



25 de Janeiro de 2017

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS CAI 1,4 MILHÃO EM 2016, DIZ ANS

G1 -24/01/2017

Os planos de saúde perderam 1,4 milhão de beneficiários em 2016, segundo ano consecutivo de retração no setor. Os dados foram divulgados na segunda-feira (23) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em dezembro de 2016, os planos privados somavam 47,9 milhões de usuários. No mês, houve uma perda de 5.161 beneficiários dos planos, de acordo com a ANS.

O movimento é reflexo da crise econômica brasileira, que levou o PIB nacional a dois anos de retração consecutiva. Nesse cenário econômico, o desemprego aumentou, superando a casa de 12 milhões de pessoas procurando trabalho. Em 2016, o Brasil fechou 1,32 milhão de empregos formais.

Muitas dos desempregados perderam o plano de saúde corporativo e entram na lista de pessoas que deixaram de ser beneficiárias de planos de saúde privados.

PLANOS ODONTOLÓGICOS

Apesar da queda no número de beneficiários de planos de assistência médica, a quantidade de pessoas que tem acesso a planos exclusivamente odontológicos cresceu 3,8% em 2016.

Ao todo, 22 milhões de pessoas encerram 2016 com plano odontológico, cerca de 815 mil a mais do que no ano anterior.

OPERADORAS DE SAÚDE: 2 SUGESTÕES PARA REDUÇÃO DE CUSTO

SAÚDEBUSINESS - 24/01/2017

Entre agosto e outubro de 2016, a população desempregada somou 12 milhões de pessoas, um aumento de 33,9% em comparação ao mesmo trimestre de 2015 e o maior índice de toda a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), que teve início em 2012. Nesse cenário, mais de 1,5 milhão de brasileiros deixou de ter planos de saúde nos últimos 12 meses, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Das 49 milhões de pessoas que possuem planos de saúde no Brasil, 75% são beneficiárias de planos empresariais segundo a agência. Com a crise econômica e o aumento do desemprego verificados em 2016, mais pessoas deixaram de ter o benefício, movimento que afetou diretamente as finanças das operadoras de saúde.

Depois de um ano difícil, [reorganizar as contas](#) e não "tomar sustos" em 2017 e nos próximos depende de uma atividade crucial: controlar custos. Contudo, isso não passa por estreitar ainda mais o cerco para concessão de procedimentos aos beneficiários, mas, sim, por otimizar a gestão, de forma a deixá-la mais inteligente e focada no objetivo-fim de todas as entidades de saúde: garantir a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Veja, abaixo, duas sugestões.

1. Abordagem inteligente

O mercado encara, hoje, as operadoras como meras pagadoras de eventos assistenciais. Mas a relação pode ser muito mais próxima, posicionando a operadora de saúde de forma proativa na prevenção de eventos adversos. Por mais que um usuário que paga a mensalidade do plano, mas nunca utiliza os procedimentos possa parecer "um bom cliente" do ponto de vista financeiro, pode se tornar altamente custoso no futuro. Alguém propenso a desenvolver uma doença cardíaca, por exemplo, deve ser tratado de maneira preventiva com nutricionista, cardiologista e outros especialistas para evitar a necessidade de uma cirurgia, altamente cara e invasiva, no futuro. Dessa maneira, cabe às operadoras de saúde utilizarem os dados que possui de seus beneficiários para incentivar um acompanhamento responsável da saúde.

2. Big Data como aliado

Uma abordagem ainda pouco utilizada pelas operadoras de saúde e que pode ajudar nesse momento de crise é a medicina preditiva. Com ajuda de tecnologias de analytics e Big Data que façam uma varredura nos protocolos médicos e histórico do paciente, a organização consegue identificar a probabilidade de o beneficiário contrair uma doença em um determinado período de tempo. A ideia aqui é capturar os resultados dos exames e fornecer às pessoas uma análise individual: seria um ponto além do item anterior, com a tecnologia sendo aliada na gestão individual dos beneficiários, com o objetivo, sempre, de reduzir intercorrências – o que gera menos custo e mais qualidade de vida aos clientes.

REDUZIR GASTOS, MAS NÃO A QUALIDADE

IESS – 23/01/2017

Será que é possível reduzir gastos no setor de saúde suplementar sem diminuir a qualidade? O estudo [“Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes”](#), publicado na [15ª edição do Boletim Científico](#) com o título “Associação entre a participação de hospitais em uma iniciativa do Medicare de pagamento por pacote (Bundled payment) e os resultados de qualidade para episódios de implante de prótese de articulação”, avalia o programa *Bundled Payments for Care Improvement* (BPCI), dos Estados Unidos, e garante que sim, é possível.

De acordo com o estudo, foi possível observar que nos hospitais que participaram do programa BPCI os gastos caíram, em média, U\$ 1.166 a mais do que no grupo de comparação que não participava do programa. Isso sem alterar a qualidade da assistência prestada entre os hospitais analisados.

Na realidade, entrevistas com os pacientes dos dois grupos mostraram que os que realizaram implante de prótese de articulações (principalmente joelho e quadril) nos hospitais participantes do BPCI apresentaram resultados mais expressivos, como melhorias na mobilidade, menores problemas físicos e emocionais e menos dor no período de recuperação.

Um forte indicador de que programas de controle de gasto com foco em eficiência acabam por beneficiar o atendimento dos pacientes.

JUSTIÇA REAFIRMA QUE COBRANÇA DE TAXA EXTRA PELO PARTO É ILEGAL

EXAME – 23/01/2017

São Paulo – A Justiça de São Paulo reafirmou que a cobrança de uma taxa extra pelo parto de beneficiárias de planos de saúde, exigida por médicos que se disponibilizam a realizar o procedimento a qualquer momento, é ilegal.

A juíza federal Diana Brunstein, da 7ª Vara Federal Cível de São Paulo, rejeitou o pedido da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamenta o setor, reconheça a taxa como legítima. A decisão foi publicada na quarta-feira passada (11).

A ANS considerou a cobrança, conhecida como “taxa de disponibilidade”, como indevida não apenas para parto, mas todos os procedimentos cobertos pelos planos, em outubro de 2014. Posteriormente, o Ministério Público Federal de Goiás também determinou que a taxa é abusiva.

“Uma beneficiária de plano hospitalar com obstetrícia tem o direito garantido de que o parto, normal ou por cesárea, está coberto pelo seu plano e os honorários médicos serão cobertos pela operadora. Qualquer taxa cobrada pelo obstetra à gestante é ilegal”, diz a ANS, em nota.

Segundo a juíza responsável pela decisão, se médico credenciado pelo plano quiser fazer o parto da segurada ele deve se sujeitar às regras da operadora a que está vinculado. Ou seja, não pode cobrar um valor adicional para realizar o procedimento.

Caso o médico “não esteja de acordo com as regras e valores do convênio deve procurar ‘captar clientela’ de outra forma, atendendo somente consultas particulares”, diz a juíza, na decisão. Neste caso, poderá ajustar seus honorários livremente, para clientes que estejam cientes desses valores.

A decisão foi dada em primeira instância e ainda cabe recurso. Contudo, uma liminar movida pela associação sobre o tema já foi indeferida e, chamado para opinar sobre a demanda, o Ministério Público julgou a ação como improcedente.

Cobertura garantida

Segundo o advogado especializado em Direito à Saúde Rodrigo Araújo, se a Justiça aceitasse o pedido da associação, médicos credenciados de outras especialidades também se sentiriam motivados a cobrar taxas extras de seus pacientes em caso de cirurgia de emergência, por exemplo.

Para Araújo, neste caso o número de ações na Justiça aumentaria, já que a lei dos planos de saúde (9.656/98) já exige a cobertura integral das despesas quando o médico e o estabelecimento forem credenciados pelo plano de saúde”.

Ele afirma que a gestante não pode exigir que o médico que a acompanhou no pré-natal esteja disponível para realizar o parto a qualquer momento. Mas, por outro lado, ele não pode cobrar taxas adicionais para fazer isso. "Caso não possa ficar disponível, ele deve recusar o serviço".

O que fazer

Ao se deparar com a cobrança de taxas extras por serviços cobertos pelo plano de saúde, o consumidor deve fazer a denúncia à operadora de plano de saúde, que deverá tomar as devidas providências. É importante solicitar à operadora o protocolo desse atendimento.

No caso de a operadora não tomar providências, o consumidor poderá, munido do protocolo de atendimento, fazer uma reclamação à ANS. A operadora será notificada e poderá ser multada, caso a infração seja constatada.

Valores adicionais cobrados da gestante podem ser ressarcidos na Justiça.

Se não encontrar um médico credenciado que realize o parto pelo plano, a gestante deve contatar a operadora de saúde, que é obrigada a oferecer um médico para realizar o procedimento, segundo a ANS.

Caso a gestante tenha preferência pelo médico do pré-natal e ele não esteja disponível para realizar o parto, ela tem a opção de realizar partos com plantonistas dos hospitais credenciados pelo plano de saúde sem custo algum.

Cobrança de parto "por fora"

Especial da EXAME apurou que, além da taxa adicional por disponibilidade, médicos credenciados no plano de saúde podem cobrar o valor do parto por fora.

Para a FenaSaúde e a ANS, a prática também pode ser considerada uma infração. Porém, é preciso primeiro verificar se o médico está, por contrato, obrigado a realizar o parto pelo plano de saúde.

Se um médico tem um contrato com a operadora para fazer tanto a consulta quanto o parto, e cobra o procedimento por fora, a prática pode ser vista como quebra na relação contratual, e a operadora pode até descredenciá-lo por isso.

Já se estiver habilitado a fazer apenas consultas pelo plano, o médico pode cobrar pelo parto de forma particular, contudo que deixe isso claro à gestante logo na primeira consulta do pré-natal.

EMPRESA DE PLANOS DE SAÚDE DEVE COBRIR TRATAMENTO DE DEPENDENTE QUÍMICO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

TJSP - 20/01/2017

O juiz Frederico dos Santos Messias, da 4ª Vara Cível da Comarca de Santos, concedeu tutela provisória para determinar que empresa que comercializa planos de saúde autorize internação de dependente químico que apresenta graves transtornos psiquiátricos em comunidade terapêutica para a realização de tratamento, sob pena de multa de R\$ 5 mil em caso de descumprimento.

Para o magistrado, se o contrato prevê a cobertura é descabida a argumentação quanto à origem da doença ou limitação de tempo de internação, e citou, na decisão, jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (Súmula 302) e do Tribunal de Justiça de São Paulo (Súmula 92) sobre o tema. "É sabido que tais comunidades terapêuticas são o que de melhor existe no tratamento da dependência química e dos transtornos psiquiátricos que dela decorrem", afirmou.

Cabe recurso da decisão.

ANS CRIA GRUPO DE TRABALHO PARA APERFEIÇOAR FISCALIZAÇÃO

ANS - 20/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Diretoria de Fiscalização (DIFIS), instituiu um grupo de trabalho para discutir e aperfeiçoar a fiscalização que realiza junto às operadoras de planos de saúde. O GT Debates Fiscalizatórios reunirá representantes de operadoras, de prestadores de serviços de saúde e de órgãos de defesa do consumidor. A ideia é que, ao final das atividades, seja criado um novo modelo de fiscalização para a agência, centrado na racionalidade, proporcionalidade e eficiência das ações e na efetividade de seus resultados.

A portaria de criação do grupo foi publicada no Diário Oficial da União do dia 12/01. A primeira reunião está agendada para o dia 07 de fevereiro, no Rio de Janeiro.

A agenda de Debates Fiscalizatórios foi iniciada em 2016, com a realização de encontros promovidos pela DIFIS. Formalizado enquanto GT, o grupo aprofundará estudos, analisará propostas e contribuições e promoverá discussões e debates sobre os procedimentos adotados pela agência para a estruturação e realização de suas ações de fiscalização.

O VALOR DE UMA SEGUNDA OPINIÃO

SAÚDEBUSINESS - 19/01/2017

A segunda opinião na área médica trata-se de uma consulta adicional com outro profissional (grupo de profissionais da área) da mesma especialidade do médico que atendeu inicialmente o beneficiário. O objetivo da segunda opinião é auxiliar no entendimento de uma condição médica considerada complexa, ou seja, ajudar no esclarecimento do diagnóstico e propor quando possível outras opções de tratamento, visando sempre a segurança na relação médico-paciente.

O cenário atual conta com a progressiva conscientização dos pacientes acerca de seus problemas de saúde, o proeminente nível de complexidade científica e novas técnicas da medicina acompanhado do aumento dos problemas legais e econômicos, relacionados à prática médica torna a segunda opinião uma prática importante motivando os convênios a apostarem em segunda opinião médica na redução de despesas médicas, além do valor do custo que pode cair em até 10% após um ano da adoção da prática.

É importante ressaltar que a segunda opinião é um direito do paciente e pode ser solicitada para tirar dúvidas sobre o seu tratamento, ou seja, é necessário que ele ou seu representante legal autorizem e solicitem ao médico ouvir a opinião de um colega. Entretanto por lei, os planos de saúde tem como propósito fazer sempre o melhor para o paciente, e não podem intervir na relação médico-paciente, isto é, em nenhum momento o paciente pode ter a sua liberdade de escolha comprometida.

Qual o valor de uma segunda opinião?

A expectativa é que os pacientes possam ter cada vez mais acesso à melhor informação para tomar mais decisões sobre seus cuidados. Um dos caminhos é buscar diferentes fontes de consultoria especializada, antes de dar continuidade em um tratamento, logo a segunda opinião contribui para que a atribuição do tratamento seja muito mais eficaz, além de impactar na diminuição e incidência de erros, fora as despesas médicas.

8º SEMINÁRIO UNIDAS

UNIDAS - 19/01/2017

“Práticas Inovadoras na Gestão da Saúde”

10 e 11 de abril – Windsor Plaza – Brasília – DF

O seminário promoverá debates com executivos de instituições filiadas e não filiadas à UNIDAS, a respeito dos principais desafios enfrentados pelo setor de saúde suplementar, principalmente aqueles relacionados às autogestões, além de definir estratégias a curto, médio e longos prazos.

Público-alvo

Líderes e dirigentes de operadoras de saúde, gestores, executivos de instituições públicas e privadas, representantes de sociedades de classe, médicos, enfermeiros, acadêmicos, formadores de opinião, prestadores de serviço, além de outros profissionais interessados no tema.

Informações e Inscrições através do link

<http://www.unidas.org.br/8seminario/inscricao.php> (Unidas/AssPreviSite)

BIG DATA E A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADOS EM VALOR

SAÚDEBUSINESS - 19/01/2017

Com a população crescente e a expectativa de vida cada vez maior, os modelos de entrega de tratamento estão passando por mudanças, e muitas das decisões por trás dessas transformações estão sendo motivadas por dados. Compreender o máximo possível sobre um paciente, especialmente de forma precoce, permite a percepção de sinais de alerta de alguma doença grave, ou em um estágio inicial, por exemplo, possibilitando assim, o tratamento mais rápido (e menos caro) do que em casos de descoberta tardia.

A chave para a adoção com sucesso de cuidados baseados em valor está no investimento expressivo na análise de dados, que vai refletir no monitoramento e melhorias no progresso de uma organização com metas de atendimentos com base em valor.

Muitos gestores demonstram resistência com a possibilidade de migrar para o cuidado baseado em valor, relatando a falta de integração entre os sistemas utilizados para organizar, rastrear e armazenar dados em um único sistema. O que ainda acontece é o provedor fazendo uso de vários sistemas complexos e confusos que apresentam diferentes dimensões de dados, recebendo informações fragmentadas, sem poder acompanhar os componentes utilizados para os cuidados de um paciente.

Fazer uso da abordagem correta do Big Data para o gerenciamento de cuidados de saúde, permite a integração eficaz das plataformas existentes, ou até mesmo, potencialmente substituir algumas acarretando em benefícios significativos. Dessa maneira os gestores passariam a contar com uma única fonte de informação, tornando os cuidados prestados a cada paciente uma tarefa mais administrável.

Uma análise recente da indústria apontou que o interesse em Big Data não se restringe aos players tradicionais. Desde 2010, cerca de 200 empresas desenvolveram aplicações inovadoras de cuidados de saúde. Ainda que essas ferramentas continuem a realizar um papel essencial, as partes interessadas só se beneficiarão do Big Data se assumirem uma abordagem do valor, mais holística e centrada no paciente.

REUNIÃO DO COMITÊ TÉCNICO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SETORIAL

ANS - 18/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no último dia 11, no Rio de Janeiro, a terceira reunião do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e Entidades Parceiras. A reunião foi aberta pela diretora de Desenvolvimento Setorial, Martha Oliveira, que destacou a importância da participação e contribuição do grupo sobre a discussão da qualidade.

A gerente-executiva Ana Paula Cavalcante apresentou os avanços do Fator de Qualidade, que teve suas regras definidas pela Instrução Normativa nº 64; falou sobre as alterações da Resolução Normativa 405/2016; sobre sugestões de indicadores para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) para o Programa de Monitoramento (PM-QUALISS); e sobre o protótipo do Sistema de Informação QUALISS que se encontra em sua primeira etapa.

Os resultados do Fator de Qualidade ano-base 2016 serão divulgados no próximo dia 25 de março.

Clique aqui e assista a reunião na íntegra. - <https://www.periscope.tv/w/1OdKreZdRogqX>

BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO DEVE CRESCER EM 2017

REVISTA APÓLICE - 18/01/2017

O mercado de odontologia suplementar apresentou, em 2016, de acordo com levantamento de mercado da Aon, um aumento de 2,6% em número de beneficiários assistidos, mesmo com projeções macroeconômicas pessimistas. Conforme números apresentados pela ANS, o setor apresentou até setembro um crescimento de 0,66%, atingindo cerca de 22 milhões de beneficiários.

O benefício continua com grande potencial de crescimento, pois é muito valorizado pelas empresas para atração e retenção de talentos, com baixo impacto na folha de pagamentos. Além disso, apenas 11% da população brasileira tem acesso ao plano odontológico, em comparação aos 25% de penetração dos planos de saúde.

Algumas regiões do País possuem oportunidades de desenvolvimento ainda maiores, como, por exemplo, a região Sul, com apenas 7,96% da população coberta, e a região Nordeste, com 7,94%.

Eliane Santoro, gerente de odontologia da Aon Brasil, explica que com índices negativos, como a variação do PIB em -3,5% e a taxa de desemprego em 11,8% no trimestre encerrado em novembro pode-se dizer que o setor se diferencia dos demais, onde operadoras têm que se reinventar para conduzir os reajustes e renovações de contratos com clientes que possuem o benefício, mantendo-os dentro das expectativas e limitações financeiras.

“Para o ano de 2017, as perspectivas do setor indicam que será um período de crescimento gradativo e moderado”, afirma Eliane. Segundo a especialista, cabe às empresas escolher o melhor desenho para as apólices dos planos odontológicos, levando em conta a disponibilidade de budget, nível sócio econômico dos colaboradores e a distribuição geográfica das vidas.

Outro fator que aponta para a capacidade de ampliação do setor no País é o fato do plano odontológico ser o terceiro mais solicitado pelos colaboradores das empresas. E, por tratarem-se, em sua maioria, de contratos de livre adesão, muitas empresas são apenas intermediárias na implantação do benefício, não sendo responsáveis pelo custeio do mesmo. Neste momento, em que as instituições estão preocupadas em conter gastos, é uma ótima saída.

NÃO INCIDE CONTRIBUIÇÃO SOBRE REPASSE DE PLANO DE SAÚDE A MÉDICO

Consultor Jurídico – 18/01/2017

O vínculo formado entre a operadora de plano de saúde e os profissionais de saúde da sua rede é peculiar e não implica prestação de serviços. Esse foi o entendimento adotado pela 2ª Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região ao decidir que o plano de saúde está dispensado de recolher contribuição previdenciária sobre os pagamentos feitos aos médicos de sua rede.

De acordo com a decisão, a operadora de plano de saúde apenas repassa ao profissional de saúde os valores decorrentes do serviço prestado ao próprio segurado, não havendo autorização legal para a incidência de contribuição previdenciária sobre os valores repassados. O acórdão está embasado em entendimentos pacificados pelo Superior Tribunal de Justiça e pelo TRF-3.

Em primeira instância, a sentença julgou procedente o pedido e concedeu a segurança contra ato da delegacia da Receita Federal em Barueri, que cobrava o recolhimento da contribuição previdenciária prevista no artigo 22, inciso III, da Lei 8.212/91.

A União recorreu ao TRF-3 sustentando a incidência da contribuição social prevista na legislação. Acrescentou, ainda, que incumbe à impetrante, na qualidade de operadora de plano privado de assistência à saúde, nos termos do estatuto social, bem como da Lei 9.656/1998, realizar os convênios e os respectivos pagamentos aos profissionais prestadores de serviços.

Ao negar provimento ao recurso da União, o desembargador federal Peixoto Junior, relator do processo, ressaltou que a jurisprudência, nessa situação, prevê que não houve qualquer intermediação entre cliente e serviços médico-hospitalares. “O vínculo formado entre a operadora de plano de saúde e os médicos credenciados é peculiar e não implica prestação de serviços, hipótese de incidência da contribuição previdenciária”, concluiu o acórdão. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRF-3.

Apelação Cível 0013553-45.2011.4.03.6100/SP

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