

**07 de novembro de 2018**

## **ANS DIVULGA RELATÓRIO DE OUVIDORIAS 2018**

**ANS –07/11/2018**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de sua Ouvidoria, divulga o Relatório do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde – REA 2018 (ano base 2017). O documento é resultado da compilação e análise dos dados enviados pelas ouvidorias das operadoras sobre os atendimentos realizados em 2017 e apresenta os principais temas demandados, bem como os prazos de resposta na finalização das manifestações.

Do total de operadoras em atividade no país em 2017, 96,3% possuem unidades de ouvidoria cadastradas, o que totaliza 1.195 operadoras cumprindo a Resolução Normativa nº 323/2013, pela qual a Agência determinou às operadoras tanto a criação compulsória de estruturas de Ouvidoria como o envio do REA. Juntas, essas operadoras reúnem 99,7% do total de beneficiários de planos de assistência médica e/ou exclusivamente odontológica.

Foram recepcionados pela Ouvidoria da ANS 1.065 relatórios, sendo que 96 apresentaram dados inconsistentes. Dessa forma, foram considerados para análise 969 relatórios enviados pelas ouvidorias das operadoras. Desse total, 617 ouvidorias relataram o recebimento de pelo menos uma manifestação típica de ouvidoria. Juntas, elas contabilizaram 517.061 manifestações de seus 55,9 milhões de beneficiários, resultando em uma Taxa de Demandas de Ouvidoria (TDO) geral igual a 9,2 – o que significa que esse conjunto de ouvidorias recebeu 9,2 demandas para cada grupo de 1.000 beneficiários.

Sobre os pedidos dos beneficiários para a reanálise da resposta recebida pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da empresa no âmbito da ouvidoria, 30% das ouvidorias relatam ter recebido tais demandas. Seguradoras (88,9%) e Cooperativas Médicas (63,6%) são as modalidades com maior percentual de reanálises.

[Confira aqui a íntegra do REA 2018.](#)

## **REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL TERÁ NOVA REGRA**

**O Estado de São Paulo –06/11/2018****Ainda não dá para saber se aumentos de preço serão maiores após a mudança, dizem especialistas; alteração deve valer a partir de 2019**

BRASÍLIA - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocou em consulta uma nova regra para o reajuste de planos de saúde individuais e familiares. A expectativa é de que a nova norma, que leva em conta a variação das despesas e a inflação, seja colocada em prática a partir de 2019. Mas, segundo entidades de direito do consumidor, o órgão não divulgou informações suficientes para saber qual será o efeito da mudança.

“Não há como saber se com o novo método reajustes seriam maiores ou menores do que se mantida a regra atual. Daí a importância de

### **Análise das manifestações dos beneficiários**

Os temas mais frequentes das manifestações recebidas pelas ouvidorias das operadoras foram: rede prestadora (27,4%); Serviço de Atendimento ao Cliente (22,7%); financeiro (19,2%); administrativo (16,1%); e cobertura assistencial (14,6%).

Tais manifestações dividem-se em: consulta (52,9%); reclamação (42,4%); elogio (3,3%); sugestão (1,1%); e denúncia (0,3%). Apesar de 'consulta' ser o tipo mais frequente de maneira geral, prevaleceram as reclamações nas administradoras, autogestões, cooperativas médicas, medicinas de grupo e seguradoras. No caso das seguradoras, mais de 98% das demandas são do tipo 'reclamação'.

### **Análise das reclamações dos beneficiários**

A análise das reclamações recebidas pelas ouvidorias demonstrou que 26,5% referem-se aos temas financeiro; 24,6% a rede prestadora; 23,3% a administrativo; 19,1% a cobertura assistencial; e 6,6% a Serviço de Atendimento ao Cliente.

Apesar do tema mais frequente das reclamações ser 'financeiro', nas cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, filantropia, medicina de grupo e odontologia de grupo o tema mais recorrente foi rede prestadora.

Os reclamantes mais frequentes possuem contrato do tipo coletivo empresarial (41%), seguidos pelos que possuem contrato coletivo por adesão (30,1%) e individual/familiar (26,2%). Percentual menor, 2,7%, foi oriundo de contrato não identificado ou pertencente a outro tipo de demandante que não beneficiário.

### **Prazo de resposta ao beneficiário**

A [Resolução Normativa nº 323/13](#) da ANS fixou o prazo de resposta conclusiva da ouvidoria da operadora ao demandante como não superior a sete dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo maior, não superior a 30 dias úteis. Nesse sentido, de acordo com o relatado pelas ouvidorias das operadoras, em 2017, 89,6% das unidades concluíram suas demandas dentro do prazo de até sete dias úteis estabelecido no normativo. Das unidades de ouvidorias restantes, 9,7% relataram a conclusão de suas demandas dentro do prazo pactuado, de até 30 dias úteis.

que a ANS apresente uma simulação”, disse a superintendente do Procon de São Paulo, Maria Feitosa Lacerda. Em reunião na semana passada com a ANS, entidades de defesa do consumidor pediram que a comparação seja apresentada.

A ANS marcou para o dia 13 audiência pública para discutir o novo formato. “O ideal é que tenhamos isso com antecedência”, disse a advogada do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), Ana Carolina Navarette.

Em nota, a ANS argumentou que não seria adequado fazer uma simulação que poderá não se efetivar depois. Segundo o órgão, dados usados para o novo cálculo são públicos, auditados e estão disponíveis. Disse ainda que trabalha “para elaborar a melhor metodologia possível”.

Hoje, o reajuste é feito a partir de uma média do aumento nos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. O anúncio da mudança é feito pouco após o Tribunal de Contas da União afirmar que a metodologia

usada pela ANS para calcular o reajuste contém falhas, é pouco transparente e sem mecanismos para conter abusos.

A ANS agora propõe que o aumento tenha como ponto de partida a variação das despesas de assistência, o quanto operadoras desembolsaram para custear exames, tratamentos e consultas dos clientes. Esse índice (de sigla VDA) teria peso de 80% no cálculo.

Mas, para usá-lo, seria preciso adotar também dois moderadores. Um seria a variação das mensalidades causada pela regra da faixa etária. Além do moderador por faixa etária, a ANS fixou um fator de eficiência, medido pelos gastos com assistência. A agência também incluiu no cálculo a variação de inflação IPCA, retirando do índice as despesas com saúde. A variação do IPCA terá peso de 20%.

“É uma medida importante. Afinal, nem todas as despesas de operadoras estão relacionadas à assistência. Há gastos com pessoal, com administração”, afirmou Maria Feitosa.

Questionada, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirmou que analisa no momento as propostas. A entidade considera o tema de extrema importância para a sociedade e a sustentabilidade do setor. Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasau) disse que vai avaliar a proposta e participar dos debates.

#### **Crise provocou migração de clientes**

Ao justificar a mudança, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diz que o novo formato dará maior transparência, trará maior

previsibilidade para o reajuste e estimulará a eficiência do setor. O aumento de mensalidades de planos de saúde tem se transformado em uma fonte crescente de insatisfação entre usuários.

Com o aumento do desemprego, um número significativo de pessoas que antes tinha planos empresariais acabou migrando para planos “falso coletivos” ou por adesão. Nesses dois formatos, o poder de barganha é menor e o risco de reajustes abusivos, maior. Em nota, a ANS ainda afirmou que o trabalho para elaborar o novo índice “vai se refletir positivamente em um índice adequado para o reajuste anual dos planos individuais e familiares”.

Levantamento feito pelo Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) mostra que 14,7% dos julgamentos em 2.ª instância sobre planos de saúde eram referentes a aumento de mensalidade, entre janeiro e setembro de 2011. Já no mesmo período de 2018, esse percentual aumentou para 28%.

Professor da USP e coordenador do Observatório, Mário Scheffer diz que ainda não é possível avaliar se a proposta é boa. Alerta também para o fato de que a medida terá efeitos só para uma parcela de usuários de planos. “Há uma questão ainda mais urgente, que é regular os reajustes de planos coletivos, maioria no mercado.”

O agravamento da crise econômica também fez o mercado de saúde suplementar encolher no País. Em dezembro de 2014, o total de usuários era de 50,4 milhões e, em setembro deste ano, de 47,3 milhões.

## **SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA NOVOS BENEFICIÁRIOS**

IESS –06/11/2018

### **Boletim do IESS aponta ligeiro avanço no período de 12 meses encerrado em setembro**

O total de beneficiários de planos médico-hospitalares apresentou ligeira variação positiva de 0,2% entre setembro de 2018 e o mesmo mês do ano anterior. Contudo, os 102,1 mil novos vínculos apontados na Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do IESS, podem estar “só no papel”. Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, alerta que por a variação ser muito baixa, é possível que na revisão dos números setoriais pela ANS, daqui alguns meses, revele que não houve aumento algum. “No meio do ano destacamos que a ‘recuperação’ que vinha sendo comemorada pelo mercado na verdade não aconteceu. Agora, antes do mercado começar a se animar demasiadamente, é necessário olhar os números com cautela”, explica.

Entretanto, Carneiro aponta que o total de beneficiários pode não estar crescendo como um todo, mas há um aumento considerável do

total de vínculos com pessoas de 59 anos ou mais. “A NAB apontou, novamente, um acréscimo de 2,5% ou cerca de 166,7 mil beneficiários nessa faixa etária. Ainda que aconteça uma revisão dos números para baixo, é claro que há um avanço nesse segmento do mercado”, analisa. “Certamente, parte desse avanço se deve à mudança de categoria de alguns beneficiários, mas parte significativa é de novos vínculos”, completa.

De acordo com o boletim do IESS, as regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste também registraram novos vínculos com planos de saúde médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em setembro deste ano. No Sul houve aumento de 0,7% ou 46 mil novos vínculos. Mesmo crescimento proporcional observado no Centro-Oeste, que teve 22,9 mil novos vínculos firmados. Já no Nordeste foram 32,9 mil novos beneficiários no período, alta de 0,5%. “Mesmo com uma eventual revisão dos números, é factível esperar que ao menos não seja registrada retração do total de beneficiários. O que é um indicador positivo”, argumenta Carneiro.

No Norte, foram rompidos 9,4 mil vínculos. Retração de 0,5%. Já no Sudeste, região com o maior número de beneficiários do País, foram firmados 7,5 mil vínculos. O que não representa sequer uma alta de 0,1% dos 28,8 milhões de beneficiários na região.

## **'AGORA, HÁ OPORTUNIDADE DE DEBATER SAÍDAS PARA O SETOR', DIZ CEO DA UNITEDHEALTH GROUP BRASIL**

Estado de Minas –06/11/2018

### **Claudio Lottenberg avalia que momento econômico do país pode representar oportunidade de melhorar atendimento e resultados financeiros do setor de saúde**

Para Claudio Lottenberg, CEO da UnitedHealth Group Brasil, o momento econômico e político do país pode representar uma oportunidade para debater a atual situação do setor e encontrar formas de melhorar o atendimento e os resultados financeiros. O executivo, que por anos comandou o Hospital Albert Einstein, acredita que algumas regras deveriam ser reavaliadas para tornar o

serviço mais eficiente. Entre as suas propostas, está a inclusão de critérios que avaliem quão efetivo foi o atendimento ao paciente.

### **Como o setor de saúde suplementar vem reagindo ao comportamento da economia e o alto índice de desempregados?**

Sem empregabilidade o setor simplesmente não cresce, porque boa parte dos contratos são feitos por empresas para seus funcionários. Como consequência, o SUS fica sobrecarregado. Nossa expectativa é de que o país volte a crescer a taxas melhores a medida que as reformas forem feitas. Isso vai refletir no aumento do acesso aos planos de saúde. Estamos confiantes na Amil e mostramos isso ao agregar valor aos nossos serviços.

### **Como o setor pode reagir?**

Com uma economia pujante. Sem isso continuaremos a ver o setor encolher. Essa é a oportunidade de debater alternativas para voltar a crescer. Um desses caminhos é por meio da inserção do conceito de qualidade do prestador de serviço na regulação do setor. Hoje o que prevalece é a pauta econômico-financeira. A sociedade deve debater mais. Foi o que vimos no caso da regulamentação para a coparticipação nos planos de saúde. Foi uma decisão atabalhoada da agência (Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS), que acabou encontrando muita dificuldade e o que vimos foi o Judiciário entrando na briga. O caminho deveria ter sido outro, com mais diálogo.

**Essa nova realidade, com menos pessoas no sistema privado, pode levar à adoção de outras mudanças pelo setor?**

## **DIRETORIA DA ANS APRECIAM PROPOSTA DE RN SOBRE O PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO ROL ANS –06/11/2018**

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apreciou, nesta terça-feira (06/11), a proposta de Resolução Normativa que define, claramente, as etapas e fluxos do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde comercializados a partir de 02/01/1999 ou adaptados à Lei 9.656/1998. Após essa etapa, a minuta precisará passar por deliberação dos diretores para que seja publicada no Diário Oficial da União. É importante destacar que neste momento apenas o processo de revisão está sendo tratado. A normativa não se refere a inclusão/exclusão de procedimentos à lista de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Atualmente, embora as etapas de atualização do Rol sejam bem delineadas, não há um normativo que as reúna. Com isso, espera-se conferir maior visibilidade à metodologia aplicada e ao processo de tomada de decisão, bem como: garantir segurança jurídica aos atos administrativos; dar previsibilidade a beneficiários, prestadores e operadoras; apontar os critérios de conformidade e parâmetros técnicos para o recebimento e análise das demandas; apresentar as instâncias decisórias e suas atribuições; e aprimorar a transparência dos atos institucionais.

Outro destaque é que a proposta de normativo estabelece a ampliação da participação social no pleito por incorporações, através de formulário específico, o FormRol, que será disponibilizado no portal da ANS, para toda a sociedade, sempre no início dos trabalhos de atualização do Rol. Até então, manifestações iniciais eram realizadas apenas pelos membros do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - Cosaúde. Assim, toda a sociedade poderá participar em dois momentos: na fase inicial, mediante apresentação de dados científicos e econômicos que embasem o

Hoje os usuários pagam por exames, por procedimentos, pela estadia no hospital, não pelo desfecho. Se o paciente faz uma operação de retirada de vesícula e tem uma complicação, ele é operado novamente e um novo valor é cobrado. Fica parecendo que estão torcendo pela complicação para ganhar mais. Isso acontece porque não existe esse compromisso com o desfecho do caso, tanto no poder público quanto na iniciativa privada.

### **Como essa realidade é influenciada pelo envelhecimento da população brasileira? O problema pode ficar maior?**

Deveríamos estar discutindo com base em estudos que apontem quão efetivo foi um atendimento. As pessoas estão envelhecendo e vão recorrer mais aos serviços de saúde. Paralelamente a isso, estão sendo agregadas cada vez mais novas tecnologias, que têm um custo alto. Por isso os critérios para definição de preço e de reajuste deveriam também levar em consideração a efetividade de um tratamento.

### **É possível imaginar alternativas para que os planos de saúde custem menos?**

Para isso, é preciso que a regulamentação mude. Na Espanha, por exemplo, há alternativas como os planos que garantem o atendimento de baixa complexidade. Se o paciente precisar de um transplante, por exemplo, será atendimento pelo sistema público. Isso desafia o sistema público, que vai se especializar no serviço mais difícil.

pedido de inclusão de procedimento, e, posteriormente, na habitual Consulta Pública que precede a publicação da nova lista de coberturas obrigatórias. A análise das propostas será realizada por técnicos da ANS, ou por entidades públicas ou privadas, valendo-se de acordos de cooperação técnica para fins de pesquisas especializadas que sirvam como subsídio na tomada de decisão.

“O que esperamos com a normativa é garantir clareza aos atores do setor e ratificar compromissos da Agência na atualização do Rol, como a incorporação adequada de novas tecnologias, de modo que sejam seguras, eficazes e efetivas, a facilidade na participação social, a atenção aos custos provenientes e ao estabelecimento, por parte das operadoras, de rede assistencial que garanta acesso às novas coberturas”, afirmou o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

A proposta de Resolução Normativa mantém a gestão permanente do Rol mediante revisões periódicas a cada dois anos, como estabelecido na RN nº 211 de 2010. Esse é o intervalo mínimo, tendo em vista as etapas a serem cumpridas, propostas no normativo, e a complexidade do processo. Também são levados em consideração as tecnologias avaliadas e recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), a observância dos princípios de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e de saúde baseada em evidências, e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

As discussões para elaboração do normativo foram realizadas em grupo de trabalho com integrantes das cinco diretorias da ANS. A proposta inicial proveniente destas discussões foi levada à consulta interna na Agência, para que fossem apresentadas contribuições de todo o corpo técnico, e de especialistas em ATS. Também foi apresentada aos membros do Cosaúde e, por fim, submetida à Consulta Pública nº 69, aberta no período de 19/07 a 17/09 de 2018, e que recebeu 802 contribuições de consumidores, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, entre outros.

A Resolução Normativa sobre o processo de atualização periódica do Rol será publicada em breve e, no começo de 2019, serão iniciados os trabalhos para a próxima atualização do Rol.

[Saiba mais sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.](#)

## ANS REGISTRA AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS

Agência Brasil –05/11/2018

O número de planos exclusivamente odontológicos, de 398 operadoras ativas, teve um aumento de mais de 1,75 milhão de beneficiários, passando de 22,29 milhões em setembro de 2017 para 24,05 milhões em 2018. O dado foi divulgado hoje (5) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em relação a agosto deste ano, o aumento foi de 1,02%.

Já o setor de saúde suplementar registrou, em setembro deste ano, 47,34 milhões de beneficiários nos planos de assistência médica, para 754 operadoras ativas, mostrando estabilidade em relação a igual mês do ano passado (47,23 milhões). Em comparação ao mês imediatamente anterior, a variação foi 0,21%.

Disponíveis na Sala de Situação, no portal da ANS, os dados apontam crescimento no número de beneficiários em planos de assistência médica, em números absolutos, em 17 estados brasileiros, no período de um ano (Amapá, Bahia, Espírito Santo, Maranhão, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Tocantins, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Distrito Federal).

Durante o mês de setembro, a ANS recebeu 20.504 demandas por informações de consumidores de planos de assistência médica e 8.457 reclamações, a maioria (6.007) referente à cobertura dos planos. Os beneficiários de planos coletivos de assistência médica e exclusivamente odontológicos predominaram em setembro, com total de 38.087.203 e 19.881.071, respectivamente.

Esses dados podem sofrer modificações retroativas em função de revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras, alertou a ANS.

### Recuperação

O diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, destacou o aumento de 0,9% nos planos empresariais médico-hospitalares. "Foram 260 mil beneficiários novos nos planos empresariais. Esse é um dado interessante porque mostra leve recuperação da atividade econômica".

Segundo Cechin, esse número deverá se elevar diante do cenário que "se descortina" no país, que, em sua avaliação, tem boa chance de ter uma recuperação da atividade, particularmente da industrial e, com isso, aumentar o número de planos coletivos empresariais.

O diretor executivo da FenaSaúde disse que houve uma pequena perda nos planos coletivos médico-hospitalares por adesão (de 6,44 milhões em setembro de 2017 para 6,42 milhões, em setembro de 2018) e também nos planos individuais (de 9,24 milhões para 9,10 milhões, na mesma comparação). Já os planos odontológicos estão em alta.

Cechin explicou que são planos, em geral, com valor de mensalidade médio mais baixo e constituem um instrumento utilizado, em geral, por pequenas e médias empresas para atrair colaboradores e aumentar a satisfação do quadro de funcionários. "Nos odontológicos, não tem havido redução. O crescimento tem continuado e deverá continuar assim".

Cechin disse que nos planos médico-hospitalares, a FenaSaúde espera uma recuperação mais rápida do que vem ocorrendo. Para ele, a eleição do novo presidente da República, Jair Bolsonaro, traz expectativas positivas. "Pelo menos, parte das incertezas foi eliminada com a definição clara do novo presidente".

## CRISE FISCAL E FALTA DE INVESTIMENTOS PREJUDICAM O AVANÇO DA SAÚDE

FenaSaúde –05/11/2018

### Especialistas avaliam o impacto do cenário econômico do país para o setor durante o 4º Fórum da Saúde Suplementar

A eficácia e o equilíbrio da área da saúde no país dependem de bons índices econômicos. Uma real mudança nos dois setores, entretanto, só acontecerá com uma conversa franca entre as duas partes. A avaliação foi feita pelo diretor-presidente do Insper, Marcos Lisboa, durante o painel "Economia e saúde no cenário brasileiro" do 4º Fórum da Saúde Suplementar, promovido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no Rio, nos últimos dias 22 e 23.

A edição do evento deste ano teve como título "O desafio da eficiência em Saúde: um debate inclusivo" e reuniu ministros, autoridades, representantes e especialistas do setor. Eles levaram ao público considerações sobre temáticas do segmento, como dilemas da assistência à saúde no mundo; a economia e a saúde no cenário

nacional; o crescimento dos custos no setor e a importância da disseminação de informações.

Lisboa falou sobre vários temas, como crise fiscal, envelhecimento da população, desperdício, falta de investimentos em infraestrutura, aposentadorias precoces e subsídios ao setor privado.

- Sem diálogo não tem caminho possível. Precisamos disto para fazer a transição de uma situação de crise para um cenário positivo - afirmou.

Durante o painel "Crescimento dos custos em saúde", representantes de operadoras, hospitais, consumidores e poder público tiveram vários pontos de convergência ao apontar os principais fatores que causam o aumento no valor dos planos de saúde, entre eles estão a utilização em excesso dos serviços de saúde, desperdícios e fraudes, gastos elevados com novas tecnologias, ineficácia do Sistema Único de Saúde (SUS) e o rápido envelhecimento da população.

Convidado a falar sobre "O momento institucional brasileiro" o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso destacou pontos positivos dos últimos trinta anos, como a estabilidade institucional e monetária e a redução da pobreza. Ao mesmo tempo, destacou o que chamou de "pontos baixos", como a "corrupção estrutural, endêmica e sistêmica", o sistema político "que



reprime o bem e potencializa o mal” e o crescimento da violência. Barroso traçou uma visão otimista do futuro:

- A sociedade já se transformou e quer um país melhor. Não estamos decadentes. Estamos mais exigentes - resumiu.

### Tecnologia na medicina

Mapeamento genético que indica todos os tipos de doenças que podem afetar uma pessoa ao longo da vida, aplicativos contendo exames médicos e histórico de saúde e até eletrocardiogramas realizados por meio de relógios. As inovações tecnológicas a serviço da medicina são tantas e tão rápidas que os próprios médicos e

especialistas precisam de fôlego para se adaptarem e, muitas vezes, encontrarem formas de utilizar as novidades em benefício dos pacientes.

Líder do ThinkLab na IBM Brasil e professor de Inovação na Pós-Graduação da ESPM, Henrique Von Atzingen do Amaral falou sobre este tema no painel “O Futuro da Informação”. Ele apresentou várias inovações como o mapa genético da empresa 23andMe, que pode prever a propensão do paciente a determinada doença, e o programa Personality Insights capaz de realizar, por meio da inteligência artificial, uma análise completa da personalidade de um indivíduo baseada em seus posts.

## PLANO DE SAÚDE DEVE FORNECER HOME CARE MESMO SEM PREVISÃO EM CONTRATO, DIZ TJ-RJ

Consultor Jurídico –04/11/2018

A finalidade básica do contrato de assistência médica é garantir atendimento e manutenção da saúde do consumidor. Se para isso for necessário o *home care* (tratamento em casa), a empresa terá que fornecer o serviço, mesmo que não esteja previsto no contrato.

Esse é o entendimento da 20ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, que reformou decisão de primeira instância e obrigou um plano de saúde a fornecer o *home care* a uma segurada idosa e gravemente doente.

O relator, desembargador Alcides da Fonseca Neto, afirma na decisão que as cláusulas no contrato de plano de saúde devem ser interpretadas favoravelmente ao consumidor, de modo a lhe garantir o pleno e integral acesso à saúde.

“Não há como a operadora de plano de saúde livrar-se de tal obrigação, ainda que não exista previsão contratual ou negociação entre as partes”, afirma Fonseca Neto. A multa em caso de descumprimento foi estipulada em R\$ 20 mil.

Clique [aqui](#) para ler a decisão.

## MODELOS DE AVALIAÇÃO PREDITIVA NA SAÚDE

SaúdeBusiness –01/11/2018

Você já ouviu falar em modelos de avaliação preditiva na área da saúde? Avaliação preditiva na área da saúde é um conjunto de técnicas estatísticas para ajudar no planejamento de modelos de gestão em saúde a serem utilizados. Estas técnicas não substituem o pensamento humano, mas definitivamente, levam as pessoas a tomarem melhores decisões por diminuírem o risco de duplicar ou ocultar informações relevantes e ajudarem a manter uma linha de raciocínio lógico, esclarecendo as possíveis dúvidas no processo.

Os modelos preditivos são desenvolvidos através de técnicas de análises avançadas. Essas análises são capazes de fornecer cálculos e algoritmos para avaliações mais complexas de dados, que permitem verificar profundamente que está acontecendo. Essa habilidade de utilizar dados, análises e raciocínio sistemático para conduzir a um planejamento mais produtivo e eficaz recebe o nome de “analytics”. Existem vários tipos de análises que compõem o termo “analytics”: Modelagem Estatística, Previsão (Forecasting), Data Mining, Delineamento de Experimentos, entre outras.

As análises mais avançadas incluem modelos sofisticados de estatística como o Machine Learning, Otimização, Redes Neurais, Análises Comportamentais e outras técnicas sofisticadas de Data Mining. Atualmente, uma das práticas mais utilizadas é a Big Data. Esta prática é feita através técnicas de mineração de dados aplicadas em um grande volume de dados para identificar padrões e, deste modo, gerar novas informações.

Essas ferramentas foram construídas para ir além da estatística e relatórios, fornecendo uma avaliação mais precisa a respeito do que vai acontecer. Assim, elas possibilitam a geração de novos insights

que levam a uma tomada de decisão mais efetiva. A facilidade desses modelos de análise preditiva está na utilização de resultados já conhecidos para desenvolvimento de um modelo para ser usado na antecipação de novos valores.

Dentro da área da saúde, os modelos preditivos permitem a identificação de padrões existentes, incluindo variáveis demográficas e comportamentais dos pacientes. Esses modelos resultantes identificam, além de segmentos de uma população de pacientes que são possíveis candidatos de alto custo, os fatores que levam os pacientes a terem o perfil de custo elevado. Por meio de modelos de análise preditiva, ainda é possível realizar previsões de taxas de internação, probabilidade de infecções e doenças, assim como, predição de potenciais pacientes para programas de saúde e bem-estar.

Desta maneira, é possível diminuir custos nos sistemas públicos e privados de saúde, além da ocorrência de doenças, ao invés de focar somente no diagnóstico e na causa, quando a patologia já está presente. Além disso, essas tecnologias de análise preditiva aumentam a precisão dos diagnósticos, auxiliam na medicina preventiva e na saúde pública, já que é humanamente impossível analisar os milhões de documentos e estudos médicos existentes. Isso faz com que muito tempo seja economizado por meio do cruzamento desta gigantesca quantidade de dados, o que economiza, inclusive, recursos que poderiam ser gastos no atendimento médico.

Por mais que esta revolução tecnológica tenha modificado o paradigma de saúde, a aprendizagem dos sistemas de saúde exige não apenas a compilação e armazenamento dos dados, como também ciclos de feedback de conhecimento e práticas de mudança.

Essas práticas dependem, acima de tudo, do gerenciamento e da aplicação das novas formas de conhecimento. Para que as empresas e serviços de saúde cresçam e aproveitem as novas oportunidades,

elas precisarão estimular o desenvolvimento de talentos e pensar a força de trabalho de maneira estratégica.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento de novas tecnologias possibilita a inovação em saúde, uma vez que a tecnologia digital promete revolucionar tanto em termos de gestão, como na maneira em que o tratamento e a prevenção de doenças vêm sendo geridos.

Além disso, a tecnologia tem sido desenvolvida para que cada vez mais o paciente seja capaz de entender e gerenciar a sua própria saúde de forma autônoma, como por exemplo através do uso de wearables e aplicativos de saúde. Além disso, o uso dessas ferramentas possibilitará a geração de mais informações e dados que, por sua vez, prevenirão novas e mais invasivas interações e, consequentemente, custos para o sistema de saúde no futuro.

## **VALOR ECONÔMICO TRAZ PANORAMA DO 4º FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

FenaSaúde –01/11/2018

O evento ocorreu nos dias 22 e 23 de outubro

Na edição desta quarta-feira, o jornal Valor Econômico destacou os principais assuntos debatidos no 4º Fórum de Saúde Suplementar. Temas como desperdícios e fraudes, e o fortalecimento dos planos de saúde em uma entrevista com a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes. Além da palestra realizada pelo Ministro do STF, Luís Roberto Barroso.

[>> Clique aqui e confira o resumo do 4º Fórum no Jornal Valor Econômico](#)

## **4º FÓRUM DA SAÚDE SUPLEMENTAR É DESTAQUE NO JORNAL O GLOBO**

FenaSaúde –01/11/2018

O evento discutiu dilemas e custos da saúde no Brasil e no mundo

O 4º Fórum de Saúde Suplementar, que aconteceu nos dias 22 e 23 de outubro, no Rio de Janeiro, foi destaque no jornal O Globo com 4 reportagens especiais. O evento, que promoveu um debate amplo e inclusivo de temas cruciais para o desenvolvimento e sustentabilidade do setor de Saúde Suplementar, contou com a presença de palestrantes internacionais, personalidades importantes do mercado e dos ministros do STF, da Justiça e da Saúde.

[>> Clique abaixo e confira o resumo do 4º Fórum no Jornal Globo.](#)

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRIVILEGIA O CUIDADO AMPLO DO PACIENTE**

O Globo –01/11/2018

Modelo que prevê a figura do médico de família é defendido durante o 4º Fórum da Saúde Suplementar

Tema relevante e em evidência no setor da saúde privada, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi discutida durante o 4º Fórum da Saúde Suplementar, promovido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), no Rio, nos últimos dias 22 e 23. A edição deste ano teve como título 'O desafio da eficiência em Saúde: um debate inclusivo' e reuniu ministros, autoridades, representantes e especialistas do setor. Eles levaram ao público considerações sobre temáticas do segmento, como dilemas da assistência à saúde no mundo; a economia e a saúde no cenário nacional; o crescimento dos custos no setor e a importância da disseminação de informações.

No painel 'Como fortalecer a Atenção Primária à Saúde nos planos de saúde', o vice-presidente sênior da UnitedHealth Group, Lewis Sandy, mostrou a experiência norte-americana e disse que o modelo no Brasil está num estágio semelhante ao dos Estados Unidos na década de 1970, mas com a vantagem de agora a tecnologia estar mais evoluída.

O executivo frisou que, a exemplo do que ocorreu em seu país, é preciso criar a cultura da atenção primária entre a população, uma vez que percebe que os brasileiros buscam primeiro um pronto-socorro, mesmo sem necessidade:

– Aqui, as pessoas estão acostumadas a priorizar o modelo fragmentado e não a terem acompanhamento de um médico generalista – disse.

O diretor executivo e CEO do The Permanente Medical Group, o maior grupo médico dos Estados Unidos, e professor de medicina e administração em saúde da Universidade de Stanford, Robert Pearl, discorreu sobre os desafios mundiais da área da saúde, na palestra magna "Os dilemas da assistência à saúde no mundo". Defendeu que é preciso haver integração entre hospitais e médicos, com o uso de tecnologia nos prontuários. Assim o médico pode ter mais informação sobre o paciente e acesso aos diagnósticos anteriores, ou entrar em contato com um especialista para solucionar o caso.

– Muitos têm computadores nos escritórios, mas não se conectam – afirmou.

### **Cenário econômico**

A eficácia e o equilíbrio da área da saúde no país dependem de bons índices econômicos. Uma real mudança nos dois setores, entretanto, só acontecerá com uma conversa franca entre as duas partes. A avaliação foi feita pelo diretor-presidente do Insper, Marcos Lisboa, durante o painel "Economia e saúde no cenário brasileiro".

Lisboa falou sobre vários temas, como crise fiscal, envelhecimento da população, desperdício, falta de investimentos em infraestrutura, aposentadorias precoces e subsídios ao setor privado.

– Sem diálogo não tem caminho possível. Precisamos disto para fazer a transição de uma situação de crise para um cenário positivo – afirmou.

Ele fez um amplo panorama dos desafios do Brasil nos próximos anos, ressaltando o grave problema fiscal, a necessidade urgente da reforma previdenciária, além da acentuada crise dos governos federal, estaduais e municipais.

O ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso destacou o desafio do setor de garantir, ao mesmo tempo, o bom atendimento aos usuários e a sustentabilidade financeira das operadoras. Esse esforço, lembrou, acontece em um cenário de perda do poder aquisitivo da população nos últimos anos e também de um Sistema Único de Saúde (SUS) com grandes deficiências.

### **Tecnologia na medicina**

Mapeamento genético que indica todos os tipos de doenças que podem afetar uma pessoa ao longo da vida, aplicativos contendo exames médicos e histórico de saúde e até eletrocardiogramas realizados por meio de relógios. As inovações tecnológicas a serviço da medicina são tantas e tão rápidas que os próprios médicos e especialistas precisam de fôlego para se adaptarem e, muitas vezes, encontram formas de utilizar as novidades em benefício dos pacientes.

Líder do ThinkLab na IBM Brasil e professor de Inovação na Pós-Graduação da ESPM, Henrique Von Atzingen do Amaral falou sobre este tema no painel "O Futuro da Informação". Ele apresentou várias inovações como o mapa genético da empresa 23andMe, que pode prever a propensão do paciente a determinada doença, e o programa Personality Insights capaz de realizar, por meio da inteligência artificial, uma análise completa da personalidade de um indivíduo baseada em seus posts.

Durante o evento, a FenaSaúde lançou uma cartilha com 11 propostas para enfrentar os desafios da saúde suplementar em 2019. Veja quais são elas:

#### **1 - Atenção Primária à Saúde (APS) e rede hierarquizada**

Contribuirá para melhorar a eficiência e qualidade da assistência, além de racionalizar a utilização dos recursos

#### **2 - Regulação dos prestadores e fornecedores**

Definição de regras de prestação de informações financeiras, transparência, padrões de atendimento e qualidade assistencial

#### **3 - Novas regras de precificação e reajuste**

Modelo baseado em teto-de-preço, com a possibilidade de exceção baseada em avaliação técnica, considerando-se critérios financeiros e atuariais

#### **4 - Mudança de regras para a incorporação de novas tecnologias**

É preciso considerar a eficácia, custo-efetividade e capacidade orçamentária da população, bem como a disponibilidade

#### **5 - Combate às fraudes - tipificação de crimes**

Operadoras devem ter o direito de negar cobertura ou cancelar contratos em casos comprovados de fraude e o fraudador deve ser responsabilizado

#### **6 - Mudança do modelo de remuneração**

Novos formatos devem garantir o equilíbrio das contas, a retomada do crescimento e a melhoria da qualidade da assistência

#### **7 - Análise de impacto regulatório (AIR) e de revisões sistemáticas de regras (Ex-Post)**

Metodologia avaliará o custo-benefício da regra regulatória, com vistas a garantir uma decisão a partir da melhor informação disponível

#### **8 - Fortalecimento do Conselho de Saúde Suplementar (Consu)**

Órgão integrante do Ministério da Saúde tem entre suas funções estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar

#### **9 - Admissão de hospitais públicos na rede credenciada – aumento da eficiência da rede assistencial**

Medida trará eficiência no uso dos recursos e da infraestrutura, por meio do compartilhamento de instalações para uso do SUS e da saúde suplementar

#### **10 - Novos produtos de previdência e poupança vinculados à saúde**

Plano previdenciário estruturado em regime de capitalização ou criação de uma poupança para o financiamento de despesas futuras do beneficiário

#### **11 - Mecanismos financeiros de regulação – coparticipação e franquia**

Promovem a inibição da utilização desnecessária e reduzem a alocação ineficiente dos recursos do mercado

## **ÓRGÃOS DE DEFESA DO CONSUMIDOR DISCUTEM NOVO CÁLCULO DE REAJUSTE COM A ANS**

Idec –31/10/2018

**Idec, Proteste e Procon-SP se reuniram com servidores da ANS para discutir proposta de nova metodologia de reajuste para planos de saúde individuais; decisão deve afetar cerca de 9 milhões de usuários**

O Idec participou de reunião promovida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com órgãos e entidades de defesa do consumidor para discutir a nova proposta de cálculo do reajuste dos planos individuais e familiares. O encontro aconteceu na última terça (30), na sede do Procon-SP.

Segundo a agência, a nova metodologia utilizada no reajuste deixaria de se basear na média de reajustes aplicada pelos planos coletivos e passaria a refletir mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais.

A proposta é combinar a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Dessa forma, a VDA estaria baseada em uma média da variação dos custos médico-hospitalares e, portanto, refletiria diretamente sobre despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incidiria sobre as despesas administrativas. O novo cálculo foi questionado pelas entidades presentes.

Participaram da reunião a pesquisadora em Saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete e o advogado Igor Britto, que apontaram algumas fragilidades da nova metodologia. "O Idec destacou a necessidade de que os dados, além de auditados, sejam fiscalizados pela ANS caso esta identifique irregularidades e valores abusivos. Se verificada alguma anormalidade na avaliação da VDA, é preciso que a Agência

faça alguma coisa efetivamente na operadora, e não apenas exclua a informação do cálculo”, analisa Ana Carolina.

A ANS também foi questionada pela pesquisadora sobre o medidor de eficiência utilizado no cálculo, que se baseia na média das despesas com médicos, exames, procedimentos, entre outros. A recomendação do Idec é que a reguladora leve em consideração os lucros das empresas como fator de eficiência.

Além disso, para que o consumidor tenha dimensão do impacto da nova proposta, recomenda-se que sejam feitas comparações entre o cenário atual e o cenário proposto pela reguladora. Sem as simulações, não é possível mensurar se a nova metodologia produzirá reajustes mais elevados ou mais baixos do que os praticados, afetando diretamente o consumidor.

Já os planos coletivos de saúde, que representam a maioria dos planos contratados no mercado, não foram discutidos na última reunião. No entanto, a ANS também foi alertada sobre a importância de debater novas formas de regulamentação dos coletivos e sobre o cancelamento dos contratos.

No início do ano, o Tribunal de Contas da União (TCU) identificou problemas no cálculo de reajuste do plano pela ANS. Com base nessas informações, o Idec ajuizou uma ação civil pública pedindo que a metodologia fosse substituída, bem como que usuários fossem ressarcidos de eventuais pagamentos em duplicidade.

O assunto ainda será debatido em audiência pública a ser realizada em 13 de novembro, oportunidade em que serão colhidas sugestões de toda a sociedade.

---

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

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

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

Milliman

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

Tel.: +55 21 22106313

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