

24 de outubro de 2018

O FUTURO DA INFORMAÇÃO E COMO USAR OS DADOS A FAVOR DA SAÚDE

FenaSaúde –24/10/2018

Temas foram debatidos no 4º Fórum da Saúde Suplementar

A informação foi o centro do debate da segunda palestra do 4º Fórum da Saúde Suplementar, organizado pela Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), que terminou ontem (23/10). Qual o futuro da informação? Como usá-la para benefício do médico, paciente, operadora e prestadoras? Como fazer a governança dos dados? Estas perguntas foram debatidas entre os participantes do evento após uma palestra sobre 'O impacto das novas tecnologias da saúde na vida das pessoas' ministrada por Henrique von Atzingen do Amaral, líder do ThinkLab na IBM Brasil e professor de inovação na pós-graduação da ESPM. O especialista apresentou as novidades tecnológicas existentes e que irão impactar, em breve, todo o setor.

Passando pelo impacto da criação do Iphone, pelo surgimento dos processadores e transistores, pela computação em nuvem, pela velocidade das conexões, pelos satélites e pela internet das coisas, Amaral traduziu como o nosso planeta está se tornando um grande dispositivo virtual. E este mundo da tecnologia não está longe da medicina e da população. Hoje já existem dispositivos para a saúde do consumidor que podem medir a qualidade do sono, gerar gráficos sobre pressão e peso, relógios que fazem eletrocardiogramas e tantos outros aplicativos que ajudam o usuário a obter informações sobre sua saúde. "Mas estes dados ainda estão nas mãos do consumidor, não do médico, nem da operadora de saúde. Estas informações podem ser úteis para a medicina assim que ficar mais acessível", explicou o professor.

Segundo Amaral, o consumidor aceita compartilhar as informações pessoais desde que tragam soluções mais rápidas para seus problemas, porém quando as empresas erram, como compartilhar dados ou fornecer propagandas irrelevantes, desagradam o usuário. "Errar com dados de saúde será imperdoável. A receita para não errar é oferecer conveniência, relevância, segurança e controle. Na saúde, os dados são do usuário e este deve ter o controle de acessos e fornecimento das informações", afirmou o especialista.

Flávio Bitter, diretor-gerente da Bradesco Saúde e vice-presidente da FenaSaúde, apresentou a iniciativa da rede de médicos que já solicita autorização para os pacientes para compartilhar um prontuário eletrônico. "Se o usuário entender os benefícios, ele aceita

compartilhar os dados. Mas é necessário ter clareza, franqueza e propósito correto da informação. Porém, ainda estamos muito longe de uma integração dos sistemas. Hoje as iniciativas são isoladas. Se não criarmos um fluxo, vamos manter uma assistência descentralizada. Para isso, há necessidade de unir a cadeia de saúde discutindo governança e ética", disse Bitter.

Para avançar neste segmento, é preciso quebrar a barreira da desconfiança, afirmou Josier Vilar, diretor-presidente do IBKL. "O setor sofre de uma crise de desconfiança e desconstruir este sentimento é um desafio gigantesco. Temos que começar com um projeto piloto de integração de informações, mas com as pessoas querendo trabalhar como um projeto de transformação, que deveria ser liderado pela ANS", sugeriu Vilar.

Já Franklin Padrão Junior, diretor-presidente da Golden Cross e vice-presidente da FenaSaúde, considera que existe resistência e que os médicos precisam ser treinados. "A segunda opinião médica é tida como afronta por muitos profissionais. É necessário mudar já nas faculdades que precisam ensinar a medicina não como um ato individual para um paciente único. O grande trabalho deve ser junto aos médicos para entenderem o uso da informação. O sigilo médico é usado como uma barreira ao acesso à qualidade do procedimento utilizado", explicou.

O ideal seria um prontuário eletrônico interligado e todos terem acesso pontuou Claudia Cohn, presidente do Conselho da Abramed. Ela acredita que a disponibilidade de informações pelo paciente é um processo que vai acontecer, mas que deve levar sempre em conta a governança e a ética dos dados. "A legislação tem que vir para dar transparência e clareza de como utilizar os dados. Temos que despir da desconfiança e criar um ambiente seguro e ético", concluiu.

Encerramento

No fechamento do 4º Fórum da Saúde Suplementar, a Presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, agradeceu o alto nível das palestras e contribuições dos participantes e do público. Durante o evento, foram mais de 30 palestrantes, especialistas e lideranças que apresentaram diversos aspectos de melhorias e construção de um setor mais sustentável.

Além disso, mais de 900 pessoas estiveram presentes nos dois dias de evento. Este foi o primeiro ano das edições do Fórum em que se utilizou um aplicativo. Nele os participantes enviaram perguntas, participaram de enquetes e fizeram posts com fotos e comentários. O Fórum contou com transmissão online com mais de 3 mil visualizações.

AUMENTA SALDO POSITIVO DE CONTRATAÇÕES

IESS –24/10/2018

De acordo com a edição recente do "[Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#)", o segmento apresentou crescimento do número de trabalhadores em todas as regiões do país em agosto de 2018. O levantamento mostra que o total de trabalhadores na cadeia (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e

seguradoras de planos de saúde) apresentou crescimento de 2,9% para o período de 12 meses encerrado em agosto de 2018. No mesmo período, a economia como um todo apresentou avanço de 0,6%.

O saldo positivo de contratações de 12.531 pessoas em agosto representa avanço com relação ao mês anterior, que registrou 10.220. Esse número é resultado de 93.925 admissões contra 81.394 pessoas demitidas. Na economia como um todo, o saldo de agosto foi positivo em 110.431 novos postos formais de trabalho. O saldo entre admitidos e demitidos no setor de saúde suplementar também

apresentou avanço com relação a mês de agosto do ano passado, quando foi registrado um saldo de 9.029.

Esse resultado foi impulsionado pelo desempenho do subsetor de Prestadores, que apresentou saldo positivo de 10.321 contratações em agosto. Fornecedores e Operadoras registraram saldo de 2.112 e 98, respectivamente.

Na análise por subsetor do período de 12 meses encerrado em agosto, o segmento de Prestadores foi o que apresentou maior crescimento, de 3% na base comparativa, seguido por Fornecedores, com 2,4% e Operadoras, que aumentaram em 2,2%. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,5 milhões de ocupações, ou 71,7% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 835,8 mil pessoas, 23,9% do total. As

operadoras e seguradoras empregam 154,1 mil pessoas, ou seja, 4,4% da cadeia.

A nova edição do relatório aponta crescimento do número de empregos na saúde suplementar em todas as regiões do país, com destaque para o Sudeste. A região apresentou a maior diferença entre o número de contratados e demitidos, com saldo positivo de 6.355. O menor saldo foi registrado na região Norte, com 365. O total da economia no país também apresentou crescimento do emprego em todas as regiões. Sudeste e Nordeste foram as que mais contrataram, com 41.303 e 36.460, respectivamente.

No total, o número de pessoas empregadas na cadeia de saúde suplementar é de 3,5 milhões entre empregos diretos e indiretos. Um total de 8,1% da força de trabalho empregada no país.

Os números completos estão na última edição do ["Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar"](#). Confira.

JUSTIÇA DE SP JULGA NÚMERO RECORDE DE AÇÕES CONTRA PLANOS DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –24/10/2018

Nos primeiros nove meses de 2018, foram 24.623, ou 130 decisões por dia útil

O TJ-SP (Tribunal de Justiça de SP) julgou um número recorde de ações contra planos de saúde nos primeiros nove meses de 2018: 24.623, ou 130 decisões por dia útil.

Do total, 52% foram motivadas por negativas de coberturas e tratamentos e 28%, por reajustes de mensalidades.

RECORDE

É o maior volume já registrado desde 2011, quando a Faculdade de Medicina da USP começou a coletar dados do setor. Naquele ano, 5.141 ações foram julgadas entre janeiro e setembro.

CURVA

O número cresceu mesmo com a diminuição do número de clientes de planos de saúde em SP, que caiu de 18,6 milhões em 2014 para 17,2 milhões neste ano.

Leia a coluna completa [aqui](#).

DIRETORIA DA ANS APRECIA NOVA METODOLOGIA DO CÁLCULO DO REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS

ANS –23/10/2018

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apreciou nesta terça-feira (23/10) a proposta de nova metodologia para o cálculo de reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. A sugestão para um novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) se baseia na variação das despesas médicas do setor e na inflação geral da economia. A mudança no cálculo vem sendo discutida pela ANS nos últimos anos e, recentemente, em julho, o tema foi levado a audiência pública para que a sociedade pudesse opinar já na primeira etapa da transição.

A intenção da Agência é utilizar uma metodologia no reajuste que reflita mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais. Além disso, uma vez que os dados utilizados para o novo cálculo são públicos e auditados, o modelo se torna mais transparente e previsível para beneficiários e operadoras. Há ainda

outros benefícios como a redução do tempo entre o período de cálculo e o período de aplicação do reajuste e a transferência de parte dos ganhos de eficiência das operadoras para os beneficiários através de reduções no índice.

O novo modelo combina a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Assim, a VDA reflete diretamente as despesas assistenciais, ou seja, as despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras (despesas administrativas, por exemplo). O índice deixa então de se basear exclusivamente na VDA, mas continua sendo composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais.

A proposta elaborada pela ANS será levada agora para apreciação e ampla discussão com a sociedade, em nova audiência pública marcada para o dia em 13/11. E de 08 a 18/11 será disponibilizado no portal da ANS um formulário para receber as contribuições daqueles que não puderem comparecer na audiência.

[Veja aqui os materiais apreciados](#) na 494ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada e entenda melhor a metodologia proposta.

MINISTRO DO STF ANALISA SISTEMA DE SAÚDE DURANTE O 4º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –23/10/2018

Luís Roberto Barroso ainda apresentou seu olhar sobre o momento institucional brasileiro

A palestra de abertura do segundo dia do 4º Fórum da Saúde Suplementar foi sobre 'O momento institucional brasileiro', proferida pelo ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso, que apresentou um cenário bastante otimista sobre o Brasil após a Constituição de 1988 e suas conquistas para a população. Organizado pela FenaSaúde, o evento termina nesta terça-feira, dia 23, no Rio de Janeiro.

Ao analisar o setor da saúde no Brasil, o ministro recordou que, no passado, existiam três grupos: os que pagavam o serviço privado, os que tinham a previdência e uma parcela de três quintos da população que não tinha nenhum tipo de assistência médica. A Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como um programa universal integral de saúde. Além disso, impulsionou a Saúde Suplementar que foi regulamentada no final dos anos 90, quando foi criada a Lei dos Planos de Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

"Hoje, temos o maior sistema público do mundo de saúde e um dos maiores sistemas privados. É um setor complexo e pressionado por demandas diversas que incluem a exigência de incorporação de novas tecnologias, impacto do envelhecimento da população e variação grande de preço. É composto por três componentes: o consumidor, o provedor e o operador responsável pela sustentabilidade do sistema. O desafio é produzir um equilíbrio entre o atendimento aos usuários, satisfazer o conveniado e assegurar o equilíbrio econômico financeiro", afirmou Barroso.

O ministro também ressaltou os impactos das transformações do mundo atual através das inovações e tecnologias que também atingem a área de saúde como um todo. "Estamos com uma nova revolução em curso, a tecnológica e a do mundo digital. É a quarta revolução industrial. Não há setor da vida que não tenha sido afetado por estas mudanças. A biotecnologia, a inteligência artificial, a robótica, a impressão em terceira dimensão e a nanotecnologia trarão transformações profundas que ainda não são conhecidas. Sem falar em mudanças no mercado de trabalho e em todos os setores", ressaltou o ministro.

Em uma análise sobre o Brasil contemporâneo, o ministro do STF destacou a onda negativista que o país enfrenta, mas apresentou aspectos positivos conquistados nos últimos 30 anos como a estabilidade institucional e monetária, a expressiva inclusão social e os avanços civilizatórios com o fortalecimento da democracia. "A sociedade se tornou mais consciente e exigente, demandando por integridade. Estou convencido que vamos conseguir avançar a patamares mais elevados em todas as áreas de forma positiva e construtiva. A sociedade já se transformou e quer um país melhor e maior. Mudou para melhor e o país também vai ter que mudar", afirmou.

O ministro finalizou sua apresentação falando sobre a necessidade de olharmos para frente e discutir o tema mais importante para o Brasil: educação. "Esta é transformação que temos que fazer. Tem que ser uma prioridade verdadeira e plena. Este caminho beneficiará as próximas gerações", concluiu Barroso.

Custos em saúde

No painel sobre o 'Crescimento dos custos em saúde', o secretário de Promoção da Produtividade e Advocacia da Concorrência do Ministério da Fazenda, João Manuel Pinho de Mello, elaborou um diagnóstico dos problemas e as possíveis soluções do sistema de Saúde Suplementar. Segundo seus estudos, para que o sistema de saúde funcione adequadamente é necessário equalizar os custos para que seja possível prover uma saúde preventiva e os tratamentos necessários. "Se o custo aumenta, o número de beneficiários cai e, ainda assim, temos um crescimento na utilização do serviço, há um desalinhamento grande no sistema", afirmou Mello.

O secretário apontou que o setor tem duas grandes causas de custos: os não controlados, que são demografia e judicialização, e os que podem ser controlados com a utilização adequada dos serviços, o lucro excessivo e a ineficiência operacional. "O preço é alto porque os custos das operadoras são altos e aumentam em um ritmo bem acima da inflação médica. O Brasil gasta sistematicamente acima dos países de renda mais alta. É necessário olhar para todos os elos da cadeia para corrigir as falhas de mercado, olhar para fora para ver se não estamos desalinhados em relação a outros países e buscar soluções", explicou Mello.

Para o secretário é necessário atacar os problemas, mudar o modelo de remuneração, regulamentar preço de mercado, quando não há concorrência, e controlar custos excessivos. Além disso, ressaltou a necessidade de regulamentar um modelo de coparticipação e manter a estabilidade regulatória para se ter confiabilidade no sistema.

Debate

O diagnóstico do secretário foi aprovado por todos os participantes do debate, que ainda colaboraram com informações específicas dos seus setores. A CEO do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Denise dos Santos, apresentou a iniciativa do hospital em criar uma área de compliance que envolve colaboradores, médicos e fornecedores. "Reescrevemos protocolos com médicos e operadoras, discutindo com eles. Tivemos que cortar equipes médicas completas. Ainda temos que atuar na área de educação com o paciente. Temos que focar na promoção e prevenção. Mas o mais importante é ter regras claras dentro de casa e criar ambientes éticos", contou Denise.

No caso da NotreDame Intermédica, o formato encontrado para buscar a eficiência na gestão foi a verticalização do sistema. "Estamos buscando o protocolo para melhorar a assistência ao paciente e, assim, desenvolver um trabalho para gerar qualidade ao usuário. Estamos implementando a remuneração fee for performance para construir um novo modelo e evitar o desperdício. Porém ainda temos problemas com a judicialização – juizes dando direitos que não são dos pacientes – e as fraudes na comercialização de produtos que causam grande impacto. É um custo que todos pagam por ele", explicou Irlau Machado de Filho, presidente da NotreDame Intermédica e vice-presidente da FenaSaúde.

O princípio do mutualismo, que é a base do sistema da Saúde Suplementar, foi tratado por Maurício Lopes, vice-presidente de Saúde e Odonto da SulAmérica e vice-presidente da FenaSaúde, como uma questão essencial para as soluções dos problemas do setor. "Temos que esclarecer que na jornada do cuidado todos têm responsabilidades. Se não conseguirmos discutir com todos, não teremos soluções. Temos que incluir o consumidor, a operadora para fazer o acompanhamento do paciente e todos os elos da cadeia. Temos que fazer com que todos os agentes tenham a visão de risco simétrico e que todos passem a ter responsabilidade sobre a cadeia", destacou Lopes.

Henrique Lian, diretor de Relações Institucionais e Mídia da Proteste (Associação de Consumidores), esclareceu que a relação do sistema de saúde não é um vínculo de consumo, mas que deveria ser reconhecida como tal. "Há necessidade de esclarecimentos. O paciente não tem consciência da estrutura detalhada dos custos. Desconhece a utilização de um sistema de franquias e coparticipação

e por isso não tem informações necessárias para tomar a decisão sobre os valores. A utilização correta deveria gerar bônus e ônus, assim teríamos uma utilização consciente dos planos. Há uma necessidade de uma ampla educação do indivíduo para a utilização do sistema. É importante envolvê-lo na discussão”, esclareceu Lian.

Com a bandeira da qualidade do atendimento hospitalar, Ary Costa Ribeiro, vice-presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) defende que o setor precisa debater a entrega de valor para o paciente, com o

melhor desfecho clínico. O aumento da frequência de utilização traz “embutido” desperdícios, sendo que esses gastos desnecessários são mais fruto de utilização inadequada do que de fraudes. “O ‘x’ dessa questão é a desorganização da cadeia de assistência. Temos que abordar este problema e enfrentá-lo. Hoje, temos uma assistência desorganizada, fragmentada, sem coordenação do cuidado. O modelo de remuneração deve ser tratado em coevolução com a cadeia de cuidado. Só o modelo de remuneração não resolve o problema, apenas parte da questão. Temos que organizar a assistência”, enfatiza.

JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO CONCEDE RECUPERAÇÃO À UNIMED DE PETRÓPOLIS

Valor Econômico –23/10/2018

A Unimed de Petrópolis (RJ) obteve na Justiça do Rio de Janeiro autorização para entrar em recuperação judicial. Esta é a primeira vez no país que uma cooperativa da área de saúde poderá utilizar o procedimento para reestruturar suas dívidas, que hoje somam cerca de R\$ 20 milhões entre fornecedores e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Lei nº 11.101, de 2005, que regula a recuperação judicial e a falência, proíbe que sociedades operadoras de plano de assistência à saúde, instituições financeiras, cooperativas de crédito e consórcios, dentre outros segmentos, utilizem o instrumento. Em razão da importância e interesse público dessas atividades, elas possuem procedimentos administrativos próprios estipulados em lei para as situações de insolvência.

Apesar dessa vedação legal, o juiz titular da 4ª Vara Cível, Jorge Luiz Martins Alves, entendeu que a Unimed Petrópolis Cooperativa de Trabalho Médico estaria apta a ter uma recuperação judicial por não se “adequar” à definição de cooperativa e hoje estar na categoria de atividade empresária.

O advogado que representa a Unimed no processo, Scilio Faver, do Vieira de Castro, do Mansur & Faver Advogados, afirma que a Lei 11.101 limita a possibilidade de uso da recuperação judicial apenas aos que se classificam como empresários. Segundo ele, o “fenômeno empresarial”, no entanto, deve ser avaliado como fato econômico e não jurídico.

Por essa razão, Faver defende que a atividade da Unimed é empresarial, uma vez que possui o mesmo nível de organização e faturamento de qualquer outra companhia. No primeiro semestre deste ano, exemplifica, a cooperativa faturou R\$ 83 milhões. Além disso, a Unimed de Petrópolis possui um hospital próprio, atende 36 mil clientes e gera três mil empregos diretos e indiretos.

Outro argumento utilizado no processo é o de que a Lei de Recuperação Judicial e Falência viola o direito constitucional de

acesso ao Judiciário daqueles que são expressamente proibidos de usarem o procedimento. Segundo Faver, as operadoras de plano de saúde se submetem a regime próprio que prevê a superação da crise econômica apenas por um procedimento administrativo, via ANS, que impede a atuação da Justiça nessas situações.

Se o regime administrativo não der certo, acrescenta o advogado, a única alternativa será a falência. “O que vale mais a pena, tentar judicialmente uma superação ou diante do fracasso de um procedimento administrativo acarretar a extinção da operadora de plano de saúde?”, questiona.

Na decisão (processo nº 0022156-21.2018.8.19.0042), o juiz afirma que o pedido da Unimed merece ser acolhido porque o critério de “empresariabilidade e a natureza econômica que são vetores identitários de suas atividades conforma a carta de alforria à aplicação das regras” que norteiam o instituto da recuperação judicial na forma e extensão concebidas pela Lei nº 11.101, de 2005.

O advogado especialista na área, Julio Mandel, da Mandel Advocacia, diz concordar com a decisão, uma vez que a cooperativa exerce atividade empresarial. “É o mesmo caso da flexibilização de jurisprudência em relação aos produtores rurais, cujas recuperações vêm sendo permitidas, desde que registrados previamente ao pedido na Junta Comercial.”

Para Mandel, porém, o ideal seria uma reforma legislativa para permitir que sociedades simples e cooperativas fossem autorizadas a pedir recuperação judicial, desde que comprovado o exercício de atividade empresarial. A medida seria necessária, afirma, para conferir maior segurança jurídica e evitar recursos aos tribunais.

O advogado Guilherme Marcondes Machado, sócio do Marcondes Machado Advogados, também acredita que o rol de atividades aptas a pedir recuperação judicial deveria ser ampliado por lei. Já mudanças via jurisprudência, ele entende que geram insegurança ao mercado.

No caso concreto, Machado acredita que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro poderá reformar a decisão. De acordo com ele, tanto a Lei 11.101 quanto a norma que regula os planos de saúde (nº 9.656/98) vedam a possibilidade. Ele lembra que o artigo 23 da Lei 9.656 diz que as operadoras não podem requerer concordata, não estão sujeitas à falência ou insolvência civil, mas somente ao regime de liquidação extrajudicial.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE É TEMA DE DEBATE NO 4º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde –23/10/2018

Após apresentação de Lewis Sandy, formou-se um painel de debate com Gustavo Gusso, Helton Freitas, Augusto Haras, Ana Elisa Siqueira e Paulo Chapchap

O debate sobre ‘Como fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) nos planos de saúde’ aconteceu ontem (22/10), no Rio, durante o 4º Fórum da Saúde Suplementar, organizado pela Federação Nacional da Saúde Suplementar. A palestra principal foi ministrada pelo vice-

presidente sênior da UnitedHealth Group, Lewis Sandy, que trouxe a experiência norte-americana sobre o tema. Comparando a situação brasileira de hoje com a década de 70, nos Estados Unidos, o especialista apresentou a base do sistema e a evolução ao longo do tempo.

A definição de APS é o fornecimento de cuidado de saúde primário acessível por médicos generalista para a população de forma ampla, ou seja, o conhecido médico de família. Sandy explicou que nos EUA, o paciente vai primeiro no seu médico de atendimento primário para verificar seus problemas e não utiliza o pronto atendimento para isso. "Observei que no Brasil, a população procura primeiro o pronto socorro, muitas vezes sem necessidade", afirmou.

Porém para isso, foi necessário um investimento da sociedade americana ao longo do tempo para apresentar o valor da atenção primária que é o primeiro contato do paciente com uma análise e coordenação do indivíduo com foco na família e na comunidade. O processo ainda é debatido na sociedade americana que questiona o atendimento básico contra o especializado. Segundo o vice-presidente da UnitedHealth Group, a abrangência é o oposto da fragmentação. "Muitos especialistas envolvem mais custos, mais exames, mais medicações e intervenções. Além disso, o benefício do cuidado primário é maior para pessoas com mais doenças ou doenças complexas. Precisamos garantir que os cuidados especializados sejam adequados à população", explicou.

Apesar do sistema americano já estar implementado, ainda há mais especialistas do que generalistas. Entre os estudantes de medicina, apenas um entre seis escolhe a clínica geral porque o sistema ainda não é abrangente. As organizações de Medical Care com atenção primária se tornaram a principal forma do mercado de saúde dos EUA, mas parte da população não aprovou o sistema. O setor de planos de saúde liberou o atendimento aos especialistas que aumentou os custos. A chegada de Obamacare reconheceu a importância do atendimento primário e o de pagamento por performance, ficando mais evidente, mas ainda não foi consolidado. Nos EUA, os custos com saúde primária são mais elevados e o desempenho está abaixo dos países da OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Segundo os estudos de Sandy, a Atenção Primária do Brasil hoje é comparada ao processo que aconteceu nos anos 70 dos EUA. "É preciso mostrar o benefício. Fazer com que o paciente experimente o modelo de Atenção Primária para que possa apostar no modelo. Hoje o modelo é fragmentado fazendo que o paciente se frustre e acabe indo para a emergência. Há necessidade de criar equipe abrangente, acessível, coordenada e disponível", orientou o palestrante.

A diferença de hoje e os EUA de 1970, é que o Brasil já pode adotar prontuários eletrônicos, aplicativos para acompanhamento do indivíduo, além de fazer a mudança colocando o paciente no centro do debate. Criar grupos de trocas entre pacientes com a mesma doença, formar equipes multidisciplinares, além de oferecer a Atenção Primária de forma robusta, com melhor qualidade e menor custo foram as sugestões de Sandy para a aplicação do sistema no Brasil.

Debate sobre o tema

Gustavo Gusso, professor da Universidade de São Paulo (USP), empreendedor na área da Atenção Primária, confirma as dificuldades

apontadas por Lewis Sandy e ainda alerta a necessidade de as faculdades de medicina brasileiras não tratarem a Atenção Primária no currículo. "Para me formar em APS fui em busca desta experiência no exterior. No Brasil, este tema ainda é focado na pobreza, na doença crônica e na prevenção devido ao modelo do SUS. Precisamos mudar este conceito e apresentar um sistema de acesso, no qual as doenças devem ser tratadas no atendimento de Atenção Primária. Temos a dificuldade da capilaridade do Brasil. A integração da rede é uma necessidade e precisa de investimento", afirmou Gusso.

As operadoras de saúde têm dificuldades em implementar o sistema porque não existem profissionais aptos ao atendimento primário. O currículo das universidades segue o mercado que é baseado nos especialistas. Segundo Helton Freitas, presidente da Seguros Unimed, a maioria das operadoras não tem nenhum médico de família. O modelo de hoje é vender um catálogo de prestadores de serviço e quanto mais profissionais, melhor é o plano. "Hoje o mercado é regulado para entregar qualquer tipo de serviço, não um bom serviço. As iniciativas não estão adequadas ao procedimento regulatório brasileiro. Temos que olhar para o sistema de atenção primária europeu que entrega melhores resultados com custos melhores. O modelo americano é um modelo que tem um custo mais elevado", esclareceu Freitas.

Para Augusto Aras, subprocurador-geral da República e coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, a Atenção Primária é necessária para coibir abusos. "Temos que pautar o debate na defesa da sustentabilidade do mercado, na qualidade do serviço a ser prestado ao consumidor. A clínica médica é o primeiro passo para preservar a soberania do atendimento. Já temos o SUS com esta política pública, agora, cabe aos planos de saúde apostar no clínico geral e só depois indicar o especialista", sugeriu Aras.

Segundo Ana Elisa Siqueira, presidente do Conselho da Aliança para a Saúde Populacional (ASAP), a comunicação e a experiência positiva farão com que haja engajamento dos usuários do plano de saúde. "Temos que deixar de ter um sistema baseado na doença e no hospital para oferecer um sistema de saúde preventiva. Esta é a oportunidade que temos para a sustentabilidade e a integração dos cuidados. A jornada do paciente tem que acontecer em uma mesma plataforma com os diferentes players e o usuário tem que ter a possibilidade de navegar neste sistema e ter informações completas da sua situação. No Brasil não temos dados. Sem dados ninguém assume o risco. Temos que fazer a mudança e reforma de modelo e de financiamento, mas tem que ser gradativo. A mudança tem que existir, mas tudo depende de incentivo. Nosso incentivo sempre foi no volume e não do valor. Esta mudança é necessária, mas tem que acontecer com cuidado, com diálogo e de uma maneira colaborativa senão não vamos sair do lugar", ressaltou Ana Elisa.

O diretor geral e CEO do Hospital Sírio Libanês, Paulo Chapchap, afirma que há necessidade de dados integrados em toda a rede prestadora para que a implementação de um sistema de saúde primária seja efetiva. "Se não trabalharmos juntos com as seguradoras e operadoras, não haverá uma entrega de valor. Os dados devem ser gerenciados pelas operadoras para que estas ofereçam aos prestadores de serviço. É necessário ter todos os dados do sistema e que eles sejam acessíveis para poder fazer uma gestão adequada de saúde", afirmou Chapchap.

CUSTO DE PLANO DE SAÚDE PREOCUPA EM TODA AMÉRICA LATINA, DIZ ASSOCIAÇÃO DO SETOR

O Globo –22/10/2018

Hugo Magonza, presidente da Alami, defende adoção de franquia e coparticipação

RIO - O presidente da Associação Latino-Americana dos Sistemas Privados de Saúde (Alami), o argentino Hugo Magonza, diz que a escalada dos custos de planos de saúde é uma preocupação em toda a América Latina. Para enfrentar esse desafio, Magonza defende a adoção de franquia e coparticipação para conter abusos e desperdícios. Ele afirma, porém, que esses mecanismos devem ser adotados junto com protocolos claros de atenção primária. "Se for empregado para a pessoa não usar o plano, não funciona", diz.

Quais são as diferenças e semelhanças na configuração da saúde suplementar na América Latina?

O México tem um sistema muito vinculado às seguradoras de saúde. Colômbia, República Dominicana e Chile têm definições bastante claras de cobertura. Brasil e Argentina têm rol muito grande de cobertura. Os sistemas mais liberais são os de Paraguai e Uruguai. Nesses dois países, os planos privados são totalmente liberados para

estipular cobertura e preços. Há agências reguladoras em praticamente todos os países, mas elas são muito diferentes.

A discussão sobre controle de custos no Brasil está na agenda de outros países da América Latina?

Sim. Os custos de saúde estão ligados ao envelhecimento da população e a melhoria na atenção médica, tanto privada, quanto pública. Hoje, com o diagnóstico precoce das doenças e a esperança de prolongamento da vida, o custo é muito mais alto. Uma pessoa com 90 anos gasta, em média, 13 vezes mais em saúde que outra na faixa dos 40 anos. Por outro lado, a população, principalmente dos países mais desenvolvidos, tem reduzido o número de filhos e a pirâmide populacional vai se achatando, diminuindo quem poderia ajudar a financiar os mais velhos, como ocorre com a Previdência. Outra questão é a incorporação de tecnologias, que tornam o tratamento mais prolongado.

O que o senhor acha que pode ser feito para reduzir essa escalada de custos?

A mudança no marco legal, em discussão no Brasil, no Chile e na Colômbia, contempla a proposta de adoção de franquia e coparticipação. São mecanismos para frear gastos eletivos, para evitar abusos no sistema, e se aplicam em vários países. Mas se for empregado para a pessoa não usar o plano, não funciona. Por isso, é importante um protocolo claro de atenção primária. O sistema pode fracassar se não houver modelos transparentes. Somos prestadores e financiadores e investimos muito dinheiro. Em alguma medida, somos também responsáveis pelo aumento dos custos.

PLANOS DE SAÚDE PROPÕEM ATENDIMENTO PRIORIZANDO MÉDICOS DE FAMÍLIA

Agência Brasil –22/10/2018

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), entidade que representa 17 grupos de operadores de planos privados de saúde, apresentou hoje (22) 11 propostas que visam o fortalecimento e desenvolvimento do setor em 2019. Uma das principais sugestões é a adoção de um modelo de atendimento baseado na atenção básica e estruturado através de uma rede hierarquizada.

De acordo com a entidade, os planos atuais, ao permitirem o livre acesso a médicos especialistas, se tornaram caros, ineficientes e geradores de desperdícios. Além disso, ao operarem apenas como meio de tratamento de doenças, não estariam sendo capazes de promover de fato a saúde. Pela proposta apresentada, o paciente seria acompanhado por uma equipe multidisciplinar articulada e liderada por um médico de família, que seria responsável pelo atendimento primário, pelo acompanhamento do histórico do usuário e pelo eventual encaminhamento a outros níveis de atenção.

"Está comprovado que a fragmentação do cuidado gera desperdício e não necessariamente promove o melhor cuidado em saúde. Hoje os especialistas convivem de forma não coordenada e o exemplo clássico é que você vai em médicos que podem receitar medicações que são conflitantes entre si. Isso, ao invés de ajudar, prejudica o paciente", diz a presidente Solange Beatriz Palheiro Mendes. Segundo ela, um novo modelo permitiria um maior cuidado preventivo e um uso mais racional dos recursos.

As propostas foram apresentadas durante 4º Fórum de Saúde Suplementar, que acontece no Rio de Janeiro. Na ocasião, também foi lançada a publicação Desafios da saúde suplementar 2019, que

além das propostas, traz um panorama do setor. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reunidos na publicação, atualmente 47,2 milhões de pessoas no Brasil são beneficiárias de planos de saúde de assistência médica e 23,5 milhões têm planos exclusivamente odontológicos.

Os números são similares aos de 2014, o que mostra, segundo a entidade, que não houve crescimento nos últimos quatro anos. A publicação também revela ainda que, de 2008 a 2017, a inflação acumulada medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) foi de 71,5%, enquanto a despesa assistencial na saúde suplementar teve uma alta de 169,5%. Tais custos estariam entre as causas para o crescimento frequente dos valores das mensalidades dos planos de saúde acima da inflação.

A presidente da Fenasaúde avalia que esse é um fenômeno mundial, que no Brasil foi agravado com a crise econômica. "Realmente o custo dos planos está muito alto. Está absolutamente desgovernado", diz. Em sua visão, a redução das mensalidades passa pela redução do desperdício e esta seria uma das principais metas da entidade ao apresentar as 11 propostas. Segundo Solange, é preciso um conjunto de medidas para enfrentar o problema, que não se resolveria com nenhuma iniciativa isolada.

Outras mudanças

A Fenasaúde defende mudanças no marco regulatório do setor, para que sejam estabelecidos padrões de atendimento e qualidade, mecanismos de transparência e dever de prestação de informações financeiras não apenas para as operadoras dos planos, mas também para os hospitais, clínicas e demais prestadores dos serviços.

O modelo de remuneração desses prestadores também deveria ser alterado, segundo a entidade. A avaliação é de que a responsabilidade dos operadores dos planos de assumir todos os riscos e custos de um procedimento faz com que os hospitais não aprimorem seus serviços para evitar o desperdício. Dessa forma,

estariam sendo realizados gastos assistenciais desnecessários, impactando nos preços das mensalidades.

A Fenasáude sugere ainda a admissão de hospitais públicos na rede credenciada da saúde suplementar. Na visão da entidade, tal medida poderia gerar recursos para que as instalações sejam modernizadas, beneficiando também a saúde pública e melhorando o atendimento do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

"Se você tem hospitais públicos com expertise em determinados procedimentos, é bom para a rede privada poder contar com essa experiência. E há hospitais hoje que estão sobrecarregados também

por dificuldades de orçamento. Essas instituições podem se oxigenar com a entrada de recursos privados. E daí vai poder se qualificar e prestar um atendimento cada vez melhor", diz Solange.

Outras propostas envolvem novas regras de precificação e reajuste, incorporação de novas tecnologias, combate a fraudes a partir da tipificação de crimes, mudança do modelo de remuneração dos profissionais, criação de produtos de previdência e poupança vinculados à saúde e aperfeiçoamento da regulamentação dos mecanismos de regulação financeiras como franquia e coparticipação.

PARA DETER AUMENTO DE CUSTOS, PLANOS DE SAÚDE AGORA APOSTAM EM MÉDICO DE FAMÍLIA

O Globo –22/10/2018

Modelo ainda não reduz mensalidade, mas usuário pode economizar em franquias e coparticipação

RIO - Na tentativa de reduzir o impacto da escalada dos custos da saúde — que deve fechar o ano com alta média entre 15,4% e 19%, ante uma estimativa de inflação geral próxima dos 4% — operadoras de planos privados apostam numa nova forma de atendimento, baseada numa fórmula já bem antiga: o médico de família. As empresas do setor, que têm 47,3 milhões de beneficiários, estão resgatando o modelo europeu, que inspirou o Sistema Único de Saúde (SUS), em que um profissional centraliza o acompanhamento e orientação de segurados e seus dependentes. Experiências iniciais, mostram, segundo as empresas, melhora no atendimento com redução de despesas entre 20% e 30%. Por enquanto, isso ainda não afeta as mensalidades, mas a expansão do modelo poderá reduzir o gastos de pacientes com mensalidades e taxas de coparticipação no longo prazo, dizem operadores do setor.

Segundo Sérgio Vieira, coordenador do Comitê de Saúde da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), cerca de 50 operadoras já têm projetos com esse formato. O usuário é vinculado a um médico ou equipe que centraliza todas as demandas do paciente e decide se é necessário encaminhamento para especialistas e acompanha os resultados. Para isso, é fundamental um sistema integrado de informação. Dessa forma, reduzem-se os procedimentos desnecessários e internações, e aumenta o foco na prevenção.

— Trata-se de um cuidado muito mais saudável adotado por vários países europeus, e que, no caso de operadoras que têm rede própria, tem um custo, em média, 30% menor — diz Vieira.

O movimento está em linha com a Agência Nacional de Saúde (ANS), que acaba de aprovar um projeto de atenção primária, que está sob análise jurídica. Ano passado, a reguladora, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou um Laboratório de Inovações sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar, que premiou 12 projetos.

A Amil tem 179 mil fidelizados há mais de seis meses em seu programa de atenção primária. A empresa contabiliza, entre outros resultados, redução de 30% das internações nesse grupo. Os integrantes foram escolhidos no início de 2017, com o mapeamento de usuários de maior risco, mas segundo Sérgio Ricardo Santos, presidente da Amil, o objetivo é alcançar todos os 4 milhões da rede.

— Estudos mostram que de 80% a 85% das demandas são cobertas por essa atenção primária. As pessoas hoje têm quatro, seis médicos, mas nenhum para coordenar a sua saúde — diz Santos.

Menos idas à emergência

A advogada aposentada Maria Cristina Knackfuss faz parte desse grupo de clientes da Amil. Há um ano, prestes a completar 60 anos, aceitou o convite para aderir ao programa por causa do seu quadro de asma crônica e obesidade. Hoje, sente-se melhor atendida:

— Passei a concentrar todo o meu atendimento em uma única médica. E já perdi 15 quilos com reeducação alimentar e acompanhamento.

Eunice Gomes, de 91 anos, reduziu as idas ao pronto-socorro desde que, há um ano, ingressou num programa similar da SulAmérica voltado para usuários idosos, que integra um projeto da ANS.

— Em qualquer queixa, recorreremos à central, que tem todo o histórico dela e nos orienta. Se necessário, mandam uma unidade móvel — conta Marcelene Gomes, filha de Eunice, acrescentando que a mãe recebe visitas regulares de profissionais do programa. — Ficamos mais confiantes.

Com uma rede de atenção multiplataforma integrada 24 horas, a SulAmérica estima ter reduzido em 21% os atendimentos em unidades de emergência. Além de mais eficaz, o custo de um atendimento em casa é, em média, de R\$ 250, contra R\$ 450 na emergência.

— Nos últimos quatro anos, trabalhamos com a rede credenciada protocolos de atenção primária e integramos informações sobre o atendimento do usuário. Saúde é investimento de longo prazo e ter atenção primária garante maior sustentabilidade para o setor — diz Tereza Veloso, técnica médica e de relacionamento com prestadores de saúde da SulAmérica.

Já a professora Ana Laura Berner, de 52 anos, que há mais de um ano está no programa da Amil, levou as filhas Heloísa, de 23 anos, e Isadora, de 18, para fazerem também o acompanhamento com o médico de família.

— Temos histórico de diabetes e de problemas cardíacos na família. Então, decidimos fazer o acompanhamento. Eu tenho sobrepeso e não posso praticar exercícios por limitações em consequência de um acidente que sofri. Mas queria um médico que me enxergasse como um todo, não dividida em partes. Sofri várias perdas este ano e o acompanhamento foi fundamental — conta ela.

Bradesco Saúde e Mediservice também desenvolvem um programa de atendimento médico regular com clínicos gerais ou pediatras, em Rio, São Paulo, Porto Alegre e Salvador, e com a Novamed, rede de clínicas com médico de família que tem quatro unidades na capital paulista. A companhia informou que as informações clínicas dos pacientes são compartilhadas com todas as unidades por um sistema

de prontuário eletrônico, o que tem ajudado a uniformizar condutas e reduzir desperdícios.

O Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, já tem seu programa de médico de família em três empresas: os bancos Santander e Votorantim, além da Fleury, de diagnósticos. O produto replica o modelo testado com os funcionários do hospital que, entre 2016 e 2017, reduziu em 26,5% o custo total de saúde por pessoa. Os exames pedidos caíram pela metade e o percentual de consultas emergenciais caiu de 50% para 20% do total. Segundo Gentil Jorge Alves Junior, superintendente de saúde corporativa do hospital, a inflação médica da instituição ficou para 7% ao ano, contra uma média próxima a 17% no mercado no período.

Entre hoje e amanhã, a reorganização da rede assistencial com base na atenção primária à saúde será discutido no 4º Fórum da Saúde Suplementar, no Rio, organizado pela FenaSaúde, que reúne as operadoras de planos privados. Segundo Solange Beatriz Mendes, presidente da entidade, um dos entraves à expansão desse tipo de programa em grande escala é a falta de profissionais com a formação necessária para atuar como generalista:

— Hoje, há apenas 5.486 profissionais, 1,4% dos médicos do país, com especialização em medicina da família. Precisa haver investimento em formação.

Para o médico Luiz Roberto Londres, fundador do Observatório da Saúde, as próprias operadoras contribuíram para essa deficiência ao remunerar mal as consultas. Isso incentivou a redução do tempo dedicado pelos médicos aos pacientes e a maior realização de exames e atendimentos especializados. Gustavo Gusso, diretor da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade e professor da USP, diz que o modelo de livre escolha é mais caro e ineficiente, mas foi acomodado pelas operadoras enquanto conseguiram absorver os custos. Agora, está cada vez mais difícil repassar para as mensalidades e patrocinadores de planos coletivos os gastos crescentes.

— Durante muito tempo as empresas lavaram as mãos sobre o controle de gastos. Para as operadoras, era só repassar o custo. Mas, onde há atenção primária, se tem melhores custo, indicadores clínicos e satisfação do usuário.

A GE também criou um programa de atenção primária na empresa, que conseguiu reduzir em 68% o risco de diabetes e doenças cardiovasculares de seus colaboradores. Com esta e outras ações, a empresa vem reduzindo gastos com o plano de saúde dos funcionários.

— O médico de família tem de estar vinculado a um programa de gestão integrada de cuidados em saúde. O resultado financeiro é uma consequência — diz Márcia Agosti, gerente de programas de saúde da GE.

EMPRESAS BUSCAM SOLUÇÕES PARA A SAÚDE

Valor Econômico –19/10/2018

Há pelo menos 15 anos, a Whirlpool, fabricante das marcas Brastemp, Consul e KitchenAid, adota nas fábricas brasileiras o conceito "lean" de eficiência em manufatura. Há dois anos, porém, a empresa americana começou a perceber que os maiores desperdícios não estavam nas linhas de produção de geladeiras, fogões e outros equipamentos, mas em clínicas, laboratórios e hospitais que atendem seus 12 mil funcionários e 18 mil dependentes.

Em algumas localidades, havia excessos de indicações de cirurgias de redução de estômago para combater a obesidade; em outros, qualquer problema de coluna era resolvido em salas de cirurgia. Uma análise mais atenta chegou até um funcionário da fábrica de Manaus que havia sofrido um acidente de moto. Ele estava "internado" numa clínica havia mais de 90 dias sem qualquer evolução. "Contratamos um serviço de 'home care', que, além de mais barato para a empresa, garantiu mais conforto ao paciente", afirma o vice-presidente de assuntos institucionais da Whirlpool, Armando Ennes do Vale Jr.

O desperdício é um dos principais motivos para o alto custo dos planos de saúde. De acordo com levantamento da consultoria Mercer Marsh, no ano passado, as empresas gastaram, em média, R\$ 3,8 mil por plano de saúde de cada funcionário. O valor representa aumento de 48,7% quando comparado com 2012 e equivale a quase 13%, em média, da folha de pagamento das empresas no Brasil.

Várias companhias buscam soluções para equilibrar essa despesa. Sessenta e duas têm se reunido para trocar experiências em gestão de saúde. Um dos grupos é liderado pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e outro, pela Aliança para a Saúde Populacional (Asap) em parceria com a Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH). Cada empresa tem sua estratégia, mas é unanimidade entre especialistas que tratar a saúde e não a doença é o melhor caminho para controlar o custo do convênio.

"No ano passado, as empresas investiram R\$ 271,21 por funcionário em programas de qualidade de vida. Ainda é uma quantia pequena quando se leva em consideração a economia que as empresas podem ter com o plano de saúde", diz Mariana Dias Lucon, diretora de consultoria e produtos da Mercer Marsh Benefícios.

Em 2012, o gasto médio com planos de saúde equivalia a 10% da folha de pagamento. Em 2017, o percentual foi para 12,7%, segundo a Mercer Marsh. "As companhias que adotam programas de gestão com ênfase no cuidar da saúde conseguem manter o gasto dos planos na casa dos 10% em relação à folha de pagamento", diz Paulo Marcos Souza, diretor do Instituto Latino Americano de Saúde (Inlags), entidade que desenvolve programas empresariais.

Um exemplo considerado de sucesso no mercado é o da GE. Há oito anos, a fabricante de turbinas e equipamentos médicos criou uma rede de médicos e hospitais reconhecidos por prestar atendimento de melhor qualidade. A empresa paga um adicional a esses profissionais que atendem seus funcionários e faz, ainda, um acompanhamento sistemático do uso do plano de saúde. Graças a essa iniciativa, os custos baixaram. A composição dos valores dos planos de saúde é feita com base nos gastos com consultas médicas, laboratórios e hospitais mais a frequência de uso. Com seu programa de gestão, mesmo com a despesa extra com a rede médica selecionada, o gasto da GE com a saúde (incluindo o convênio médico) é menor do que o reajuste que vem sendo praticado no mercado. Em 2017, as despesas da GE com planos da empresa subiram cerca de 10% contra 19,2% calculado pelo less, instituto que mede os custos de planos individuais.

A Whirlpool contratou dois médicos para acompanhar não apenas os problemas de saúde dos funcionários como também para organizar programas de prevenção. Nessa linha, uma das novidades são os programas de premiação, como o sorteio de refrigeradores para funcionárias que comprovem ter feito mamografia naquele ano.

"No ano passado conseguimos 99% de participação", diz Ennes. Além disso, a orientação para que os funcionários passem pelo ambulatório interno antes de correr para um pronto-socorro ajudou a reduzir idas aos hospitais. As internações, que representavam 75% dos gastos com plano de saúde da empresa, agora equivalem a 25%.

Há dois anos, a Volkswagen criou um banco de dados com 200 diferentes indicadores de 59 mil vidas sob sua responsabilidade, que incluem os 15 mil funcionários mais dependentes. Com base nesses dados, um programa de acompanhamento e de orientação reduziu em 25% o tempo de internação dos funcionários. Recentemente, a direção da montadora descobriu que entre 4% e 5% dos procedimentos médicos pelos quais os empregados já passaram não deveriam ter sido indicados.

A Clariant, empresa de especialidades químicas, também montou um banco de dados dos 1,2 mil funcionários e mais 1,8 mil dependentes e faz acompanhamento das ocorrências, com monitoramento constante do uso de pronto-socorro e UTI. Com 8 mil funcionários e 30 mil vidas, há quatro anos a Pirelli contratou um médico para integrar o quadro de executivos. Ele acompanha o dia a dia dos ambulatórios nas fábricas, exames em hospitais e laboratórios e conversa com operadoras.

Até as empresas de saúde buscam formas de reduzir o custo elevado do convênio médico. Os hospitais Sírio-Libanês, Albert Einstein, BP (Beneficência Portuguesa) e da Rede D'Or e a operadora Amil

adotaram programas para que seus empregados passem primeiro por um clínico geral.

Com a adoção de um programa baseado em atenção primária, o Sírio reduziu o custo per capita do plano de saúde em 27%. O projeto foi tão bem-sucedido que o hospital criou uma nova frente de negócios: implantar clínicas com seus médicos dentro das empresas. Os bancos Santander e Votorantim e o laboratório Fleury já têm consultórios do Sírio-Libanês em seus escritórios e unidades de atendimento. A meta é chegar no começo de 2019 com 25 clínicas médicas instaladas nas companhias.

Maior operadora do país, com 5,5 milhões de usuários de planos de saúde e dental, a Amil se deparava com o mesmo problema. Há um ano, a empresa fez mudanças no convênio oferecido aos 40 mil funcionários e 20 mil dependentes. "Nossa taxa de sinistralidade era alta. Sabe aquele ditado: casa de ferreiro, espeto de pau?", diz Catia Porto, vice-presidente de capital humano do UnitedHealth Group Brasil, dona da Amil, em entrevista ao Valor em novembro. Todos subiram de categoria no plano, mas passaram a pagar coparticipação de 20% do valor do procedimento, cuja quantia não pode ultrapassar 5% do salário.

MAIS DE 1,5 MILHÃO DE NOVOS VÍNCULOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

IESS –19/10/2018

Esta semana, divulgamos a mais recente edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), que mostra os números de beneficiários de planos de saúde entre os meses de agosto de 2017 e o mesmo mês de 2018. Os números apontam que enquanto o total de vínculos com pessoas de 59 anos ou mais está crescendo, o total de beneficiários mais novos está recuando. De agosto de 2017 a agosto de 2018, o total de beneficiários médico-hospitalares com até 18 anos caiu 0,6%, o que significa 66,5 mil vínculos rompidos. No mesmo período, 98 mil beneficiários com idade entre 19 anos e 58 anos também deixaram os planos. Uma retração de 0,3%.

Como uma tendência ao longo das últimas edições do boletim, o mercado de planos exclusivamente odontológicos segue como destaque positivo na saúde suplementar brasileira. Os dados mostram que, no período de 12 meses, houve um crescimento de mais de 1,5 milhão no total de beneficiários desta modalidade em todo o país, representando uma variação de 7%. Já na variação de

três meses, entre maio e agosto de 2018, o aumento foi de 3%. Ou seja, aproximadamente 700 mil novos vínculos deste tipo de plano.

Em números absolutos, a região Sudeste segue apresentando uma boa performance, com aumento de mais de 930 mil vínculos. Nessa região o destaque é o Estado de São Paulo, que apresentou aumento de 458.970 beneficiários no mesmo período, alta de 5,8% no período de 12 meses encerrado em agosto de 2018. Em todo o país, apenas Roraima apresentou queda de 310 beneficiários no período analisado.

Proporcionalmente, o destaque ficou para a região Centro-Oeste, com avanço de 8%, um total de 111.432 novos beneficiários.

Como já apontamos, apesar de ter superado o 23 milhões de beneficiários no país, o segmento de planos exclusivamente odontológicos ainda conta com menos da metade do total de vínculos médico-hospitalares com uma taxa de cobertura de 11,3% no território nacional. Ou seja, ainda há muito espaço e margem para amadurecimento deste setor, que conta com custos mais "atraentes" do que o de planos médico-hospitalares e maior facilidade de acesso por parte da população.

Nos próximos dias traremos os dados da Análise Especial. Os números completos estão na última edição da [NAB](#). Confira.

NÃO CABE PLANO DE SAÚDE DIFERENTE PARA TRABALHADORES ATIVOS E INATIVOS

JOTA –18/10/2018

Para STJ, resolução da ANS contraria Lei 9.656 ao autorizar que ex-empregado fique em plano com condições distintas

Por maioria de votos, a 3ª Turma do STJ entendeu que não é admissível a separação do plano de saúde coletivo em categorias – trabalhadores ativos e inativos – nos termos da Lei 9656/98, a Lei dos Planos de Saúde. Venceu a tese da relatora, ministra Nancy Andrighi,

que foi seguida pelos ministros Paulo de Tarso Sanseverino e Moura Ribeiro.

De acordo com a decisão, o artigo 19 da Resolução Normativa 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contraria o artigo 31 da Lei dos Planos de Saúde ao autorizar a manutenção de ex-empregado no plano de saúde de sua antiga empregadora com "condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos".

No caso concreto, a operadora São Lucas Saúde S/A recorria de decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo que determinou que um empregado demitido e seus dependentes se mantivessem beneficiários do plano de saúde nas mesmas condições de valores e

cobertura assistencial que gozavam quando o trabalhador ainda era ativo no contrato de trabalho.

A São Lucas Saúde criou um plano de saúde exclusivo para os ex-empregados demitidos e aposentados que mantém as condições de cobertura assistencial do plano de funcionários ativos, mas com um regime de custeio diferente. Não satisfeito com a diferenciação, o antigo funcionário entrou com uma ação para pedir a manutenção do plano no mesmo padrão e equivalência de valores, assumindo o pagamento integral da mensalidade.

Planos iguais

Para a ministra Nancy Andriighi, a Lei 9656/98 não alude à possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado a empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E, muito menos, faz distinção entre 'preço' para empregados ativos e inativos.

O artigo 31 da Lei dos Planos de Saúde diz que "ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo primeiro desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral".

Ainda de acordo com a relatora, o "pagamento integral" a que o artigo 31 se refere deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais.

"Não é lícito que se apresente, com esse propósito, valor diferenciado para os ex-empregados, tampouco se eximam as ex-empregadoras da comprovação daquilo que efetivamente suportavam quando ativo o contrato de trabalho", disse a relatora.

De acordo com a ministra, o artigo 19 da resolução normativa além de autorizar a celebração do contrato exclusivo para ex-empregado, autoriza condições de saúde, preço, faixa etária diferenciadas daquelas identificadas naquela do plano de saúde contratado para os funcionários na ativa. O que, para ela, desvirtua o preceito do artigo

31 que garante ao aposentado a manutenção das mesmas condições do plano de saúde com a assunção do pagamento integral da mensalidade.

Ainda de acordo com a ministra Nancy Andriighi, permitir que funcionários aposentados ou ex-funcionários tenham um plano diferente – sobretudo no preço – contraria a Lei da Previdência Social ao autorizar a manutenção com condições de reajuste diferenciadas daquelas verificadas no plano privado contratado para os empregados ativos. Acompanhando a ministra, então, a Turma negou provimento ao recurso da São Lucas Saúde.

Tese vencida

A divergência foi aberta pelo ministro Ricardo Villas Bôas Cueva que, embora tenha sido acompanhado pelo ministro Marco Aurélio Bellizze, ficou vencido.

Segundo Cueva, embora a legislação vise proteger a possibilidade de permanência do antigo funcionário como beneficiário do plano de saúde em iguais condições assistenciais, isso não significa que a proteção seja necessariamente no mesmo plano de saúde de origem.

De acordo com Cueva, a ANS editou a Resolução Normativa 279/2011 para regulamentar os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98. Nessa norma, estabelece ser possível que o ex-empregador mantenha os antigos funcionários – demitidos sem justa causa ou aposentados – no mesmo plano de saúde em que se encontravam antes do encerramento do contrato de trabalho ou contrate um plano de saúde exclusivo para eles.

"Em outras palavras, tal normativo faculta ao ex-empregador manter um plano de saúde para ativos e outro para inativos desde que contenham as mesmas condições de cobertura assistencial", afirmou.

Ainda de acordo com Cueva, a opção da operadora de separar as categorias entre ativos e inativos "se mostra adequada para dar cumprimento às disposições legais, visto que há garantia ao empregado aposentado ou demitido de manutenção das mesmas condições de assistência à saúde, não havendo obrigatoriedade de que o plano coletivo seja uno, sobretudo com relação ao regime de custeio".

CRESCE TOTAL DE BENEFICIÁRIOS COM 59 ANOS OU MAIS

IESS –18/10/2018

IESS alerta que alta de beneficiários médico-hospitalares na última faixa etária aliada à redução dos mais jovens pode comprometer sustentabilidade econômico-financeira do setor

O total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares com 59 anos ou mais aumentou 2,5% entre agosto de 2018 e o mesmo mês do ano passado. O que representa 164,5 mil novos vínculos. Os números fazem parte de análise inédita da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que acaba de ser atualizada.

O superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, destaca que o resultado da análise inédita é essencial para entender o comportamento do setor, especialmente quanto aos custos médico-hospitalares. "Temos apontado que o envelhecimento populacional é um fator fundamental para entender o aumento dos custos médico-hospitalares. O que reforça a necessidade de debatermos questões como transparência, modelo de remuneração e eficiência do setor,

ao risco de comprometer sua sustentabilidade econômico-financeira", alerta.

Segundo projeção do IESS, até 2030, os gastos assistenciais com beneficiários de 59 anos ou mais deve superar a soma de todos os gastos assistenciais com outros beneficiários. "Em 2030, os planos de saúde devem ter despesas assistenciais da ordem de R\$ 213,8 bilhões com beneficiários com 59 anos ou mais. Já os beneficiários com até 18 anos devem gerar despesas assistenciais de R\$ 15,7 bilhões e os beneficiários com idades de 19 anos a 58 anos, que continuarão respondendo pelo maior número de vínculos com planos médico-hospitalares - cerca de 60,5% do total – irão gerar uma despesa assistencial de R\$ 154 bilhões", aponta Carneiro. As estimativas constam do estudo "Projeção das despesas assistenciais da saúde suplementar (2018-2030)".

Os números da NAB apontam que enquanto o total de vínculos com pessoas de 59 anos ou mais está crescendo, o total de beneficiários mais novos está recuando. De agosto de 2017 a agosto de 2018, o total de beneficiários médico-hospitalares com até 18 anos caiu 0,6%, o que significa 66,5 mil vínculos rompidos. No mesmo período, 98 mil beneficiários com idade entre 19 anos e 58 anos também deixaram os planos. Uma retração de 0,3%. "Os números acendem um sinal de alerta, principalmente por colocar em xeque o pacto intergeracional, em que os beneficiários mais novos pagam um pouco mais do que seria necessário para que os mais velhos possam pagar um pouco

menos, tornando o sistema economicamente viável para todos”, explica o executivo do IESS. “Com a redução dos beneficiários médico-hospitalares mais jovens, que normalmente necessitam de menos cuidados em saúde, o sistema tende a se tornar proporcionalmente mais caro”, analisa.

Considerando o aumento dos beneficiários na última faixa etária e a redução nas demais, o total de vínculos do setor permaneceu estável na comparação de agosto deste ano com o mesmo período do ano anterior. Totalizando 47,3 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares no País.

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