



01 de Janeiro de 2017

NA NOVA UNIDADE, OUTRO MODELO DE REMUNERAÇÃO

VALOR ECONÔMICO -03/01/2017

A nova unidade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, prevista para ser inaugurada daqui a três meses em São Paulo, pretende abrir as portas já com um novo modelo de remuneração. A ideia é que todos os procedimentos médicos tenham um valor fixo e não mais uma conta médica aberta como acontece atualmente no setor.

“Estamos negociando com as seguradoras e operadoras de planos de saúde. O objetivo principal é que haja previsibilidade de preço. O risco dos custos extras poderá ser compartilhado entre operadoras, hospitais e, inclusive, com fornecedores [de prótese e órtese, por exemplo]”, disse Paulo Vasconcellos Bastian, presidente do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Essa será a primeira vez que um hospital inteiro trabalha com um novo modelo de remuneração – tema que vem ganhando importância diante do custo crescente no setor da saúde. Atualmente, o que há projetos pilotos em que apenas alguns procedimentos ou áreas médicas de hospitais são remunerados pela operadora de plano de saúde com um modelo diferenciado. Um dos formatos de pagamento com maior adesão nos Estados Unidos é o DRG, ou seja, o pagamento de um valor fixo por diagnóstico médico.

A nova unidade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz ficará no prédio que operava o Hospital Santa Helena, da Unimed Paulistana. Os procedimentos médicos serão os mesmos da “matriz”, que fica na região da Avenida Paulista, mas a unidade será mais voltada ao público com renda média alta e não só premium. O Oswaldo Cruz está investindo R\$ 140 milhões nesse projeto, que deve gerar um faturamento de R\$ 380 milhões em 2018.

DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA SÓ FICA SE CONTRIBUIU DURANTE CONTRATO

CONSULTOR JURÍDICO - 03/01/2017

O demitido sem justa causa só fica no plano de saúde se tiver contribuído durante o contrato de trabalho. O entendimento é da 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, que autorizou a exclusão do plano de saúde de um homem demitido sem justa causa que não contribuiu durante seu contrato.

Na petição inicial, o ex-empregado narrou que trabalhou em um banco entre 1983 e 2014 e que, desde abril de 1989, era beneficiário do plano de saúde da instituição.

Segundo ele, eram efetuados descontos mensais em sua conta bancária a título de saúde. Quando houve a rescisão do contrato de trabalho, em 2014, foi informado de que a vigência do contrato de assistência à saúde seria mantida apenas até dezembro do mesmo ano.

Inconformado, ajuizou ação para permanecer com o benefício. Alegou a previsão do artigo 30, parágrafo 1º, da Lei 9.656/98, que assegura ao trabalhador demitido sem justa causa o direito de permanecer no plano de saúde pelo período máximo de 24 meses.

Em primeira instância, o pedido foi julgado procedente. A ré foi condenada a manter o autor e seus dependentes no plano mediante o pagamento das mensalidades, decisão mantida pelo Tribunal de Justiça de São Paulo.

Em recurso especial ao STJ, o plano de saúde demonstrou que o empregador custeava integralmente o plano de saúde e que os descontos na conta bancária do empregado eram relativos apenas à coparticipação por procedimentos realizados.

O relator, ministro Luis Felipe Salomão, deu provimento ao recurso por entender haver diferença entre contribuição e coparticipação por procedimentos e que só a contribuição gera direito aos benefícios legais alegados pelo autor.

“Se o plano de saúde coletivo empresarial fora integralmente custeado pelo empregador/estipulante, penso que não há se falar em contribuição por parte do ex-empregado (aposentado ou demitido sem justa causa) e, por conseguinte, inexistente direito de manutenção na condição de beneficiário com base na Lei 9.656”, afirmou o relator.

COMO O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE IMPULSIONA A MEDICINA SAÚDE BUSINESS – 03/01/2017

Além de funcionar como uma ferramenta de autoconhecimento hospitalar, já que mapeia todos os processos, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pode ajudar no monitoramento do estado de saúde dos pacientes. Isso porque facilita o acesso às informações, tanto pelo paciente quanto pelo médico, integrando os dados e, assim, permitindo mais qualidade e eficácia de atendimento e impulsionando a medicina preventiva.

Só no Brasil, cerca de 57,4 milhões de pessoas possuem pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), enfermidades responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no país, segundo dados do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas doenças poderiam ser evitadas se as pessoas recebessem mais orientações de como preveni-las. De acordo com Aliança para a Saúde Populacional (Asap), a falta de prevenção é responsável por 50% delas, genética e o ambiente, por 20%; e a falta de acesso à atenção médica, por 10%.

Rogério Medeiros, professor com MBA em Gestão em Saúde do Centro Universitário São Camilo, mostra duas ajudas importantes do PEP na prevenção:

- **Histórico do paciente:** com questionários aplicados pelo médico, o hospital pode arquivar no prontuário um relatório detalhado do perfil de um paciente, dividido em graus “leve”, “moderado” ou “grave”, de acordo com os estágios da doença. Dessa forma, médicos diferentes podem acessar os dados e verificar o histórico de ocorrências, podendo conduzir o monitoramento, tratamento ou acompanhamento de forma mais eficaz.
- **Monitoramento remoto:** é possível acompanhar e controlar agendas, históricos clínicos e sociais dos usuários doentes e registrar orientações e ações para cada um. Essas informações podem ser acessadas pelo paciente, de casa, facilitando o controle de medicamentos e o acompanhamento da situação de seu problema de saúde. Esse acompanhamento pessoal pode evitar voltas desnecessárias ao médico por conta de medicação incorreta, por exemplo.

“O PEP pode ajudar melhorar a experiência do paciente, colocando-o em uma posição mais ativa em relação a prevenção do agravamento de doenças crônicas, com a elevação dos níveis de gestão e atendimento hospitalares”, finaliza Medeiros.

ANS FIXA REGRAS PARA O MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL ANS – 02/01/2017

Mapeamento do risco será processado trimestralmente

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) padronizou as regras do monitoramento do risco assistencial, prática adotada pelo órgão para o acompanhamento de operadoras de planos de saúde com o objetivo de detectar anormalidades que possam constituir risco à continuidade ou à qualidade do atendimento prestado aos beneficiários. Os objetivos são: identificar operadoras com indícios de risco assistencial; monitorar a evolução assistencial das operadoras e do setor em geral; e subsidiar ações preventivas e corretivas de competência da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro).

O mapeamento do risco assistencial será processado trimestralmente e realizado com base em indicadores definidos pela ANS. O desempenho da operadora nos indicadores estabelecidos será mensurado a partir de nota, que vai variar entre 0 e 1. A partir do cálculo da nota final, a operadora será classificada em uma das seguintes faixas: faixa 1: nota final maior ou igual a 0,7 e menor ou igual a 1; faixa 2: nota final maior ou igual a 0,35 e menor do que 0,7; ou faixa 3: nota final maior ou igual a zero e menor do que 0,35.

O resultado preliminar da avaliação no mapeamento do risco assistencial será disponibilizado no site da ANS (www.ans.gov.br) exclusivamente para cada operadora avaliada, que poderá acessá-lo mediante o uso de senha. A operadora terá prazo de 15 dias para enviar questionamentos sobre a sua avaliação. Após a análise dos questionamentos, bem como realização dos ajustes eventualmente necessários, a ANS divulgará o resultado final da avaliação da operadora.

Conforme a classificação da operadora, a ANS pode adotar medidas administrativas, como realização de visita técnico-assistencial para identificação de anormalidades, suspensão da comercialização de produtos ou o estabelecimento de um Plano de Recuperação Assistencial.

A [Resolução Normativa nº 416](#), que traz a normatização, foi publicada nesta sexta-feira (23), no Diário Oficial da União (D.O.U), assim como a [Instrução Normativa nº 49](#), que traz o detalhamento do funcionamento das normas. Antes desse regramento, as diretrizes eram comunicadas periodicamente às operadoras por meio de notas técnicas.

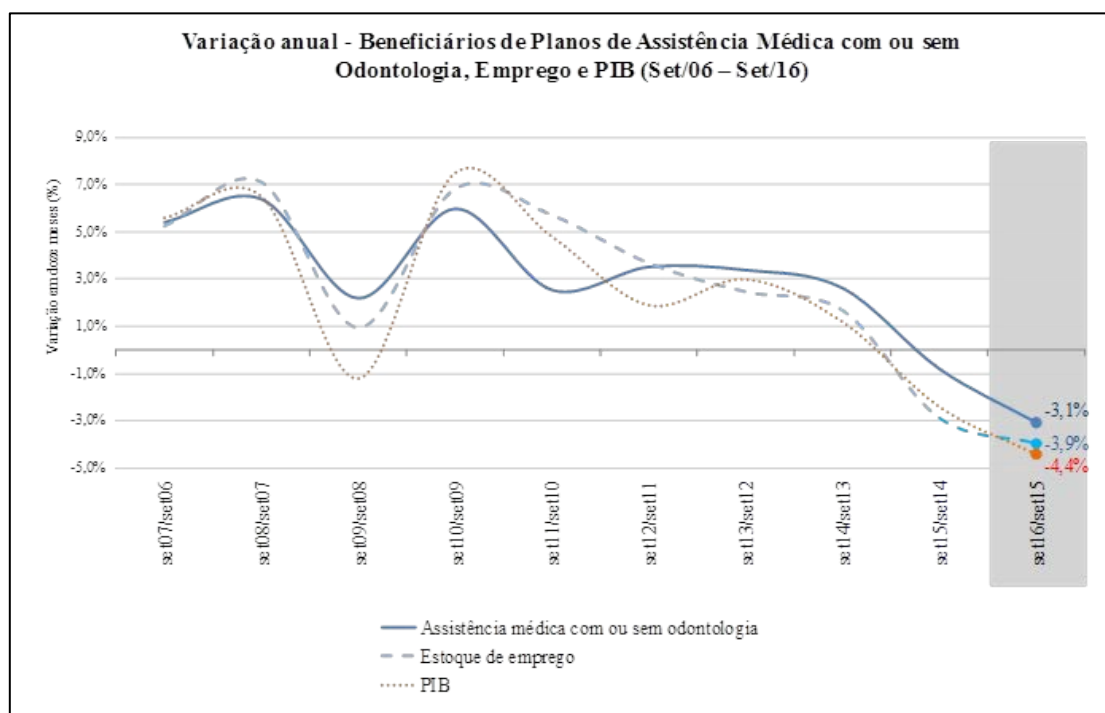
Confira aqui a [Nota Técnica](#), do dia 15/12/2016, com os indicadores para o mapeamento do risco assistencial, com base nos dados coletados nos sistemas de informação da ANS.

RECUPERAÇÃO

Também foi publicada a [Resolução Normativa nº 417](#), que traz as regras relativas ao Plano de Recuperação Assistencial, regime especial de Direção Técnica (DT) e Programa de Saneamento Assistencial. Essa resolução traz aprimoramento às normas já estabelecidas pela Resolução Normativa nº 256, de 2011, revogada com a publicação do novo texto sobre esses temas. Portanto, a RN 417 traz melhorias às normas existentes. O detalhamento da norma está na [Instrução Normativa nº 50](#), também publicada no D.O.U.

2016: O ANO EM QUE O SETOR PERDEU 1,5 MILHÃO DE BENEFICIÁRIOS CNSEG – 02/01/2017

Nos últimos doze meses terminados em setembro de 2016, o mercado de saúde suplementar manteve a trajetória de desaceleração em sintonia com a recessão econômica que atingiu o País. O aumento da taxa de desemprego nos diversos segmentos da economia e a queda do rendimento médio dos trabalhadores também contribuíram para esse cenário. Ressalta-se, no entanto, que o setor de saúde suplementar, mesmo vulnerável, foi mais resiliente – uma vez que, mesmo na crise, o brasileiro resiste em abrir mão do plano de saúde – e a redução do número de beneficiários foi bem menor que a queda do emprego e do PIB, como demonstra o gráfico abaixo.



Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de assistência médica contabilizaram mais de 48,3 milhões de beneficiários (68,6% do total) com redução de 3,1%, enquanto os exclusivamente odontológicos totalizaram 22,2 milhões (31,4% do total) com aumento de 2,7%, ambos na mesma base de comparação.

A deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento das famílias e empresas afetaram negativamente o desempenho do mercado de saúde suplementar, especialmente com relação à contratação de planos coletivos empresariais. Esse tipo de contratação registrou queda 3,2% em doze meses, passando de 33,2 milhões em setembro de 2015 para 32,1 milhões em setembro de 2016.

De acordo com especialistas da FenaSaúde, o cenário para 2017 ainda é incerto e o setor projeta estabilidade do número de beneficiários de planos médicos. Os planos exclusivamente odontológicos devem crescer em ritmo inferior ao observado em anos anteriores e projeta-se um crescimento entre 2% e 2,5%, totalizando 22,7 milhões de beneficiários em dezembro de 2017.

Ao final de setembro de 2016, atuavam no mercado de saúde suplementar 1.101 operadoras com registro ativo e com beneficiários. Ressalta-se que nos nove primeiros meses do ano foram cancelados 34 registros de operadoras médico-hospitalares e 22 exclusivamente odontológicas.

ANS ATUALIZA NORMAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS

ANS - 02/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou na quarta-feira (28/12) a Resolução Normativa nº 418 que aprimora o plano de contas que as operadoras de planos de saúde devem observar. Periodicamente, a ANS revê a norma contábil aplicada no setor para aprimorar o monitoramento econômico-financeiro das operadoras feito através das informações enviadas pelas próprias, bem como para reproduzir melhor na contabilidade as operações comerciais que são feitas.

Para o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Leandro Fonseca, “o plano de contas passa a refletir melhor as operações efetuadas no mercado regulado o que, ao fim, é um de seus objetivos, além de organizar melhor as informações contábeis das operadoras, possibilitando comparações e análises mais profundas de cunho econômico-financeiro”.

A ANS também está aprimorando a Resolução Normativa nº 392, que trata sobre aceitação, vinculação, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde.

Como as operadoras precisam administrar os recursos financeiros que captam das empresas e das famílias por meio das mensalidades de planos de saúde, a ANS estabelece que tais recursos sejam administrados de forma prudente. Entre outros requisitos, a Agência exige que as operadoras façam uma série de provisões técnicas, ou seja, reconheçam o montante de despesas assistenciais que devem arcar, bem como tenham ativos que possam fazer frente a essas necessidades de desembolsos.

De forma a garantir que as operadoras façam aplicações financeiras seguras, a ANS estabelece então quais os tipos e limites de aplicação que podem ser feitos. A modificação feita no normativo acompanha a resolução 4.444 do Conselho Monetário Nacional (CMN) relativa à aplicação dos recursos das reservas técnicas das seguradoras que devem preservar a segurança, liquidez e rentabilidade.

Para o diretor “atualizações normativas fazem parte dos processos regulatórios e nesse caso, ambos os normativos visam aprimorar os já existentes, compatibilizando a melhor referência teórica e o menor impacto regulatório com o objetivo de melhorar a disciplina e o monitoramento econômico-financeiro das operadoras”, explica.

GOVERNO LIBERA NOVOS REMÉDIOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS

PORTAL BRASIL - 30/12/2016

O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberaram novos tratamentos para pacientes com hiperparatireoidismo secundário, câncer renal e melanoma.

Agora, o Sistema Único de Saúde (SUS) vai disponibilizar dois novos remédios para tratar o hiperparatireoidismo secundário, oriundo de doença renal crônica: Paracalcitol e Cinacalcete. Os medicamentos são indicados para quem precisa passar por diálise ou que seja reincidente no tratamento convencional.

Segundo estudos apresentados à Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias ao SUS (Conitec), os dois medicamentos mostraram uma redução de 50% nos níveis de PTH – hormônios, que controlam os níveis de cálcio, vitamina D e fósforo no sangue e nos ossos.

Os resultados também sugeriram que o medicamento paricalcitol pode reduzir os riscos de hospitalização. Além disso, as pesquisas apontaram uma taxa maior de sobrevida aos pacientes, se comparado com outros tratamentos.

O Hiperparatireoidismo secundário é oriundo de doença renal crônica, que se caracteriza por um desequilíbrio, principalmente dos níveis de paratormônio (PTH), vitamina D, cálcio e fósforo presentes no sangue e nos tecidos. Nesses pacientes, as glândulas passam a liberar no sangue uma quantidade de PTH maior do que a adequada, que é de 150 a 300 pg/ml.

No Brasil, em 2014, cerca de 45.000 pacientes apresentavam nível de PTH acima do normal (acima de 300 pg/ml), segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia. De um modo geral, os sintomas clínicos mais frequentes são: dores nos ossos e nas articulações, fraturas, deformações esqueléticas, ruptura de tendões, entre outros. Além disso, o HPTS aumenta o risco de complicações cardiovasculares e morte.

Câncer renal e melanoma

Para os pacientes com câncer renal, a Anvisa autorizou o uso do Opdivo (nivolumabe). O nivolumabe é um anticorpo monoclonal de imunoglobulina G4 (IgG4) totalmente humano que se liga ao receptor de morte programada 1 (PD-1) e bloqueia sua interação com PD-L1 e PD-L2. Opdivo potencializa as respostas das células T, incluindo respostas antitumorais, por meio do bloqueio da ligação de PD-1 aos ligantes PD-L1 e PD-L2.

Além disso, a agência também liberou o registro do Mekinist (dimetilsulfóxido de trametinibe) na forma de comprimido para o tratamento de melanomas. O melanoma cutâneo é a forma mais agressiva de todos os cânceres de pele, com aproximadamente 232 mil novos casos e aproximadamente 55.000 mortes relacionadas à doença mundialmente a cada ano.

PLANOS ODONTOLÓGICOS ATRAEM CADA VEZ MAIS BRASILEIROS

IESS - 29/12/2016

A região Sudeste apresenta maior crescimento de vínculos de planos exclusivamente odontológicos. Nos 12 meses encerrados em novembro, houve adesão de 169,8 mil beneficiários. O que representa alta de 1,4%.

Apenas em São Paulo foram firmados 259,5 mil novos vínculos, alta de 3,6%. O resultado supera o total de novos beneficiários de todas as outras regiões do País somadas. Com isso, o Estado concentra 7,4 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o que representa um terço dos 21,9 milhões de beneficiários no País.

O resultado da região Sudeste só não foi mais expressivo porque no Rio de Janeiro foram rompidos 129,1 mil vínculos. Uma queda de 4,4%. Apesar de o Estado ainda concentrar o segundo maior número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (2,8 milhões), a retração acende uma luz amarela.

A região Nordeste também tem se destacado, apresentando o maior crescimento porcentual desses planos. Foram 111,4 mil novos vínculos no período analisado, um impulso de 2,8%.

MONITORAMENTO DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS –

2016/2017

SAÚDE BUSINESS - 29/12/2016

Com o intuito de monitorar tais informações, será enviado às operadoras um formulário através do endereço de e-mail cadastrado na ANS, contendo o link para o formulário.

O formulário estará disponível para preenchimento até 20/01/2017.

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 sl 601.
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20020-906– Brasil/fax: 55-21-2210-6313