

**12 de dezembro de 2018**

## **DESTAQUES DE 2018 E PERSPECTIVAS PARA O PRÓXIMO ANO NO MERCADO SEGURADOR**

Fenasaúde –12/12/2018

**Durante coletiva de imprensa da CNseg, presidente da FenaSaúde apontou os avanços na agenda regulatória da Saúde Suplementar**

O ano de 2019 será um ano desafiador para o presidente da Confederação das Seguradoras (CNseg), Marcio Coriolano, quando o setor “terá um papel importantíssimo em qualquer política que o Governo adote para destravar a economia”. A afirmação foi feita durante a apresentação do balanço do setor. Coriolano lembrou que o seguro ainda não é reconhecido pela sociedade na dimensão de sua importância. Apesar de o Brasil ser a 8ª economia do mundo, disse, os 432 bilhões arrecadados pelo setor segurador brasileiro em 2017 o colocam na 12ª posição mundial, ou na 45ª posição quando se considera a arrecadação per capita. “Já avançamos muito, mas ainda há uma distância grande para o Brasil percorrer quando se fala em proteção securitária”, afirmou.

Em 2018, a expectativa é que a arrecadação atinja a cifra de R\$ 442,1 bilhões, representando um crescimento nominal de 3,1% em relação ao ano anterior. Já em 2019, estima-se que o crescimento da arrecadação, excluído o DPVAT, gire entre 6,3% e 8,4%. “Além da média de crescimento, é preciso olhar as mudanças entre os ramos de seguros. Apesar de toda a crise, somos responsáveis, entre outros, por mais de 47 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 13 milhões de pessoas que têm planos de previdência coletivos ou individuais. Precisamos estar no centro das políticas macro e microeconômicas.”

Durante a coletiva, Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), apresentou os tópicos da agenda regulatória da Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS) em 2018. Segundo a presidente da FenaSaúde, a nova metodologia de reajuste visa dar mais transparência e segurança no modelo a ser aplicado, considerando o interesse não só das operadoras, como o dos consumidores. “O modelo foi testado pela agência e houve um embasamento técnico bastante consistente. Nós defendemos que ele seja aplicado mais lentamente para poder verificar se, efetivamente, está alcançando os objetivos de recompor custos, trazendo eficiência. Esse modelo precisa estar bem ajustado para não trazer, de novo, um reajuste insuficiente para a necessidade do setor”, analisa.

Segundo Solange Beatriz, mecanismos de regulação, como coparticipação e franquia, tiveram um debate intenso durante o ano, mas o tema ainda está sendo tratado pela ANS. “O setor está acompanhando bem essa discussão, as operadoras, prestadores e os próprios consumidores, que inclusive já entenderam a utilidade da aplicação de mecanismos de regulação para que se possa ter uma redução no preço da mensalidade e, portanto, caber no bolso”, explica Solange Beatriz.

Já a retomada da discussão em torno da regulação prudencial foi um avanço para garantir a solvência, qualidade e sustentabilidade das operadoras. “O foco principal da ANS, nos últimos anos, foi a área da regulação assistencial. É natural e prudente que, com mais de quinze anos de regulação, a agência se volte para aperfeiçoar a garantia da solvência desse sistema”, afirma.

Para finalizar, a presidente da Federação falou sobre a Norma de Análise de Impacto Regulatório (AIR). “Nós observamos o interesse da ANS em avançar nos estudos, realizamos dois seminários e vamos continuar contribuindo porque esse é o mecanismo moderno do regulador: trabalhar para que possa trazer mais previsibilidade e segurança para o setor regulado”, conclui.

O evento também contou com a participação do diretor Técnico da CNseg, Alexandre Leal; do consultor Jurídico Luiz Tavares; da diretora de Relações Governamentais, Miriam Mara; e do diretor de Administração, Finanças e Controles, Paulo Annes.

## **OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE ESTUDAM NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO**

Folha de São Paulo –08/12/2018

**Convênios e prestadores de serviços testam estratégias para barrar escalada de custos**

As operadoras de plano de saúde assistiram a elevação dos custos do sistema ano após ano: as despesas assistenciais cresceram

41,4% no período e quase empataram com as receitas de contraprestações (pagamento pelo contratante do plano de saúde à operadora para garantir a prestação do serviço), que aumentaram 41,7%.

Já a inflação médica, tradicionalmente 3,4 vezes maior do que a inflação da economia, alcançou o patamar de 20,4% em 2017, de acordo o IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) —bem acima da inflação oficial medida pelo IPCA, que ficou em 2,95%.

A inflação dos serviços de saúde pode ser explicada por um conjunto de fatores. Entre eles, o IESS aponta o modelo de remuneração, a ausência de transparência dos prestadores de serviço, a incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, fraudes e desperdícios, a judicialização da saúde e a própria regulação do setor, que limita os reajustes das mensalidades.

Operadoras e prestadores de serviços querem barrar a escalada dos gastos. Uma das estratégias é rediscutir o modelo de remuneração. O modelo fee-for-service (também chamado de conta aberta) é padrão no Brasil. Nele, os reembolsos

dos hospitais aumentam conforme a quantidade de procedimentos realizados –entram na conta exames, internações, cirurgias e materiais médicos.

O modelo é alvo de críticas por induzir ao desperdício de materiais ou a procedimentos sem necessidade efetiva.

Outro formato que começa a ser discutido é o DRG (grupo de diagnósticos relacionados, na sigla em inglês), comum na Alemanha e nos EUA. Nele, os pacientes hospitalares são classificados conforme tipos de diagnóstico e consumo de insumos médicos.

A partir dessa rotulagem, o pagamento dos serviços é definido conforme o perfil clínico do paciente e leva em consideração a média de custos dos grupos de pacientes, e não casos isolados.

No Brasil, hospitais e planos de saúde começam a adotar remuneração fixa em alguns procedimentos, mas a prática ainda não é disseminada.

“Esse debate está décadas atrasado no Brasil. Há modelos incipientes de alguns hospitais, mas poucos envolvem o DRG”, afirma Alexandre Ruschi, presidente da Central Nacional Unimed, que reúne 360 cooperativas médicas.

A Unimed Uberlândia (MG) já realiza experiências com o DRG. Segundo Ruschi, a operadora vem discutindo com prestadores de serviços novas formas de remuneração, mas sem proposta única.

Em São Paulo, instituições privadas como o Hospital Santa Paula, na zona sul, se abrem para mudanças. Com a operadora Amil, o hospital aderiu ao sistema ABP (pagamento por orçamento ajustável, na sigla em inglês), em 2017. O modelo analisa o histórico de custos do

hospital e, com base na média anual, oferece uma remuneração fixa mensal.

“Foi a alternativa que vimos no mercado que faz frente ao fee-for-service, e tem trazido benefícios”, diz George Schahin, diretor presidente do Hospital Santa Paula. Segundo ele, a economia financeira ainda é pequena, mas o sistema tornou mais ágeis as autorizações para internação. Também reduziu o tempo médio de permanência no hospital, de 4,2 dias para 3,7 dias.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz instaurou um novo modelo de remuneração com previsibilidade de preços na unidade Vergueiro, com 232 leitos. Nele, o corpo clínico segue protocolos médicos definidos, já pactuados com as operadoras de saúde.

São pacotes fechados que cobrem mais de 80 procedimentos em 20 especialidades, entre elas cardiologia, ginecologia e pneumologia.

No modelo, o hospital, os planos e os fornecedores compartilham os riscos. Se os custos de uma cirurgia ultrapassarem o previsto, o adicional é pago pelo hospital. Se o valor for inferior, a unidade absorve o ganho.

Essas experiências ainda em testes devem nortear um novo padrão de remuneração, avalia Martha Oliveira, diretora da Anahp, associação que reúne hospitais privados no país. “O modelo atual vai mudar, isso não tem volta”, diz.

Segundo estudo encomendado pela Anahp, o sistema de saúde suplementar no Brasil registrou um aumento nos gastos de R\$ 49 bilhões entre 2012 e 2017. A frequência de uso dos serviços médicos teve peso de 70% nesse valor.

No período, o número de usuários de planos de saúde cresceu 0,7%, mas o número de eventos por beneficiário passou de 21 para 28 por ano. Os exames estão entre os serviços mais utilizados: passaram de 12,4 utilizações/ano por paciente para 17,3.

Para Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, o aumento na frequência de uso dos serviços onera tanto a saúde suplementar quanto o SUS.

A entidade defende maior colaboração entre os dois segmentos, como a criação de prontuários únicos para cada paciente. “Falta entrosamento entre a saúde pública e a privada”, diz Scheibe.

---

## **TRANSPARÊNCIA É A PRINCIPAL QUALIDADE DO PLANO DE SAÚDE IDEAL, MOSTRA PESQUISA**

Folha de São Paulo –08/12/2018

**Usuário quer informações claras sobre  
reajuste e cobertura e médico que  
acompanhe seu histórico**

O plano de saúde ideal deve oferecer transparência e serviços personalizados. Essas duas qualidades lideram a lista de desejos dos usuários de convênios na cidade de São Paulo, mostra pesquisa Datafolha encomendada pela administradora de benefícios Qualicorp.

A clareza na divulgação de informações sobre reajuste, carência e cobertura é a característica mais valorizada em um plano de saúde para 69% dos entrevistados.

“Há um grande esforço das operadoras em dar mais transparência a todo o sistema”, diz Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), e acrescenta ser “difícil explicar ao usuário” os reajustes adotados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) nos últimos anos.

Na opinião de Mário Scheffer, professor do departamento de medicina preventiva da USP, o resultado da pesquisa sugere que a transparência dos contratos deixa a desejar.

Ele critica o fato de os reajustes de planos coletivos não seguirem regras, diferentemente dos individuais, regulados pela ANS.

Já a Abramge afirma que o reajuste dos planos coletivos é tratado de maneira transparente, respeitando a legislação e as normas em vigor. “As operadoras devem comprovar os índices aplicados por meio de extrato enviado ao contratante com antecedência mínima de 30 dias da data de sua aplicação, respeitando as cláusulas estipuladas e negociadas, com a finalidade de repor a variação dos custos médico-hospitalares e manter o equilíbrio econômico-financeiro da carteira de plano de saúde”, afirma o presidente da entidade.

Scheibe diz esperar para breve uma orientação da ANS que deverá tornar o processo mais simples e compreensível para o usuário.

Os reajustes nos preços foram a maior causa de reclamações contra convênios em 2016 e 2017, conforme o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). Segundo pesquisa do órgão, 75% das decisões judiciais que suspenderam aumentos de planos no país entre 2018 e 2017 o fizeram por julgá-los abusivos.

“Se considerarmos que boa parte das decisões derrubou o reajuste por falta de provas sobre suas razões e de clareza das regras, temos um grave problema de transparência”, diz Ana Carolina Navarrete, pesquisadora do órgão.

Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar), chama a atenção para o fato de a ANS fiscalizar apenas as operadoras, e não os demais agentes da cadeia. “Isso leva a uma assimetria de informações que trava o avanço da pauta sobre transparência”, afirma ele.

Um ponto que aumenta a percepção de transparência é o exato conhecimento, pelo contratante, daquilo a que ele tem e não tem direito.

“Nós, brasileiros, não temos o costume de ler o contrato. Todas as questões sobre carência e cobertura estão lá”, afirma Scheibe, da Abramge.

O segundo ponto mais citado na pesquisa sobre o que um plano ideal deveria oferecer é a chance de recorrer a um médico que acompanhe o histórico do paciente. A opção foi escolhida por 64% dos que responderam a questão.

Segundo Scheibe, ajudaria, nesse caso, se os planos pudessem obter informações do histórico do paciente em tratamentos feitos no SUS, o que não ocorre.

“A qualidade do relacionamento vai mudar muito quando tivermos acesso a essas informações claras”, afirma.

Carneiro, por sua vez, afirma já existir um movimento nas operadoras “em linha com o anseio apontado na pesquisa”. Esse movimento, explica, é o de priorizar não a doença, mas a promoção da saúde do indivíduo como um todo, acompanhando-o.

A pesquisa mostra ainda que, para beneficiários de convênios, um modelo de assistência perfeito ofereceria proximidade da empresa com os conveniados (49%), disponibilização de serviços de forma digital (48%), em site ou aplicativo, oferta de equipe especializada para orientação médica a distância (42%) e tradição no mercado (37%).

O WhatsApp é a ferramenta com a qual os usuários mais gostariam de contar no contato com o plano —33% deles dizem preferir o aplicativo de troca de mensagens, 26%, o atendimento telefônico e 20%, o presencial.

A preferência pelo WhatsApp é maior na faixa etária de 25 a 34 anos (39%), enquanto os que têm 60 anos ou mais privilegiam a conversa por telefone.

Scheibe diz que muitas coisas já podem ser resolvidas de forma digital, mas há uma questão de segurança.

“Temos que tomar muito cuidado com a divulgação de informações. Você não pode passar ao paciente o diagnóstico de patologias complexas. A pessoa pode estar sozinha e entrar em parafuso”, afirma.

Ele lembra ainda que é prática comum de laboratórios e hospitais informar sobre algumas doenças com a ajuda de um assistente social.

A margem de erro da pesquisa é de quatro pontos percentuais. O levantamento foi realizado entre 21 e 23 de novembro e ouviu 810 moradores da capital paulista que têm ou tiveram convênio nos últimos quatro anos.

## **ADMINISTRADORAS DEFENDEM AUMENTO DA IDADE LIMITE PARA REAJUSTE DE MENSALIDADE**

Folha de São Paulo –08/12/2018

### **Crescimento do desemprego fez com que muitos perdessem planos de saúde empresarial**

**SÃO PAULO** Hoje, a Lei dos Planos de Saúde não permite que sejam aplicados reajustes para pessoas com mais de 59 anos.

Na opinião de Alessandro Acayaba, presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) deveria rever o modelo de cobrança e estender a idade máxima para aumento da mensalidade.

Ele defende reajustes em qualquer modalidade de plano, individual ou coletivo.

“Há um envelhecimento da população a longo prazo. Hoje não consigo mais chamar de idosa uma pessoa com essa idade. A tabela definida pela ANS, com dez faixas etárias e terminando nos 59, poderia ser estendida”, afirma.

Essa alteração, de acordo com ele, não significaria acumular ou aumentar o reajuste, mas proporcionalizá-lo de maneira mais adequada para que haja uma aplicação correta, no momento certo.

“É necessário que o consumidor tenha sua mensalidade alterada com critérios objetivos, técnicos, que possam dar equilíbrio financeiro e condições para que o beneficiário arque com esse valor”, diz.

Ele reconhece, no entanto, que os sucessivos aumentos no valor dos planos provocaram a evasão de beneficiários.

“Mesmo aqueles consumidores que tinham condição de arcar com os custos acabam fazendo um ‘downgrade’ [migram para uma cobertura inferior] do plano ou vão para o SUS”, afirma.

Apesar de o Brasil ter um sistema de saúde universal, quase 25% da população usa algum convênio médico.

O SUS oferece para toda a população uma assistência que está garantida na Constituição, mas para Acayaba, muita gente adquire plano porque considera o serviço público insatisfatório.

“Elas contratam sistemas privados por conta da qualidade do atendimento, seja em termos de rede médica ou de prestadores de serviços, como laboratórios, médicos, clínicas e hospitais”, afirma.

O aumento do desemprego fez com que muita gente perdesse o acesso a planos empresariais, o principal modelo utilizado no país hoje.

De acordo com Acayaba, as operadoras deixaram de comercializar os planos individuais por conta do engessamento do reajuste, e, com isso, os planos coletivos ganharam maior destaque.

“A ANS, por determinação do Tribunal de Contas da União, está revendo esse modelo de pagamento. Com isso, quem sabe as operadoras se animam a vender novamente os planos individuais?”

Apesar do engessamento apontado por Acayaba, os aumentos anuais do setor são considerados abusivos por parte da população.

O futuro da saúde suplementar no país depende do equilíbrio econômico, diz. “Tivemos uma redução significativa do número de operadoras de planos de saúde no Brasil nos últimos anos. Se não houver uma mudança em fatores como oferecimento de planos, rede médica, área de abrangência e eventos em saúde, a oferta desse produto encolherá mais, e o consumidor terá poucas opções”, afirma.

Outro entrave para a sustentabilidade do sistema, de acordo com Acayaba, é o modelo de remuneração dos prestadores médicos.

Atualmente os planos usam o sistema “fee for service” (pagamento por serviço), em que a conta é feita através da quantidade de procedimentos pelos quais um paciente passa quando entra no hospital. Como alternativa, algumas operadoras já cobram pelo desfecho do caso clínico.

“É uma maneira mais inteligente de fazer esse pagamento, que melhora a performance financeira do pacote de serviços cobrado de hospitais, clínicas e laboratórios junto às operadoras”, explica.

Para Salomão Rodrigues, coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina, o sistema precisa ser corrigido. Ele aponta os administradores de benefício como um entrave para o barateamento dos planos.

“Se nós lermos exatamente o que faz uma administradora, ela é uma atravessadora, uma intermediária. A tarefa da administradora é muito melhor realizada pela operadora de planos de saúde”, diz.

Acayaba defende que as administradoras de benefícios têm contribuído para o equilíbrio econômico na relação dos consumidores com as operadoras de saúde.

“Nos planos coletivos em que atuam as administradoras, nem sempre uma entidade de classe profissional, ou mesmo um órgão público ou empresa, tem em seu RH capacidade e condições de discutir, debater e criar alternativas junto às operadoras para melhorar a performance dessa carteira”, afirma.

As administradoras, de acordo com o presidente da Anab, têm o papel de atuar em defesa dos direitos dos consumidores de convênios médicos, das entidades de classe, das empresas e dos órgãos públicos, e de preservar a manutenção do contrato em condições de qualidade.

“Temos demonstrado no último ano muito sucesso na nossa trajetória, principalmente na questão dos reajustes. Temos conseguido diminuir significativamente os aumentos, por conta de nossa negociação e de conferência de todas as contas, essa proposta inicial feita pela operadora e finalmente aplicada ao consumidor”, afirma.

## **PARA ESPECIALISTA, MERCADO DE SAÚDE DEVE INVESTIR MAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Exame –07/12/2018

### **Em livro, Sandro Cimatti apresenta estudo sobre planos de saúde e oferece soluções de melhoria para o mercado**

São Paulo — Apesar de não ser médico, o engenheiro Sandro Cimatti sempre trabalhou no ramo da saúde. Em 2018, por meio de sua empresa de consultoria e pesquisa de mercado, a CVA Solutions, Cimatti realizou um estudo com 6.400 brasileiros que utilizam planos de saúde.

Os resultados da pesquisa deram origem ao livro “Saúde XXI e Felicidade”, que será lançado na próxima segunda-feira (10).

Na análise do estudo, a consultoria descobriu que falta aos planos de saúde maior engajamento com o paciente, além de programas de prevenção de doença e promoção da saúde.

A publicação é dividida em cinco partes: a primeira sobre a evolução da medicina ao longo da história, a segunda sobre o conceito de felicidade sustentável (desenvolvido a partir de outra pesquisa feita pela CVA Solutions), a terceira sobre o estudo realizado este ano acerca dos planos de saúde, a quarta sobre economia da saúde e última com análises de empresários que atuam no setor privado de saúde.

Em entrevista à EXAME, Cimatti analisa o sistema de saúde brasileiro e oferece saídas para melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos brasileiros. Para ele, por meio da tecnologia e do incentivo à medicina familiar, é possível desafogar os sistemas de saúde, tanto público quanto privado, e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

#### **EXAME: Como surgiu a pesquisa para o livro?**

Sandro Cimatti: Nós temos participado bastante do mercado de saúde. Já estudamos esse mercado de planos de saúde, de hospitais, drogarias, medicina diagnóstica, planos odontológicos. Fazemos isso há bastante tempo. Estamos percebendo que está mudando o mercado, tanto no setor público como privado. Em ambos os setores há maior conscientização para necessidade de atenção primária. O paciente deveria ir para um hospital em último caso. Antes, ele deveria passar por programas de atenção à saúde e de prevenção. Com isso, você reduz o custo e evita que a situação se agrave. Isso vem acontecendo. Há muito tempo se fala de prevenção e promoção, mas ainda se tem muita dificuldade de engajar o paciente. Nas últimas ondas do nosso estudo, a gente quis medir isso. O paciente acha bom programas de prevenção, mas não participam. As operadoras acabam aplicando programas de prevenção mais para doentes crônicos, para os saudáveis não. Existe uma necessidade evidente de reformar o sistema. Estudando o que foi feito em outros países, casos da Holanda, Singapura, você vê que de fato a solução do sistema de saúde passa por atenção primária, programa de prevenção e promoção de saúde, engajamento do consumidor, uso da tecnologia para engajar o consumidor. Nós percebemos essas mudanças e a necessidade de uma mudança mais profunda, até pelo lado econômico.

#### **A qualidade de saúde no Brasil é boa?**

Sim. Se você comparar com outros países do nosso grau de desenvolvimento, a saúde não é um ponto fraco no Brasil. Temos um sistema universal que tem países desenvolvidos que não têm. Mas tem pontos a serem melhorados, como das esperas e o atendimento

primário. Na rede particular, pode faltar ter o histórico de saúde. Se tivesse um médico de família, um atendimento constante, um prontuário eletrônico, estaria ali um histórico, existiria uma continuidade. Está tendo um resgate do médico de família, que trata continuamente e tem um histórico do paciente.

#### **Por que isso se perdeu ao longo dos anos?**

Havia essa noção do especialista, da tecnologia. Com o tempo, sem dúvida isso são pontos positivos, desde que não se perca o generalista, o histórico de saúde, a atenção primária. Nem todo mundo precisa de um especialista, precisa fazer uma ressonância magnética. Tem coisa que se resolve com cuidado básico, uma conversa, com alguém que conhece a saúde do paciente. E não precisa ir num hospital. Acho que se perdeu por isso.

#### **E o que sai mais caro? Investir em tecnologia e especialista ou atenção básica?**

Ter um especialista e a tecnologia custam mais caro do que ter a atenção primária. Ir ao hospital custa ao plano de saúde, ou para o SUS, muito mais do que ir numa clínica de saúde ou na UBS (Unidade Básica de Saúde). Quando você vai a um laboratório, como o Fleury, por exemplo, eles têm um prontuário eletrônico. Isso é bom, mas nem todo o mundo tem dinheiro para ir ao Fleury. Seria bom que outros médicos ou laboratórios pudessem acessar esse prontuário eletrônico, por isso seria bom que houvesse um plano digital do cidadão, desde que se preserve a confidencialidade. É uma saída acessível, porque ficou mais barata a telecomunicação, armazenagem de dados. Um celular barato faz o mesmo que um computador de anos atrás. Mesmo quem não tem dinheiro, consegue ter um celular. A tecnologia poderia baratear os custos da saúde porque você cria um prontuário eletrônico, com o histórico você tem menos erros médicos. Na Holanda, quando o paciente tem alguma coisa, o médico vai até ele. Coisas simples podem ser feitas sem grandes distâncias. Se for complexo, você encaminha para o hospital. No futuro, pode ser aplicada até a telemedicina. Poderiam ser feitas consultas à distância. Não é ideal, mas pode ser feito. Existem mais de 50 mil drogarias no país e seis mil hospitais, que são pontos em que poderia ter atendimento por telemedicina. O que é mais barato: Ser atendido em farmácia ou em um hospital? O hospital deve ser usado para casos mais sérios. Isso é possível e gera menos custo.

#### **Você fala no livro sobre a felicidade sustentável. O que é esse conceito e como ele se relaciona com a saúde?**

A ONU tem o estudo da felicidade que é realizado em vários países. Aqui no Brasil faltava algo sobre o tema e nós fizemos um estudo em 2016. Descobrimos algumas coisas interessantes sobre o que as pessoas muito felizes fazem de diferente das pessoas menos felizes. Chegamos a um fórmula da felicidade com algumas atitudes positivas. O conceito está relacionado à saúde pela própria definição da OMS (Organização Mundial da Saúde) de saúde integral, que envolve saúde mental e saúde física. Se você estiver bem equilibrado na vida, o corpo estará melhor.

#### **Tem uma questão no livro sobre o envelhecimento da população. Será um problema no futuro?**

Estamos vendo isso no mundo inteiro. Será um problema para o Brasil. A partir dos 60 anos, aumenta muito o preço do plano de saúde. Sabemos que, por mais que uma pessoa se cuide, o jovem tem mais saúde. Os idosos às vezes não têm poupança e têm problema de saúde. Para os planos, eles dão mais custos, porque vão mais a hospital, fazem mais exames. O caso da Prevent Sênior, por exemplo, é pioneiro, porque foca no público acima dos 50 anos. É interessante porque pegou um mercado grande que ninguém quer. Os idosos dão custo, mas se pegar essas pessoas e fizer prevenção, promoção de saúde, elas terão menos problemas e vão custar menos.

## **A Prevent Sênior é uma empresa que se sustenta?**

O que pode parecer uma desvantagem de planos desse tipo, que você tem que ir na clínica do plano, mas isso pode ser uma vantagem porque eles fazem um tratamento integral da pessoa e tem todo o histórico dela, consegue aplicar o conceito do médico de família. Esses planos verticalizados têm essa vantagem. A Prevent Sênior, fazendo isso, é focada na terceira idade e tem potencial de crescimento, porque a fatia de pessoas nessa faixa etária está aumentando e de jovens diminuindo. Nos planos de saúde, você paga e existe o risco de usar muito ou pouco. Tem pessoas de mais

idade que usam muito e os que usam pouco. Por isso, equilibra a conta.

## **Exemplos como o da Holanda que são citados no livro podem ser adotados no Brasil?**

Sim. Tem o exemplo de Curitiba, que é citado no livro, que tem visitação nos domicílios, prontuário eletrônico.   possível sim. Alguns planos de saúde, como a SulAmérica têm uma aten o de fazer visita em casa, esse tipo de coisa.

## **ENCONTRO EM NATAL DISCUTIU REGULA O DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

ANS –07/12/2018

Representantes de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e  rgoos de defesa do consumidor da região Nordeste se reuniram esta semana, em Natal, para discutir e compartilhar informa es relacionadas ao setor. A capital do Rio Grande do Norte sediou, nos dias 4, 5 e 6/12, mais uma edi o do Encontro ANS. O evento   organizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e contou com a presença dos cinco diretores e técnicos da Agência, que promoveram palestras e realizaram atendimentos individualizados para tirar d vidas sobre a regula o do setor. Mais de 200 participantes acompanharam, diariamente, as palestras. Foram contabilizados aproximadamente 100 atendimentos por dia.

Na abertura, os diretores foram unânimes ao destacar a importância do evento para a aproxima o da agência reguladora com os agentes do mercado. "Essa   uma grande oportunidade para compartilhar conhecimentos e experiências, esclarecer d vidas e debater sobre temas relevantes para o setor", disse o diretor de Gestão, Paulo Rebello. Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilita o de Produtos, reforçou que o encontro   especialmente importante para a presta o de esclarecimentos sobre as a es da ANS. "Queremos aproveitar ao máximo esse Encontro para dividir informa es relevantes sobre normativas e a es da reguladora". Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial, destacou a dupla fun o do evento: "Compartilhar conhecimento com os atores do setor e aproximar a ANS da sociedade, permitindo, assim, a redu o da assimetria de informa o".

A diretora de Fiscaliza o, Simone Freire, lembrou que no Rio Grande do Norte não há Núcleo presencial da ANS e, por isso, a realiza o do evento na região se faz ainda mais importante para a aproxima o com o mercado regulado. Ela também apresentou dados relacionados   fiscaliza o do setor na região. "No Nordeste, o  ndice de resolutividade de demandas tratadas pela Notifica o de Intermedia o Preliminar (NIP) alcançou 91,20% em 2018. Vamos continuar trabalhando para aumentar esse percentual e alcançar resultados ainda melhores". Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilita o das Operadoras, fez uma retrospectiva do ano, destacando avanços e dificuldades do setor ao longo de 2018. "Foi um ano intenso, passamos por muita coisa, mas o balanço   positivo. Chegamos ao fim de 2018 superando adversidades com trabalho s rio. Saímos mais fortes e resilientes, entregando   sociedade o que se espera de nós: saúde com qualidade para a popula o".

## **2o dia de Encontro – Painéis técnicos**

O dia começou com a exposi o de temas relacionados   Diretoria de Fiscaliza o (Difis). A primeira palestra foi sobre Notifica o de Intermedia o Preliminar (NIP), ferramenta de intermedia o de conflitos utilizada para resolver reclama es dos beneficiários de planos de saúde. De acordo com a especialista em regula o Erica Schiavon, o  ndice de resolutividade da NIP segue em ascendência

e, em 2018 (até outubro), atingiu 91,74%. "A resolu o extrajudicial de conflitos promovida pela ANS   um processo totalmente automatizado, que objetiva solucionar com rapidez e de forma consensual os problemas entre consumidores e operadoras", explicou.

Na sequência, Gabriela Jordão apresentou o Programa Parceiros da Cidadania, iniciativa que articula  rgoos de defesa do consumidor visando a eficácia da prote o e defesa dos beneficiários de planos de saúde. "Atualmente, a ANS mant m 36 parcerias no âmbito do programa e outros 19 estão em tratativa", informou. Finalizando as palestras da manhã, Marcus Braz, especialista em regula o, prestou esclarecimentos sobre Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), instrumento por meio do qual a ANS firma compromissos com as operadoras para cessar condutas irregulares e reparar coletivamente os danos causados aos consumidores. De acordo com Braz, desde 2015 foram celebrados 24 termos entre a ANS e o setor regulado.

  tarde, foram discutidos temas relacionados   qualifica o de operadoras e prestadores, assuntos conduzidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides). A especialista em regula o Ana Paula Cavalcante falou sobre o Programa de Acredita o de Operadoras e apresentou o Programa de Certifica o de Boas Práticas em Aten o   Saúde. As iniciativas buscam incentivar as operadoras a buscarem uma qualifica o cada vez maior para que entreguem melhores produtos e serviços aos seus beneficiários. Segundo Ana Paula, o número de operadoras acreditadas vem aumentando: eram oito em 2015 e já são 42 em 2018.

Já o Programa de Certifica o propõe a mudança do modelo de gestão e do modelo de remunera o para gera o de valor. "  uma iniciativa inovadora para promover a reorganiza o da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários de saúde", esclareceu Ana Paula. Entre os objetivos do programa estão a amplia o do acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários e a vincula o de pacientes em condi es cr nicas a coordenadores do cuidado.

O segundo painel da tarde, apresentado pela analista de sistemas Celina Oliveira, tratou da Troca de Informa es na Saúde Suplementar (TISS), que estabelece como um padrão obrigatório para as trocas eletr nicas, entre agentes do setor, de dados de aten o   saúde dos beneficiários de planos. Na sequência, a especialista em regula o Rosana Neves detalhou as diretrizes consideradas na reformula o dos indicadores do  ndice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O  ndice foi totalmente reformulado e passou a adotar o padrão TISS como fonte de dados. "Além disso, incluímos a pesquisa de satisfa o do beneficiário como critério de pontua o do IDSS", esclareceu Rosana.

Finalizando o dia, a técnica administrativa Paula Hashimoto prestou informa es sobre pagamentos e parcelamentos de taxas e multas, tema da Diretoria de Gestão (Diges). Ela explicou que no portal da ANS as operadoras podem acessar os sistemas integrados do ressarcimento ao SUS, de arrecada o da Taxa de Saúde Suplementar e de multas e mostrou o caminho e o passo a passo para que as operadoras sem mantenham regulares com suas obriga es perante a reguladora.

### 3º dia de Encontro – Painéis técnicos

O último dia do Encontro ANS abordou, na parte da manhã, temas relacionados ao acompanhamento e regulação econômico-financeira do setor, sob responsabilidade da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope). O diretor Leandro Fonseca abriu a atividade falando sobre a importância da solidez e da solvência das operadoras para o mercado e, em especial, para o consumidor. Fonseca destacou normas recentes editadas pela ANS, como as resoluções que tratam do compartilhamento de riscos, o Programa de Escala Adequada e a Instrução Normativa sobre movimentação de ativos garantidores. “Esse processo de refinamento e aprimoramento das regras que regem a regulação financeira do setor deve continuar no ano que vem”, assegurou.

Em seguida, o especialista em regulação Bruno Rodrigues explicou que o objetivo maior da regulação prudencial não é tirar a operadora do mercado, e sim promover o equilíbrio e o correto enquadramento das operadoras às disciplinas normativas da regulação econômico-financeira. “Antes de chegar a uma situação de desequilíbrio que comprometa o consumidor, a operadora deve procurar a ANS para avaliar que medidas podem ser tomadas”, afirmou Bruno, que também falou sobre o novo plano de contas editado pela ANS, medida que atualiza as normas contábeis que as operadoras de planos de saúde devem seguir, observando a melhor técnica e aprimorando o acompanhamento econômico-financeiro do mercado.

Na sequência, os especialistas em regulação Daniel Schtruk, Marcos Garrido e Roberto Araújo falaram sobre a dinâmica dos programas de adequação econômico-financeira, regimes de direção fiscal e liquidação extrajudicial e cancelamento de registro de operadoras. Schtruk explicou como funcionam os procedimentos de adequação econômico-financeira que as operadoras devem seguir para se manter no mercado. “Ausência de comunicação, termo de obrigações fora dos padrões definidos pela RN nº 307, falta de envio ou envio intempestivo do relatório de revisão limitada emitido por auditoria independente são alguns dos problemas frequentes”, pontuou.

Garrido prestou informações sobre os regimes de direção fiscal – instaurado quando são detectadas anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde - e liquidação extrajudicial de operadoras. E Araújo finalizou as atividades da manhã falando sobre cancelamento de registro de operadoras. Atualmente, 57 operadoras estão em regime de Direção Fiscal, 56 têm pedido de cancelamento de registro e 37 estão em liquidação extrajudicial.

A última parte do Encontro abordou assuntos da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro). A primeira palestra discutiu o modelo de atenção preponderante na saúde suplementar e a importância de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. “Na maioria dos casos, as operadoras que têm problemas assistenciais apresentam falhas na porta de entrada do sistema. Por isso é fundamental que haja a coordenação do cuidado”, disse a técnica em assuntos educacionais Katia Audi. “É imprescindível que as operadoras tenham uma adequada gestão de informação em saúde de todos os seus beneficiários, para realizar uma coordenação do cuidado eficiente”, complementou o especialista em regulação Wilson Vieira Júnior. Eles destacaram, ainda, que prevenção é essencial para o enfrentamento de doenças como obesidade, depressão e câncer. “O Brasil é campeão de casos de depressão na América Latina. Quase 6% da população (11,5 milhões de pessoas) sofrem de depressão”, informou a especialista em regulação Carla Soares.

Carla falou também sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos, explicando que a ANS elaborou uma proposta de Resolução Normativa que define, claramente, as etapas e fluxos desse processo.

Na sequência, encerrando as palestras, o analista administrativo Rafael Vinhas falou sobre as principais ações da área de estrutura de produtos implementadas no ano de 2018: o sistema de alteração da rede hospitalar, o novo guia ANS de planos de saúde, as novas regras de portabilidade de carências e a nova metodologia de reajuste dos planos individuais.

“O novo guia colabora para todos os entes do mercado. Entre as novidades da ferramenta, destacamos a disponibilização da rede hospitalar de cada plano e a pesquisa de satisfação do beneficiário”, disse. Em relação ao reajuste, ele destacou que o processo de elaboração da nova metodologia vem sendo discutido amplamente com a sociedade. “Recebemos várias sugestões da sociedade que incorporadas à proposta que estamos construindo. Acreditamos que chegamos a um modelo que reflete mais adequadamente a variação das despesas do setor e que traga resultados mais previsíveis e transparentes para consumidores e operadoras”.

No encerramento do Encontro ANS Nordeste, o diretor Leandro Fonseca agradeceu aos participantes e aos servidores da ANS que promoveram o evento. “Acreditamos que foi um encontro proveitoso, que proporcionou esclarecimentos importantes sobre a regulação do setor. Quando a gente vem aqui, conversa e mostra o que queremos com os normativos propostos, esclarecemos os atores do setor sobre o norte da regulação para que possamos entregar bons serviços à população”, finalizou.

## **DEZESSETE PLANOS DE SAÚDE NÃO PODEM MAIS SER VENDIDOS A PARTIR DESTA SEXTA-FEIRA**

Extra –07/12/2018

Passa a vigorar, nesta sexta-feira, dia 7, a proibição de comercialização de 17 planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Estão no grupo dez planos da Unimed-Rio. A suspensão de todos foi determinada há uma semana, no dia 30 de outubro.

O Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento da ANS considerou, para tomar a decisão de suspensão, 16.442 reclamações recebidas no terceiro trimestre de 2018, entre as quais negativa de cobertura e demora no atendimento.

Para voltarem a vender seus planos, as operadoras impactadas precisarão regularizar a assistência a seus beneficiários, que somam 156.600 pessoas. A decisão, no entanto, não afeta o atendimento dos usuários que já contraram os planos. A proibição vale apenas para a assinatura de novos contratos.

Questionada a respeito da decisão da agência reguladora anunciada na sexta-feira passada, a Unimed-Rio informou que a suspensão de comercialização de planos é feita de acordo com um cálculo percentual da ANS, e que a cooperativa tem “uma enorme gama de produtos, sendo que tal suspensão não traz qualquer impacto no atendimento a clientes, que permanece normalizado”.

A cooperativa acrescentou que a suspensão não afeta o processo de crescimento da empresa. A Unimed-Rio ainda citou a elevação do rating da empresa para B pela Fitch Ratings, agência internacional de classificação de risco, o que demonstraria uma melhora significativa de gerenciamento e processos.

## **PESQUISA APONTA QUE 80% DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ESTÃO SATISFEITOS COM O SERVIÇO**

FenaSaúde –06/12/2018

Na abertura da segunda edição do Fórum Saúde Suplementar da Folha de São Paulo, nesta quarta-feira (5/12), foi divulgada pesquisa de opinião com beneficiários de planos de saúde realizada pelo instituto Datafolha. Entre os entrevistados, 80% consideraram que os planos de saúde são ótimos ou bons. Os resultados indicam que o plano de saúde é o bem mais valorizado para 26% dos entrevistados, estando atrás apenas da casa própria (50%). Quando perguntados sobre 'o que é mais importante para a sua vida hoje?', aparecem nos primeiros lugares, família (42%) e saúde (38%), seguidos ainda de emprego (11%), educação (7%) e lazer (1%).

"A maioria dos participantes da pesquisa está satisfeita com seu plano de saúde, o que não nos surpreende pois reiteradas pesquisas de diversas entidades, inclusive do setor público, trazem essa mesma conclusão. Ter acesso ao serviço de saúde com qualidade é um dos grandes objetos de desejo do brasileiro. A pesquisa também aponta caminhos para atender cada vez mais os anseios dos beneficiários, por exemplo: 88% dos entrevistados desejam transparência nas informações e acompanhamento médico mais individualizado. As operadoras estão investindo cada vez mais no cuidado coordenado dos beneficiários", afirmou José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que integrou o painel 'Propostas para reduzir custos e desperdício na Saúde Suplementar'.

Dos participantes da pesquisa sem plano de saúde no momento, 38% estão entre dois até quatro anos sem o serviço; 31% entre um e dois

anos; já 18% de seis meses a um ano. O principal motivo relatado é demissão (45%), seguido por falta de condições financeiras (36%) e ter deixado de ser dependente (9%). Os resultados ainda mostram que 45% dos entrevistados comprometem até 10% da sua renda com os planos.

"A pesquisa reafirma mais uma vez que renda e emprego têm relação direta na contratação desse serviço e que condições financeiras familiares é limitador para a aquisição ou manutenção do plano. O que me pareceu mais grave é que 55% das pessoas que têm planos de saúde comprometem mais de 10% da renda doméstica. Mas, a recuperação do número de consumidores de planos de assistência médica deve acontecer de forma gradual e dependerá fundamentalmente do desenvolvimento e fortalecimento da atividade econômica no país. A perspectiva para o próximo ano é positiva. O ano de 2018 já apresentou certa estabilidade no número de beneficiários apesar dos resquícios da crise", analisou Cechin.

A pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, entre os dias 21 e 23 de novembro de 2018, com 810 pessoas – 638 com plano de saúde e 172 que tiveram plano nos últimos 4 anos.

### **Pesquisa da FenaSaúde apontou satisfação de idosos com os planos de saúde**

Em 2017, a FenaSaúde encomendou a 'Pesquisa Longevidade: Idosos e Planos de Saúde' realizada também pelo Datafolha, que apontou índice de 70% de satisfação do idoso com seu plano de saúde. Foram 1.110 entrevistados a partir dos 60 anos – com e sem plano de saúde – nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, dos quais 64% dos idosos detentores de planos de saúde têm percepção de estado de saúde 'Bom ou Ótimo'. O índice cai para 53% para os idosos que não dispõem do serviço.

## **COM OBJETIVO DE MODERAR EXCESSOS, COPARTICIPAÇÃO PODE RESTRINGIR ACESSO A ATENDIMENTO MÉDICO**

Folha de São Paulo –05/12/2018

### **Número de reclamações sobre coparticipação subiu nos últimos cinco anos, segundo Idec**

**SÃO PAULO** Criado para moderar o uso excessivo de exames e procedimentos médicos, o modelo de coparticipação em planos de saúde, em que o usuário arca com uma parcela dos custos de atendimento, traz um efeito colateral: se o percentual estabelecido pelo plano for alto, acaba funcionando como uma barreira ao atendimento.

Evitar desperdício na saúde é um objetivo louvável, mas não pode ser colocada acima da necessidade de atendimento médico da

população nem cabe ao consumidor a responsabilidade por essa gestão, afirmou Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

O número de reclamações sobre coparticipação em planos de saúde subiu nos últimos cinco anos, período em que o modelo teve aumento expressivo de usuários. Para a pesquisadora, em momento de desemprego alto, os preços mais baixos da coparticipação atraem muita gente, que depois não tem condições de arcar com os custos de exames ou procedimentos clínicos.

Por outro lado, o modelo desperta no usuário a consciência dos custos provocados pelo excesso de atendimentos, uma das causas dos altos reajustes anuais dos planos, segundo Felipe Rossi, diretor da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde).

"O usuário precisa acordar e perceber que o sistema de saúde privada é nosso. Quanto mais a gente gasta, mais a conta vai sair cara."

Outro elemento importante que acaba caindo no bolso do consumidor, segundo Rossi, é a exigência de que as operadoras façam o ressarcimento ao SUS de beneficiários que sejam atendidos



pelo sistema público. Para ele, o ideal é que o Estado tenha cada vez menos interferência no funcionamento da saúde particular.

Além da coparticipação, outra forma de reduzir desperdícios é mudar o modelo de pagamento de hospitais e clínicas, de acordo com Walter Cintra Ferreira Junior, coordenador do MBA em gestão de saúde da Escola de Administração de Empresas da FGV.

“Hoje você tem um sistema em que, quanto mais procedimentos realizados, mais o hospital ganha. Se a remuneração passar a ser feita de acordo com os resultados clínicos conseguidos, muda a lógica do atendimento”, disse Ferreira.

## MEDICINA DA FAMÍLIA É APOSTA DE PLANOS DE SAÚDE PARA REDUZIR CUSTOS

Folha de São Paulo –05/12/2018

### Administradores criticam excesso de exames desnecessários e falta de capacitação dos médicos

**SÃO PAULO** Um modelo baseado na atenção primária à saúde, no qual o paciente é recebido no sistema por um médico da família, é uma das principais ações de planos de saúde para cortar custos e desperdícios.

Na atenção primária, também chamada de cuidado integral, o paciente ganha cuidados iniciais antes de ser encaminhado a especialistas. O pedido de exames é feito com menor frequência dentro do modelo, que privilegia prevenção e educação em saúde.

Hoje, o beneficiário é submetido a consultas com baixa efetividade e pedidos de exames desnecessários, na avaliação de Alberto Gugelmin Neto, vice-presidente da Unimed do Brasil. Cerca de 70 unidades da Unimed de diversas partes do país já adotam o modelo, visto como um aposta de sustentabilidade para o futuro.

A Amil é outra operadora que investe na expansão da estratégia. Os cuidados primários, hoje prestados apenas por clínicas próprias da empresa, passarão a ser feitos em breve também por consultórios credenciados, aumentando o número de pessoas atendidas, segundo Alexandre Rosé, diretor de serviços clínicos da companhia.

“Nossos resultados mostram que 89% das demandas que chegam à atenção primária são resolvidas antes que passem para outros níveis”, disse.

## USO DE TECNOLOGIA NA SAÚDE REQUER MAIOR ATENÇÃO À CIBERSEGURANÇA

Folha de São Paulo –05/12/2018

### Dados são coletados a todo momento, e o indivíduo não se dá conta, alertam especialistas

**SÃO PAULO** Para aprimorar o uso de tecnologias da informação na prestação de serviços de saúde, faltam ao Brasil uma regulamentação para novos modelos de consulta médica, bem como atenção à cibersegurança e aos direitos fundamentais do paciente.

Ele defendeu maior transparência em relação ao histórico de procedimentos médicos por parte de planos e hospitais com os usuários, iniciativa que poderia evitar realização ou repetição desnecessária de exames.

O debate, mediado pela jornalista Cláudia Collucci, integrou o 2º fórum Saúde Suplementar, organizado pela Folha, com patrocínio da administradora de benefícios Qualicorp e do sistema cooperativo de saúde Unimed, além de apoio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Os dois executivos participaram do debate sobre propostas para reduzir custos e desperdícios da medicina privada durante o 2º fórum Saúde Suplementar, realizado pela Folha nesta quarta-feira (5), em São Paulo.

Para José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), além de procedimentos desnecessários, a negligência e a falta de capacitação, que levam a cirurgias e consultas mal feitas, oneram ainda mais o sistema.

Cechin criticou ainda a remuneração baseada em quantidade de procedimentos. “Há uma supervalorização dos exames por causa da insegurança do médico. Esse modelo de pagamentos privilegia a quantidade, não a qualidade. O médico precisa ser treinado na área de custos.”

Uma das maiores dificuldades para a implantação da medicina da família é a baixa adesão dos médicos. Segundo dados do Ministério da Saúde, das 3.587 vagas autorizadas para ingresso na residência em medicina da família neste ano, só 1.183 foram preenchidas (33%).

Para mudar o modelo vigente, dependente da venda de materiais e medicamentos, as administradoras devem dar aos hospitais a possibilidade de gerar receita com a prestação de serviços, declarou Gugelmin Neto, da Unimed.

Mas uma outra figura não pode ser alijada desse processo, afirmou Juliana Pereira, diretora-executiva de clientes da Qualicorp: o cliente. Dialogar com ele pode tornar o plano de saúde mais eficiente e ajuda a evitar ações judiciais. “O consumidor é protagonista da sua saúde, ele não é apenas a pessoa que paga o boleto”, afirmou Juliana.

O evento foi patrocinado pela administradora de benefícios Qualicorp e o sistema cooperativo de saúde Unimed, e teve apoio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

“Os dados estão em toda parte, sendo coletados a todo momento, e o indivíduo mal se dá conta”, afirmou Juliana Abrusio, professora da Universidade Mackenzie e especialista em direito digital.

A professora celebrou a aprovação da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, que entrará em vigor em fevereiro de 2020. “Tínhamos leis e normas voltadas à regularização de dados, mas muitas vezes eram conflitantes.”

A lei trouxe segurança jurídica, mas ainda falta fortalecer a segurança dos dados em todo o processo, da triagem inicial ao prontuário médico.

Antonio Carlos Endrigo, diretor de tecnologia da informação da Associação Paulista de Medicina (APM), reforçou a preocupação, afirmando que muitos médicos já têm o hábito de armazenar prontuários em nuvem, o que “dá um medo enorme”.

Para os debatedores, uma saída é a criação de uma autoridade nacional, figura que estava prevista na lei, mas foi vetada pelo presidente da República por questão jurídica. "Sem uma autoridade nacional, a lei fica capenga, embora isso não retire sua eficácia", disse Juliana Abrusio.

Como devem agir órgãos do setor num momento disruptivo, em que transformações ocorrem de forma constante? Primeiro, regulamentando com celeridade práticas que já estão se consolidando, responde Ana Estela Haddad, professora associada da USP e diretora de relações institucionais da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (ABTMs).

"Com visão multiprofissional, segurança e confidencialidade no tráfego da informação, o uso adequado da tecnologia pode melhorar a entrega de serviços e fortalecer o funcionamento e a gestão da rede de atenção."

Como exemplo, ela citou o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, iniciativa do Ministério da Saúde que, em 2007, passou a oferecer ferramentas e tecnologias de informação e comunicação para profissionais da atenção básica no Brasil.

Segundo Ana Estela, nos 63% dos casos em que médicos recorreram à teleconsultoria para esclarecer alguma dúvida de clínica geral, houve mudança de conduta em 87% deles e em 64% evitou-se encaminhamento adicional.

O Brasil ainda não permite a teleconsulta, em que o contato entre médico e paciente se dá pela internet. Segundo Antonio Carlos Endrigo, diretor de tecnologia da informação da APM e defensor da medida, falta uma resolução do Conselho Federal de Medicina que estabeleça regras claras na relação médico-paciente.

Para Endrigo, o desafio para empresas e startups que produzem inteligência artificial para a área de saúde é fazer isso preservando o contato entre médico e paciente.

O debate ocorreu durante 2º fórum Saúde Suplementar, realizado pela Folha nesta quarta-feira (5), em São Paulo. O evento foi patrocinado pela administradora de benefícios Qualicorp e o sistema cooperativo de saúde Unimed, e teve apoio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

---

**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)