

14 de Novembro de 2017

PLANO DE SAÚDE

O Globo –14/11/2017

Assistência ao usuário, agendamento on-line e ferramentas para facilitar o cotidiano são as apostas do setor

RIO - A Amil se tornou a preferida dos cariocas na categoria Plano de Saúde, num ranking em que as três primeiras empresas nasceram no Rio. A operadora tem 460 mil beneficiários na cidade, 62% do seu total no Estado. O principal foco da Amil tem sido a assistência aos usuários, com o desenvolvimento de unidades batizadas como Clube Vida de Saúde.

— São unidades ambulatoriais voltadas para a saúde primária. Já temos sete no Estado, sendo quatro na capital: Tijuca, Campo Grande, Méier e Jacarepaguá. Todas funcionam com sistema de médico de família e uma equipe que atende o paciente, encaminha, dá orientações sobre prevenção de doenças — explica Sergio Ricardo, presidente da Amil Seguros.

Na rede de hospitais, a Amil abriu o novo serviço de emergência do Pan-Americano, na Tijuca. No início de 2018, o Hospital de Clínicas

de Jacarepaguá ganhará mais 24 leitos para internação e, em julho, uma unidade cardiointensiva com 136 leitos. A operadora mantém ainda programas como o de combate à obesidade infantil e é patrocinadora do Museu de Arte do Rio.

O Bradesco Saúde, por sua vez, com 750 mil segurados no Rio, ampliou seus investimentos em tecnologia. Criou, por exemplo, o programa Meu Doutor, que permite ao beneficiário solicitar agendamento de consultas on-line. Outra novidade é a opção de verificar os pedidos de orientação prévia em caso de procedimentos médico-hospitalares e internações, que podem ser acompanhados pelo site ou pelo aplicativo da operadora, explica Manoel Peres, diretor-geral da Bradesco Saúde.

É nessa direção que segue também a SulAmérica, que faz parte do top 3 do ranking e afirma buscar oferecer melhor qualidade de vida e atuar na prevenção de doenças.

No início deste ano, a companhia criou uma nova funcionalidade em seu aplicativo que permite pedir reembolso de consultas no valor de até R\$ 1.000. A ferramenta identifica recibos por meio de foto e encaminha o pedido com agilidade para análise.

SECRETÁRIA DE TEMER CRITICA PROPOSTA DE REAJUSTE A PLANO DE SAÚDE DE IDOSO

Folha de S. Paulo –11/11/2017

Primeira a ocupar o cargo de secretária nacional de promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, a médica Maria Socorro Medeiros de Moraes afirmou à Folha que a proposta que prevê reajuste dos planos de saúde após os 60 anos de idade pode "rasgar" o Estatuto do Idoso.

Um relatório com essa e outras medidas que visam mudar a lei dos planos de saúde está previsto para ser votado em comissão especial na Câmara dos Deputados até o final deste mês. "No dia em que assumi a secretaria, jurei fidelidade ao Estatuto do Idoso. Me parece que, com essa reforma, começamos a rasgar esse estatuto, e isso é sério, porque ele é a maior outorga de direitos da pessoa idosa no Brasil", afirmou Maria Socorro, que assumiu a secretaria criada em outubro dentro do Ministério dos Direitos Humanos.

Atualmente, há dois tipos de reajuste de planos de saúde: um anual, que ocorre pela variação nos custos do período, e outro por faixa etária. O Estatuto do Idoso, porém, veta desde 2004 esta última elevação (relacionada à idade dos usuários) a partir dos 60 anos -há 6,2 milhões de clientes de planos acima dessa idade no país.

O documento afirma que "é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade".

REAJUSTE APLICADO

No entanto, proposta do deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), relator do caso na Câmara, prevê que seja acrescentado ao trecho a permissão à "aplicação parcelada do reajuste da última faixa etária após os sessenta anos".

Assim, o reajuste aplicado aos 59 anos poderia ser estendido para os anos seguintes. Para especialistas, porém, a medida representa novo aval ao aumento para o idoso. Questionada, a secretária hesitou inicialmente em comentar a proposta. "Tenho opinião como médica, mas aqui sou governo", disse à Folha.

Para ela, no entanto, a posição de várias entidades contra a medida mostra que a alteração pode representar "realmente um engodo". "Entidades que representam as pessoas idosas e Procons são contra. Algo está fora de ordem", completa a secretária nacional, que pesquisa a área de envelhecimento há 12 anos.

ASSISTÊNCIA

Para ela, o ideal seria investir em melhorias de assistência ao idoso na rede de saúde, com incentivo à promoção do envelhecimento saudável, o que ajudaria a reduzir custos do sistema. Planos de saúde também devem criar políticas próprias nesse sentido, diz.

"A maioria das pessoas idosas têm comorbidades, e isso sobrecarrega a renda, em um momento em que já passam a ganhar menos. É preciso se pensar numa política pública que garanta essa assistência dentro do escopo da atenção básica e que os planos de saúde encontrem um caminho. Que saúde é um produto caro, isso não resta dúvida. Mas precisamos investir em tecnologias e na atenção básica", diz.

Ela cita estudos que mostram que o percentual de usuários com planos de saúde tende a cair de forma expressiva após os 60 anos. "Isso é um sintoma de que não estão conseguindo pagar", afirma.

A declaração sobre os riscos ao Estatuto do Idoso difere do [ministro da Saúde](#), Ricardo Barros, para o qual os planos assumem "um risco muito antecipado para uma coisa incerta" ao não poderem reajustar a mensalidade dos usuários após os 60 anos.

"É um tema que deve ser enfrentado", afirmou em entrevista à Folha publicada na última quarta-feira (8). "Se queremos que o setor de saúde suplementar continue cooperando com o SUS e atendendo vidas que se autofinanciam no atendimento de saúde, é preciso que esse sistema se sustente", disse o ministro.

NOVA LEI ALTERA PRD

ANS –10/11/2017

Com a publicação da Lei nº 13.494/17, que aborda o Programa de Regularização de Débitos Não Tributários (PRD), alguns pontos da Medida Provisória nº 780, de 19/05/2017, foram alterados. Com isso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a [Resolução Normativa \(RN\) nº 429](#) para adequar a RN nº 425 às alterações.

A Resolução, que será publicada no Diário Oficial da União de segunda-feira (13/11), traz como anexo novos formulários de requerimento.

A adesão ao PRD possibilita o parcelamento dos débitos referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), multas e outros débitos não tributários existentes perante a ANS com vencimento até 25/10/2017, conforme nova redação dada pela Lei 13.494.

ATENÇÃO: o prazo de adesão ao PRD não foi alterado com a conversão da medida provisória nº 780/2017 e se encerra no dia 17/11/2017 (sexta-feira).

[Clique aqui e confira o passo a passo.](#)

QUALIDADE DE DADOS É DETERMINANTE PARA UMA BOA GESTÃO

SaúdeBusiness –09/11/2017

"Sem informação a gente não consegue fazer a gestão". A assertiva do superintendente de TI do Grupo Santa Celina, Eduardo Ângelo, deu o tom do painel "Analytics na Construção de Negócios Sólidos", no HIS 2017, que discutiu as vantagens dos analytics no sistema de gestão de saúde e as dificuldades para a manutenção de um banco de dados eficiente. "Ter só a ferramenta não resolve os problemas da empresa. É importante entender para que serve a informação que você tem", afirmou Ângelo.

Luz Guimarães, superintendente de TI do Hospital Unimed Volta Redonda (RJ), disse que a qualidade e disponibilidade do dado é uma parte importante do processo. "Temos que ter a consciência de saber o que fazer com a informação que temos disponível. Temos informações vindas de todos os lados, então a questão é como armazená-las no mesmo lugar e como conseguir extrair aquela que é realmente útil", afirmou.

Na mesma linha de argumentação, a CIO da BP- Beneficência Portuguesa de São Paulo, Lillian Hoffman, lembrou que os hospitais em geral já possuem a melhor base, que é o prontuário eletrônico, mas seu uso ainda não é feito de maneira ideal. "Nosso desafio é olhar para a massa de dados e extrair informações dela", relatou.

Já para Klaiton Simão, CIO do Hospital São Camilo, as instituições só privilegiam a qualidade dos dados quando isso pode se transformar em benefício econômico, quando essa qualidade deveria ser pré-requisito. De acordo com ele, há uma certa resistência interna na atualização e inovação de layouts de softwares, por exemplo. "Internamente, há a necessidade da mudança do software. Hoje, a gente tenta reproduzir no mundo digital, o real, de modo que o médico não estranhe demais quando se depara com ele. Não dá pra entender porque não há uma mudança de acesso, pois já há tecnologia para isso".

Ricardo Orlando, CIO da DASA, maior rede de laboratórios da América Latina, contou que a empresa passou recentemente por uma reestruturação importante em seus sistemas. "É importante ver o que há disponível no mercado para criar arquiteturas sistêmicas apropriadas, além de ouvir o profissional da saúde, que tem de dizer o que falta no dia a dia."

MUDANÇA NOS PLANOS DE SAÚDE PODE AFETAR SEU BOLSO

Gazeta do Povo –09/11/2017

Projeto que tramita na Câmara é polêmico por inibir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e diminuir as multas para as operadoras de saúde

Do ponto de vista das empresas de planos de saúde, as propostas em tramitação na Câmara são boas para o consumidor. Por exemplo: parcelar o amargo reajuste do plano de saúde quando o beneficiário chega aos 59 anos, que em alguns casos pode ultrapassar a marca de 80%. Na visão das entidades de defesa do consumidor, por outro lado, a medida não impede a prática abusiva de preços nos anos seguintes, ferindo o Estatuto do Idoso, sancionado em 2004.

Esta e outras iniciativas polêmicas fazem parte de um conjunto de mais de 140 projetos de lei, que tramitam juntos em regime de urgência, que pretende alterar itens da Lei 9.656/1998, mais conhecida como a lei dos planos de saúde. A matéria iria ser votada nesta quarta-feira (8), mas foi adiada para 29 de novembro. Em junho, 15 órgãos de defesa do consumidor – incluindo ProconsBrasil, Intituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), entre outras – publicaram um manifesto contra a iniciativa parlamentar.

Além da falta de segurança com o parcelamento do reajuste após os 60 anos, e a possibilidade de encarecimento para os idosos a médio e longo prazo (os planos têm hoje um teto máximo), as entidades alertam, entre outras preocupações, para o perigo da retirada da responsabilidade solidária das operadoras em caso de erros médicos, o que contraria o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Pelos artigos 10-C e 35-G da proposta, as operadoras teriam a responsabilidade de reparar lesões apenas quando não for responsabilidade do médico e seriam isentas em outras situações – hoje, como fornecedoras de serviços, elas são citadas como responsáveis em processos judiciais.

Sem fiscalização

Ao mesmo tempo, as entidades criticam a falta de regulamentação da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) dos preços cobrados nos contratos empresariais. Afirmam também que o texto final, relatado pelo deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), vai "liberar totalmente o reajuste dos planos individuais, que hoje obedece ao teto anual já acima da inflação".

"Impedir que o preço das mensalidades seja regulado pela ANS é uma excrescência, as agências regulamentares surgiram na década de 1990, como acontece em outros países, para evitar excessos de um mercado não regulado", explica o especialista em Direito do Consumidor, o advogado Vinícius Zwarg. Por outro lado, reduzir a utilização do CDC a apenas algumas circunstâncias aumentaria as ações na Justiça e seria um retrocesso. "É óbvio que a relação entre os planos de saúde e os consumidores na ponta é uma relação de consumo que se aplica o CDC", reforça.

Outros itens criticados são os que dão mais liberdade para as empresas negarem a cobertura de alguns procedimentos, como a criação de planos populares, sem a obrigação de uma cobertura mínima obrigatória, proposta defendida pelo ministro da Saúde Ricardo Barros. "Hoje, a negativa de cobertura é o maior problema dos planos de saúde", afirmou Ana Carolina Navarrete, pesquisadora de saúde e representante do Idec, em audiência pública realizada na Câmara. Ela apontou ainda, entre outros problemas, que as operadoras de saúde demoram em aprovar

solicitações, mantêm índices de coparticipação elevados e dificultam a migração de planos.

Dados apresentados, também em audiência pública na Câmara, mostraram que as ações na Justiça contra as operadoras de plano de saúde têm crescido, com mais de 90% de decisões favoráveis para o usuário, sendo que cerca de 40% delas referiam-se à exclusão de coberturas. Quem apresentou os números foi o médico Mário Scheffer, professor do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, e coordenador do estudo do Observatório de Judicialização da Saúde Suplementar. Já a ANS apresentou que 70% das queixas no órgão também se referem à falta de cobertura.

Multa menor e mais um médico para aprovar um procedimento

O relatório do deputado Marinho defende ainda uma multa menor para as operadoras em caso de negativa de atendimento ou de descumprimento de prazos para a prestação de serviços. Atualmente, a multa mínima é de R\$ 5 mil, de acordo com o artigo 27º da lei 9.656/1998, e a máxima de R\$ 1 milhão. Na proposta parlamentar, o mínimo desaparece e é incluída uma graduação para as multas. Por exemplo, a negativa injustificada de um procedimento ou produto não poderá superar em dez vezes o seu valor. Nesse sentido, se um procedimento custa R\$ 100, a multa não poderia superar R\$ 1.000.

Em defesa das operadoras, órgãos como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) participaram das audiências públicas na Câmara para mostrar as dificuldades das empresas e a necessidade de planos mais rendosos e menores gastos com infrações. Em 2016, o faturamento do setor foi de R\$ 158,3 bilhões, 12,8% maior em relação ao ano de 2015, mas, ao mesmo tempo, os custos cresceram 14,4%. A ANS acrescentou, no entanto, que o lucro de R\$ 6,2 bilhões de 2016 é 70,6% maior se comparado a 2015.

José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, mostrou as diferenças de índices entre 2007 e 2016 para a inflação, reajuste da ANS, despesa assistencial por pessoa e a variação do custo médico-hospitalar. Segundo ele, se não forem criados planos mais acessíveis e flexíveis, houver menos judicialização e uma comissão técnica para auxiliar os juízes – que estariam privilegiando os usuários em detrimento das empresas –, todo o sistema de planos de saúde não vai se sustentar no futuro, o que prejudicará a sociedade.

A proposta da criação de um núcleo de apoio técnico aos juízes, prevista no artigo 35-N, em casos em que o usuário pleiteia um procedimento na Justiça, também é criticada por especialistas. "Esperar uma segunda opinião pode levar a uma situação de risco para o paciente", lembra Vinícius Zwarg.

Pontos polêmicos da proposta

Proibir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor

Mudanças nos artigos 10-C e o 35-G podem impedir a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, tirando a responsabilidade solidária das empresas em alguns casos. Os textos prevêm ainda que as operadoras não sejam obrigadas a fazer procedimentos não previstos na lista inicial da ANS, no momento do contrato. Acontece que esse rol é atualizado constantemente e o dispositivo poderia impedir a cobertura de tratamentos imprescindíveis.

Reajuste parcelado após 59 anos

O Estatuto do Idoso impede aumento nos planos de saúde após os 60 anos e, por isso, quando o usuário completa 59 anos o reajuste tende a ser elevado, mas não pode ultrapassar o limite de seis

vezes o valor pago pela primeira faixa etária (0 a 18 anos). Caso a nova lei seja aprovada, esses reajustes podem ser parcelados nos anos seguintes a cada cinco anos. Por exemplo, se o aumento previsto é de 80%, o plano aumentaria 20% em quatro parcelas, quando a pessoa chegar a 59 anos, 64 anos, 69 anos e 74 anos. O medo das entidades de defesa do consumidor é que ao longo desses anos o idoso sofra reajustes abusivos.

Obrigações de vender planos individuais

Os planos coletivos são mais vantajosos para as operadoras, pois não têm limites de reajuste e podem ser cancelados de forma unilateral. Por isso, muitas empresas deixaram de oferecer planos individuais ou familiares. Esse é um ponto elogiado da proposta, já que traz mais segurança jurídica e contra preços abusivos ao usuário. O perigo aqui é garantir que a ANS continue a regulamentar os preços, o que não ocorre hoje com os planos empresariais.

Criação de apoio técnico para os juízes

O texto prevê a criação de núcleos de apoio técnico para os juízes para auxiliar nas decisões. A ideia não é nova e é incentivada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A preocupação aqui é que

esses núcleos sejam isentos (não vinculados a empresas) e não tardem a tomar decisões de forma a colocar em risco a vida dos pacientes.

Multa menor para as empresas

Hoje, a multa mínima para as empresas quando houver descumprimento de suas funções é de R\$ 5 mil, de acordo com o artigo 27º da lei 9.656/1998, e a máxima de R\$ 1 milhão. Na proposta parlamentar, o mínimo desaparece e é incluída uma graduação para as multas. Por exemplo, a negativa injustificada de um procedimento ou produto não poderá superar em dez vezes o seu valor. Nesse sentido, se um procedimento custa R\$ 100, a multa não poderia superar R\$ 1.000.

Planos de saúde populares e segmentação

A proposta parlamentar cria planos de saúde populares, com cobertura restrita. Além disso, prevêem que os limites colocados no contrato de procedimentos, tratamentos, etc., devem ser respeitados. Na avaliação das entidades, isso não ajudará pessoas a contratar planos de saúde e poderá eximir de culpa as empresas quando não cumprirem o que está previsto em lei.

COMISSÃO ESPECIAL ADIA PARA O DIA 29 A ANÁLISE DE PARECER SOBRE MUDANÇAS EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –08/11/2017

Os deputados pediram mais tempo para analisar e discutir as mudanças previstas no substitutivo do relator, deputado Rogério Marinho, que analisou mais de 150 propostas

A Comissão Especial dos Planos de Saúde adiou para o dia 29 deste mês a análise da proposta que modifica diversos aspectos da legislação sobre planos de saúde suplementar no País (Lei nº 9.656/98). O começo da discussão do substitutivo (Projeto de Lei 7419/06 e apensados) estava previsto para esta quarta-feira (8).

O adiamento por três semanas foi anunciado após deputados do colegiado terem se reunido ontem, terça-feira (7), com o relator de cerca de 150 propostas sobre o tema, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN).

Os deputados pediram mais tempo para analisar e discutir as mudanças previstas no substitutivo apresentado no dia 18 de outubro. Eles avaliaram que o prazo inicialmente acordado de três semanas não foi suficiente.

Entre as alterações propostas pelo relator estão multas mais brandas para as operadoras; parcelamento em cinco vezes do reajuste aplicado hoje a beneficiários que completam 59 anos de

idade; e redução das garantias patrimoniais exigidas das empresas do setor.

Como um dos projetos tramita em regime de urgência, não será permitida vista nem apresentação de emendas ao parecer, mas os deputados podem fazer sugestões, que poderão ou não ser acatadas por Marinho.

Críticas

Em nota divulgada nesta terça-feira (7), o Ministério Público Federal alertou para importância de aprofundar a discussão sobre o assunto. O MPF considera que as propostas em análise, consolidadas no substitutivo, “não enfrentam as questões estruturais que estão na origem dos problemas vivenciados pelos usuários e consumidores dos serviços de saúde”.

Também ontem um dos pontos mais polêmicos do substitutivo foi debatido na Comissão do Idoso: o parcelamento do reajuste aplicado a beneficiários de planos de saúde na última faixa etária (59 anos ou mais).

Pelo texto de Marinho, esse reajuste na será dividido e repassado progressivamente aos beneficiários em cinco parcelas de 20%, exatamente quando a pessoa completar 59, 64, 69, 74 e 79 anos de idade.

Para o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), no entanto, o parcelamento não combate o “pecado capital” observado no caso do reajuste da última faixa etária, que é o aumento “brutal” na mensalidade aos 59 anos – o último reajuste por faixa etária permitido por lei.

CRESCE NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS EM NOVE ESTADOS

IESS –08/11/2017

Conforme divulgamos recentemente, [a nova edição da NAB](#) aponta que o número de beneficiários de planos médico-hospitalares começou a apresentar sinais de reação no cenário nacional. Apesar de a pesquisa apontar rompimento de 624,6 mil vínculos com planos médico-hospitalares entre setembro de 2017 e o mesmo mês do ano passado, caiu o ritmo da retração. Para se ter uma ideia, no período analisado, houve queda de 1,3% no total de beneficiários contra 3,3% em outubro de 2016.

Os sinais desta reação podem ser vistos pelos números por Estado. Nos 12 meses encerrados em setembro de 2017, mais de um terço dos Estados brasileiros apresentou crescimento no número de

beneficiários. Goiás, Ceará, Piauí, Sergipe, Acre, Amazonas, Tocantins, Paraná e Santa Catarina, são os estados que apresentaram crescimento. Destaque na região Norte, o Amazonas foi o Estado com o maior crescimento proporcional: aumento de 37,7 mil de beneficiários, ou seja, 7,5% em setembro de 2017 comparado com o mesmo mês do ano passado.

Além do Amazonas, outros dois estados do Norte apresentaram crescimento expressivo do total de beneficiários de planos médico-hospitalares nos 12 meses encerrados em setembro deste ano. No Acre, foram firmados 1,2 mil novos vínculos. O que representa um crescimento de 3%. Já no Tocantins, apesar de o crescimento ter sido proporcionalmente menor, 1,2%, o número de novos beneficiários foi ligeiramente maior: 1,4 mil.

Nos próximos dias, vamos apresentar os números das demais regiões de acordo os números da última edição da NAB nos próximos dias. Não perca.

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