médica (16%).

— Percebemos com este levantamento que há um espaço de não-atendimento de colaboradores de algumas empresas e que o valor gasto com o plano médico é um fator importante na tomada de decisão de contratação —, explica Felipe Gomes, Diretor Geral da Ticket.

Vale destacar que não há lei que obrigue as empresas a oferecerem planos de saúde para os funcionários.

— Caso o plano de saúde esteja previsto na convenção coletiva de determinada categoria, a empresa é obrigada a oferecer o benefício, explica Antônio Carlos Aguiar, diretor do Instituto Mundo do Trabalho.

Sobre a utilização do serviço médico, 76% acabam recorrendo à cobertura para realização de exames clínicos e consultas de especialidade e só um quarto recorre ao serviço para atendimento

CAUTELA NA ANÁLISE DO CRESCIMENTO

IESS – 21/09/2018

Acabam de sair os números da Nota de Acompanhamento dos Beneficiários (NAB) que aponta que o total de beneficiários de planos médico-hospitalares voltou a registrar ligeira variação positiva de

Na análise, notou-se que a única faixa etária que apresentou crescimento foi a de idosos (60 anos ou mais), que passou de 26 mil em 2008 para 33 mil em 2015, ou seja, aumento de 27,1%. As demais faixas etárias, de até 18 anos e de 19 anos a 59 anos, apresentaram queda de 52,5% e de 41,3%, respectivamente. Proporcionalmente, os idosos representavam 26% do total de beneficiários em 2008. Número que saltou para 44% em 2015.

Importante reforçar que o estudo de caso utilizou dados de uma operadora de plano de saúde da modalidade de autogestão. O universo estudado não representa a totalidade do mercado de saúde suplementar no País, mas é um esforço para se pensar as especificidades das populações, suas características epidemiológicas e necessidades.

hospitalar. Do total dos pesquisados, mais da metade (62%) realiza check-up anual.

Visão das empresas

De acordo com a pesquisa, 45% das empresas de pequeno porte, com até 100 funcionários, dizem que não oferecem convênio médico aos seus colaboradores. Das que oferecem o benefício (55%), 41% apontam que o custo mensal com a contratação da assistência chega a ser de R\$ 10 mil, e 11% gastam entre R\$ 11 mil a R\$ 25 mil por mês.

Para as médias e as grandes empresas, que contam com com até 2 mil funcionários, 55% delas alegam gastar até R\$ 50 mil ao mês com convênio médico que oferece aos empregados e 37% não oferecem este tipo de benefício ao trabalhador.

Custos

Para as empresas, o maior mercado da saúde suplementar, o gasto com planos para funcionários sobe ano a ano e cresceu 19%, em 2017, saindo de R\$ 270,30, em 2016, para R\$ 321,58. Em 2012, o custo per capita era de R\$ 158,42, uma alta acumulada de 102,3% nos últimos cinco anos, segundo levantamento da Mercer Marsh Benefícios.

Ainda segundo levantamento, os reajustes dos planos empresariais, neste período, foram 40% superior à inflação de preços medida pelo IPCA do país no acumulado dos últimos cinco anos (2012 a 2017). O plano de saúde já representa 12,7%, em média, da folha de pagamento das empresas.

— O que verificamos é que para as empresas o custeio do plano de saúde dos funcionários cresce e elas passaram a redesenhar seus benefícios para conter custos. Aquelas que não cobravam coparticipação em procedimentos passaram a fazê-lo, por exemplo. E, por outro lado, o benefício pesa para os empregados, seja na coparticipação, no pagamento de parte da mensalidade e custos com dependentes. Esse custo chega a representar 35% da remuneração do indivíduo, dependendo da empresa e do plano de saúde — explica Mariana Dias Lucon, diretora da Consultoria Mercer Marsh Benefícios.

0,1% entre julho deste ano e o mesmo mês de 2017, o que representa 55,1 mil novos vínculos firmados nesse período.

Mesmo com a variação, é importante cautela na análise dos dados, já que os sucessivos aumentos de 0,1% no período de 12 meses representam, antes de mais nada, uma tendência à estabilidade. Além disso, como temos reforçado, é comum que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revise esse número para baixo. O crescimento acima de 1% no número de novos vínculos só deve ocorrer em meados de 2019.

Vale lembrar, como mostramos [aqui](#), que os números apontados ao longo do primeiro semestre foram todos revistos para baixo e, ao invés de alta, apontaram retração no total de vínculos.

É importante lembrar que o ritmo de redução de beneficiários ao longo de 2018 está efetivamente menor do que o registrado no ano anterior. No entanto, só haverá uma retomada do crescimento de beneficiários quando o total de empregos com carteira assinada voltar a apresentar recuperação.

A análise completa será apresentada na 26ª edição da NAB. Continue acompanhando.

PLANO DE SAÚDE NÃO PODE SER CANCELADO NO CASO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

O Globo – 20/09/2018

A Oitava Turma do Tribunal Superior do Trabalho condenou a Companhia Energética do Maranhão (CEMAR) por ter cancelado o plano de saúde e odontológico de uma industriária aposentada por invalidez. A decisão segue o entendimento do TST de que a situação enseja a reparação por danos morais.

Na reclamação trabalhista, a aposentada afirmou que, com o cancelamento, teve de pagar por procedimentos médicos. Ela pedia o restabelecimento dos planos e a condenação da empresa ao pagamento de indenização. A Cemar, em sua defesa, sustentou a legalidade da suspensão, alegando que, com a aposentadoria, teria ocorrido corte nas contribuições feitas pela trabalhadora.

O Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região (MA) determinou o restabelecimento dos planos, mas julgou indevida a reparação por dano moral não haver ficado configurada ofensa de cunho moral nem ato ilícito. Segundo o TRT, o dever de reparar é cabível somente na ocorrência de ato que cause dano, e não em “dissabores do cotidiano”.

Para a relatora do recurso de revista da aposentada, ministra Maria Cristina Peduzzi, a decisão do TRT deveria ser revista por estar em desacordo com a jurisprudência do TST, diante da comprovação do cancelamento indevido do plano e das despesas médicas daí decorrentes. Por unanimidade, a Turma deu provimento ao recurso e fixou a indenização em R\$ 10 mil.

Aposentadoria por invalidez não encerra vínculo empregatício

Para Renata Vilhena Silva, advogada especializada em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, a decisão do TST abre uma jurisprudência que não estava prevista na Lei dos Planos de Saúde. Segundo ela, há regras específicas para a extinção do contrato de trabalho, em casos de demissão e aposentaria, e a manutenção da cobertura. Renata explica, no entanto, que no entendimento do Tribunal Superior do Trabalho não há extinção do vínculo empregatício, mas uma suspensão, em caso de aposentadoria por invalidez ou licença médica.

— Quando o funcionário se aposenta por invalidez ou auxílio doença, o contrato de trabalho fica suspenso e não se encerrou. O

Ainda segundo a publicação, há uma série de outros temas com notícias falsas sendo disseminadas, como falsa cura para o diabetes, modos de transmissão de HIV, supostos alimentos “milagrosos” contra doenças e outros.

Os impactos negativos das notícias falsas para a saúde têm sido alvo de preocupação de autoridades em todo o mundo. “É um passo excelente que os órgãos despertem para esse caráter de epidemia que as fake news têm. Assim como as doenças, essas informações erradas viralizam, contagiam e precisam ser combatidas com rapidez”, apontou Luiza Silva, professora da Faculdade de Comunicação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) à reportagem do Estado de S. Paulo.

entendimento do TST é de que o contrato não é extinto, como se estivesse congelado. Não tem mais as contribuições previdenciárias, mas a extinção só vai se dar com a morte do funcionário. Por esse fenômeno, a Justiça entende que o plano não pode ser suspenso — explica Renata Vilhena.

A Lei Previdenciária prevê a reavaliação da aposentadoria por invalidez deve ser feita a cada dois anos por um perito do INSS, e dependendo da avaliação do técnico a aposentadoria pode ser cancelada. Os segurados com mais de 60 anos e aqueles com mais de 55 anos que gozam do benefício há mais de 15 anos não podem ter o benefício cancelado pelo órgão.

Ainda assim, a Justiça do Trabalho entende que o vínculo empregatício só é extinto com a morte do beneficiário.

A advogada Renata Vilhena ressalta ainda que a cobertura do plano seguirá os moldes do contrato firmado entre a empresa e a operadora, inclusive sobre custos de coparticipação ou pagamento de parte da mensalidade.

Já Rodrigo Araújo, advogado do escritório Araújo Conforti & Jonhsson, acredita que é um problema o desconto de mensalidade do empregado:

— O problema é saber o que fazer com o plano de saúde desse empregado que está com o contrato suspenso em razão de aposentadoria por invalidez. O que se tem recomendado é a manutenção desse benefício para o empregado, com o pagamento integral da mensalidade feito pelo empregador, até porque não haveria como descontar nada do empregado, pois este não tem salário enquanto está com o contrato suspenso.

Manutenção de planos após demissão ou aposentadoria

Em junho de 2012, passaram a valer as novas regras de manutenção dos planos de saúde para funcionários aposentados e demitidos. Terá direito ao benefício o ex-empregado demitido sem justa causa, que tiver contribuído no pagamento do plano de saúde empresarial.

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria.

Já os demitidos poderão permanecer no plano por um período equivalente a um terço do tempo em que foram beneficiários dentro da empresa, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos.

MPF QUER IMPEDIR SOBRETAXA DE REMÉDIOS POR HOSPITAIS

O Estado de São Paulo – 25/09/2018

O Ministério Público Federal (MPF) deu o primeiro passo para exigir que hospitais, clínicas e laboratórios cumpram uma regra que impede a obtenção de lucro no fornecimento de remédios e outros produtos de saúde para seus pacientes.

Pela norma existente, os estabelecimentos têm de incluir na conta enviada ao paciente ou às operadoras de saúde valores equivalentes aos que foram adquiridos. "Mas a prática é outra. Os abusos são corriqueiros", afirmou ao jornal O Estado de S. Paulo o procurador da República Hilton Araújo de Melo.

Em recomendações enviadas para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e para a Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos (Cmed), o MPF solicita que a regra em vigor seja colocada em prática e estabelecimentos, fiscalizados e punidos em caso de abusos.

Até algum tempo atrás havia apenas a determinação da proibição de cobrança de preços mais altos. A norma é de 2009. Somente este ano, a Cmed publicou uma resolução prevendo as punições possíveis para hospitais, clínicas e laboratórios que cobrassem preços a mais de seus clientes por remédios ou materiais usados nos procedimentos.

"Agora, a Cmed tem a faca e o queijo na mão. Mas precisa cortar", resumiu o procurador. As diferenças de preços são muito significativas, de acordo com levantamento conduzido pelo MPF. Um medicamento adquirido por R\$ 19, por exemplo, foi cobrado na conta do paciente por R\$ 359. Um outro produto, adquirido por R\$ 160, saiu na conta por R\$ 4.795.

Estratégia

O procurador atribui as diferenças a uma estratégia dos estabelecimentos para driblar a concorrência. Em vez de cobrar honorários para procedimentos mais altos, a saída foi empurrar os valores para medicamentos e outros produtos de saúde. Mesmo nos casos em que o paciente é atendido por um plano, afirma ele, os valores indiretamente acabam caindo em seu bolso.

Advogada do Sindicato de Hospitais, Clínicas e Laboratórios (Sindhosp), Eriete Ramos Dias Teixeira diz que os valores mais altos estão longe de ser um abuso: "Há despesas de logística, armazenamento, distribuição e descarte desses produtos". Eriete afirma que o sindicato deve ingressar com uma ação para impedir que a prática seja punida. A Federação Nacional de Saúde Suplementar, por sua vez, defende uma mudança no modelo de remuneração, criando alternativas para a estratégia atual.

A ANS não comentou. O presidente da Cmed é o ministro da Saúde, Gilberto Occhi. Também em nota, a câmara afirma que "adotará as medidas previstas nas normas existentes". As informações são do jornal O Estado de S. Paulo.

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