

21 de Março de 2018

UM ERRO CONCEITUAL: OCDE RECOMENDA FIM DA DEDUTIBILIDADE FISCAL DOS GASTOS COM SAÚDE

IESS –20/03/2018

Todos sabemos quanto e como a crise econômica atingiu o País nos últimos anos. A redução do mercado formal de empregos e da renda das famílias foi determinante para o rompimento de mais de três milhões de vínculos com planos de saúde médico-hospitalares desde dezembro de 2014; apesar da resistência das famílias em deixar o plano, como já mostramos aqui no [blog](#).

Nos últimos meses, contudo, temos visto o início de um processo de recuperação econômica e, possivelmente, de retomada de crescimento do número de beneficiários de planos de saúde – considerando as bases de dados com a série histórica de beneficiários disponíveis da ANS, a alta de 0,2% no total de vínculos a planos médico-hospitalares entre janeiro de 2018 e o mesmo mês de 2017, ainda que bastante modesta, é a primeira variação positiva com base em 12 meses registrada desde junho de 2015, como também mostramos [aqui](#).

Pensando em auxiliar a retomada da economia brasileira, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) produziu um relatório no qual elenca uma série de medidas

que o governo deveria tomar para assegurar o cumprimento do teto de gastos e a sustentabilidade das contas públicas. Por exemplo, a reforma na Previdência.

O problema, nos atendo a nossa área de expertise, está na avaliação da entidade em relação aos gastos públicos com saúde e a sugestão de que o governo deveria “acabar com a dedutibilidade fiscal dos gastos com planos de saúde”, uma vez que, segundo o documento, “a dedutibilidade fiscal das contribuições a planos de saúde privados feitas por 25% dos brasileiros e seus empregadores tem efeitos regressivos e poderia ser suprimido, economizando 0,3% do PIB”. Ora, como o artigo [“O fim do mito da desoneração fiscal da saúde suplementar”](#) e o O TD 58 – [“Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde”](#) mostram muito claramente, o governo não promove renúncia fiscal.

Isso porque o Imposto de Renda (IR) incide sobre acréscimos patrimoniais dos contribuintes, conforme determina o Código Tributário Brasileiro. Como, na prática, toda vez que o contribuinte paga por um serviço de saúde privado, visando suprir suas necessidades básicas de existência, sofre um decréscimo patrimonial – lógico, porque se trata de um recurso financeiro do qual se abriu mão do consumo ou do aumento de patrimônio para cumprir o que seria uma responsabilidade constitucional do Estado –, é natural (e definido por Lei) que esse valor seja abatido do cálculo do IR.

O assunto, claro, é complexo. Por isso, voltaremos ao tema ainda esta semana, inclusive com uma palestra (em vídeo) do advogado especialista em tributação Ricardo Lodi. Não perca.

MONITORAMENTO REMOTO TRANSFORMARÁ O SETOR DE SAÚDE

SaúdeBusiness –20/03/2018

Quase sempre, quando se fala em wearables, nosso cérebro nos remete ao mundo fitness. Ou seja, ao uso de dispositivos vestíveis para controlar gasto calórico e batimentos cardíacos, entre outros aspectos, durante o exercício físico. No entanto, esses equipamentos podem trazer inúmeros outros benefícios se forem aplicados no setor de saúde, como em campanhas de prevenção de doenças e conscientização ou no monitoramento remoto de pacientes.

Por conta da má alimentação, sedentarismo, estresse e outros males da vida urbana, o número de pacientes com doenças crônicas tem aumentado muito nos últimos anos, o que vem afetando, e muito, as operadoras. Muitas delas, inclusive, lançaram programas de prevenção e conscientização, com o objetivo de reduzir a criticidade dos pacientes que ingressam nos hospitais e, consequentemente, o custo do tratamento.

Nesses programas, os wearables e os aplicativos de celular funcionam como um incentivo, especialmente pelo elemento lúdico e competitivo que conferem à iniciativa. Tanto que, segundo a

Tractica, até 2021, haverá mais de 97,6 milhões desses dispositivos, que coletarão dados dos usuários em tempo real e os enviarão a médicos, instituições e outras empresas. Tudo isso autorizado pelo paciente, é claro.

Os benefícios não se restringem apenas à prevenção de doenças. Com uma população cada vez mais idosa, os dispositivos podem monitorar queda, insônia e, até mesmo, o uso correto de medicação, enviando notificações na hora de tomá-la ou avisando aos médicos sobre possíveis alterações nos batimentos cardíacos, na pressão, e em outros aspectos relevantes. Esses dados alimentam o prontuário eletrônico do paciente, mas, além disso, em casos de urgência, a instituição pode enviar um profissional para verificar pessoalmente o que está acontecendo.

Além disso, o monitoramento remoto de pacientes crônicos é mais uma forma de reduzir os custos e aumentar a receita no setor de saúde. Operadoras e hospitais tornam-se mais eficientes, já que conseguirão diminuir o número de procedimentos repetidos e poderão oferecer um tratamento mais humanizado e focado na prevenção de doenças, ao mesmo tempo em que o paciente terá um acompanhamento em tempo real, mesmo estando em casa, e não precisará voltar ao hospital com frequência.

Para se ter uma ideia dos benefícios, um programa de monitoramento remoto realizado pelo Geisinger Health Plan, nos EUA, reduziu em 23% a incidência de internação hospitalar de pacientes com doenças crônicas e em 44% a chance de internação

recorrente. Além disso, para cada dólar gasto na implementação do projeto, a instituição economizou cerca de US\$ 3,30. Um ótimo retorno sobre o investimento!

No Brasil, esse movimento ainda é pequeno, mas deve crescer fortemente este ano, principalmente no setor privado, encabeçado pelas operadoras de saúde que buscam aumentar a lucratividade. Já existe também uma movimentação no setor público visando a eficiência e a redução de custos no atendimento primário – feito pela prefeitura por meio de postos de saúde, clínicas de saúde da família e UBS. Atualmente, a prefeitura do Rio de Janeiro está fazendo um estudo de admissão hospitalar por meio de uma mochila com dispositivos que medem sinais vitais.

Mas é importante lembrar que, para obter resultados efetivos, é imprescindível que hospitais e operadoras invistam em

infraestrutura de tecnologia e de conectividade. Assim, tornam-se capazes de compartilhar os dados em tempo real, garantir a segurança das informações e para analisar os dados coletados pelos wearables. É necessário também investir na integração desses dados com o prontuário eletrônico do paciente e com os sistemas do governo, do hospital ou do plano de saúde. Só assim, será possível realizar ações de combate ou prevenção a uma determinada doença.

Embora pareça um investimento alto, os benefícios trazidos pelo monitoramento remoto de pacientes às operadoras, instituições, pessoas e, até mesmo, ao governo, garantem o retorno do que foi investido. Mais do que isto, garante um ecossistema de saúde inteligente e benéfico para todos os elos da cadeia.

REGULAÇÃO ATUAL ESTIMULA E POTENCIALIZA MULTAS

IESS –19/03/2018

Não foi coincidência que a estreia de nossa área de [Publicações Recomendadas](#) se deu com o estudo [“Análise da Qualidade Regulatória Da Saúde Suplementar no Brasil”](#), elaborado pelo Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais da Fundação Getúlio Vargas (FGV) com a “Análise da Qualidade Regulatória Da Saúde Suplementar no Brasil”. A atual necessidade de mudança no setor levou os pesquisadores a elaborarem um panorama sobre a ação fiscalizatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a necessidade de aprimoramento sobre questões fundamentais do setor, como já apresentamos [aqui](#) no início do ano.

Esse assunto foi tema na Folha de S. Paulo dessa segunda-feira (19/03), na coluna [Mercado Aberto](#), assinada pela jornalista Maria Cristina Freitas. Segundo a publicação, a Agência Nacional de Saúde (ANS) registrou alta de 10% no valor das multas aplicadas a operadoras de saúde em 2017 na comparação com 2016. A soma paga como penalidade também aumentou em 14% no mesmo período.

Segundo a diretora de fiscalização da agência, Simone Freire, os números refletem a mudança de regras na instituição, que entraram em vigor no início de 2016 e eliminou fases e ofícios, resultando em menor duração dos processos. Como já apontamos [aqui](#) este novo modelo instituiu um sistema de notificações e autos de infração de grande escala e ampliou a arrecadação da agência por meio das multas. Para se ter uma ideia, dados da ANS mostram que com as novas regras, só no primeiro semestre de 2016 foram aplicadas 6.355 multas, contra 6.430 aplicadas em todo o ano de 2015, ampliando também a arrecadação por parte do órgão.

Os números da coluna apontam para R\$ 1,19 bilhões em multas aplicadas em 2017 contra R\$1,08 bi em 2016, crescimento de 10%. No mesmo período, as multas pagas cresceram em 14% - 0,42 bilhão em 2017 frente a 0,37 bi em 2016.

Os números e a visão de entidades e agentes do setor reforçam as necessidades de aprimoramento na regulação apontadas pelo estudo da FGV:

- Lavratura de auto de infração com base apenas em indícios de infração e prazo de defesa de dez dias – muito

inferior aos prazos concedidos por outras agências e autarquias;

- Dosimetria da multa, com base em poucos critérios, se comparado com a adotada por demais órgãos reguladores e autarquias.

Para não alongar o processo, o mecanismo atual incentiva o pagamento antecipado da multa com desconto de 40%. No entanto, este modelo induz uma “presunção de culpa da operadora”, que renuncia ao seu direito à defesa, assumindo a responsabilidade do auto de infração o que onera o sistema e gera mais impactos financeiros e operacionais para toda a cadeia. Além disso, o modelo gera critérios sujeitos à interpretação dos fiscais de saúde pela legislação pouco clara, o que resulta em incerteza por parte das operadoras e impacta nos investimentos, nas tomadas de decisão e, conseqüentemente, na melhoria e expansão do serviço oferecido.

Marcos Novais, economista da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) faz coro com o questionamento de outras entidades do setor sobre o desconto concedido pela não apresentação de defesa. “O que o órgão regulador fez foi permitir o pagamento de valor menor para aqueles que assumissem a culpa pelas infrações”, comenta em entrevista à Folha de S. Paulo. “As seguradoras preferem pagar multas com abatimento do que esperar um ou dois anos e após arcar também com juros”, reforçou Daniel Januzzi, assessor jurídico da Unimed.

É necessário, portanto, uma melhor dosimetria das multas, baseada nas melhores práticas hoje existentes no Brasil, de delimitação mais clara quanto à vinculação da multa sobre a gravidade das infrações, o que já acontece na regulação de outros órgãos, como dos setores de Defesa da Concorrência (Cade) e Elétrico (Aneel). Algumas mudanças trariam maior previsibilidade sobre os critérios e aumentaria a transparência e divulgação nos processos de fiscalização como, por exemplo, no estabelecimento de critérios de equilíbrio entre a gravidade da infração e o valor efetivo da penalidade.

Aprimoramentos na dosimetria das sanções podem contribuir para melhorar incentivos para o bom funcionamento do mercado, garantindo a livre concorrência e sustentabilidade do setor. A ANS afirma que novas regras deverão ser votadas na diretoria colegiada até o meio do ano.

Conheça os detalhes da publicação [“Qualidade Regulatória da Saúde Suplementar no Brasil”](#) e saiba [aqui](#) como ter seu trabalho publicado em nosso portal.

UMA IMPORTANTE DECISÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE

IESS –16/03/2018

A decisão de que os funcionários dos Correios devem pagar mensalidade e coparticipação do Plano de saúde, tomada pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST) esta segunda-feira (12/03), é um importante indicativo da necessidade de aproximar os beneficiários da gestão dos recursos de saúde.

Segundo o acórdão (decisão colegiada do tribunal), os Correios podem cobrar de seus colaboradores – tanto ativos quanto aposentados – uma contraprestação mensal para que continuem se beneficiando do Postal Saúde, o plano de saúde da empresa. O valor cobrado de cada colaborador, descontado direto na folha de pagamento, irá variar de acordo com o salário. O percentual mínimo é de 2,5% dos rendimentos para servidores que recebem até R\$ 2,5 mil, e o máximo é de 4,4% para aqueles que recebem mais de R\$ 20 mil. Além disso, o TST também decidiu pela cobrança de 60% desse valor para estender o benefício para cônjuges dos servidores e 35% para cada filho. Os pais e mães dos funcionários do correio continuam no plano ao menos até 31 de julho de 2019 sem que o funcionário tenha que pagar qualquer contraprestação.

Assim, uma servidora com salário de R\$ 2,5 mil, marido e um filho, teria um desconto em folha de R\$ 121,88 (R\$ 62,50 correspondente a 2,5% de seu salário + R\$ 37,50 referente a 60% do valor pago pela servidora para que o cônjuge também tenha direito ao

benefício + R\$ 21,88 referente a 35% do valor pago pela servidora para que o filho também tenha direito ao benefício).

Além disso, o TST definiu o teto da coparticipação em 30%, sendo que o desconto mensal na folha de pagamento não pode ser superior a 5% dos rendimentos e nem se estender para internações. A decisão está em linha com práticas adotadas em outros países para evitar os chamados gastos catastróficos em saúde, que já apresentamos [aqui no Blog](#).

A questão mais importante, contudo, é a sustentabilidade econômico-financeira que a decisão deve permitir ao plano de saúde e aos Correios como um todo. De acordo com dados da instituição, os Correios contam, hoje, com 140 mil funcionários (108 mil na ativa e 32 mil aposentados). Considerando também os dependentes (cônjuges, filhos, pais e mães), o Postal Saúde assiste 400 mil vidas ou cerca de 1,3% dos beneficiários de planos médico-hospitalares. Sem cobrar mensalidade pelo plano, os Correios tiveram uma despesa assistencial de R\$ 1,8 bilhão em 2017. Montante que impactou diretamente seu faturamento. A empresa registrou, em 2017, prejuízo de R\$ 1,5 bilhão. Ou seja, a medida visou buscar a sustentabilidade tanto dos correios quanto do plano de saúde de seus funcionários

O caso é um importante modelo a ser analisado pelo setor e um alerta para que as operadoras de planos de saúde (OPS), empresas contratantes de planos de saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) repensem a questão da coparticipação e sua importância para a sustentabilidade do setor.

UNIÃO DE GIGANTES PARA UM PROBLEMA CICLÓPICO

FenaSaúde –16/03/2018

Confira o artigo do diretor Executivo da FenaSaúde no Jornal o Estado de S.Paulo, José Cechin

O simples anúncio da união de três gigantes americanas de setores econômicos distintos - no combate ao ciclópico problema da escalada das despesas com a saúde - enviou calafrios aos investidores do mercado de operadoras de planos e seguros de saúde nos Estados Unidos, como atesta a queda do valor de suas ações na bolsa de valores no dia do anúncio. E isso apesar de seus maiores executivos terem declarado que o grupo não tem resposta pronta para o problema, adiantando, porém, que manifestam seu profundo inconformismo com essa escalada, que não aceitam como inevitável.

A lição clara dessa iniciativa é que o crescimento das despesas com saúde está preocupando, e muito, os empregadores, pelo fato de elas representarem uma alta parcela dos custos das folhas de pagamento, encarecendo os produtos domésticos em face dos de concorrentes que não tenham encargos com saúde tão altos. Sendo um problema generalizado nas contratantes americanas de planos e seguros de saúde, o país perde competitividade e a economia, ímpeto. Percepção correta e oportuna.

Pouco foi anunciado quanto à forma empresarial que adotariam, exceto que seria sem fins lucrativos. Aparentemente, uma espécie de "autogestão". Quanto às chances de sucesso da medida, há diversas manifestações em ambos os sentidos. Do lado dos otimistas, apontam-se a disponibilidade de recursos financeiros e o caráter inovador desses empreendedores, a pertinácia, a capacidade de mobilizar as melhores competências, a admissão de

não inevitabilidade da escalada das despesas e a intenção firme de equacionar o problema. Correntes no Brasil apostariam no sucesso pelo fato de a instituição não ter fins lucrativos, em linha com a visão de que saúde não deveria servir à obtenção de lucros. Cabe observar que a entidade em si pode não objetivar o lucro, mas seu sucesso certamente afetará os lucros de suas patrocinadoras.

Do outro lado, os céticos se expressam a partir dos seguintes argumentos: já foi tentado e não teve sucesso; embora a entidade já surja grande - mais de 1 milhão de beneficiários e despesas anuais superiores a US\$ 15 bilhões -, na verdade representa muito pouco para os Estados Unidos, menos de 0,5%; apesar do número elevado, os beneficiários estão dispersos em diversas unidades federativas, o que reduz as possibilidades de negociação com prestadores com base em ganhos de escala; por fim, e não menos importante, a regulação do setor também limita as chances de sucesso, pois restringe as possibilidades de negociação ou a oferta de tratamentos alternativos.

Independentemente desses dois cenários, uma verdade se sobrepõe, com um desafio maior: é preciso atuar na contenção das despesas com assistência à saúde. Entre elas, o enorme desperdício nos sistemas de saúde, em especial no americano. Parece simplesmente lógico que se deva começar pelo combate ao desperdício. Aliás, essa era a forma imaginada na campanha presidencial de Bill Clinton, de financiar a remodelação do sistema de saúde. Também do presidente Barack Obama. Porém, há várias dificuldades nessa linha.

A primeira é a correta identificação dos desperdícios ou abusos. A segunda, tão importante quanto a primeira, é que o desperdício ou o abuso são ganho para quem os pratica; é natural que quem tiver de perder resista à mudança. A terceira, não menos significativa, são as causas dos desperdícios: fragmentação dos sistemas de saúde, levando a altos gastos com sua administração; diferenças de formação profissional, crenças ou simples desconhecimento das

melhores práticas; opção por tratamentos dispendiosos quando outros mais econômicos produziram desfechos clínicos semelhantes; desejo do paciente e seu assistente por materiais de última geração, normalmente mais dispendiosos, no pressuposto tácito de que preço espelha qualidade, mas com resultados apenas marginalmente melhores.

No enfrentamento das despesas assistenciais de saúde deve-se ter presente que elas são bem pulverizadas entre consultas, exames, terapias, medicamentos e gastos hospitalares; este último item representa quase a metade do custo. Nele há honorários profissionais, taxas e diárias, exames, materiais e medicamentos, dispositivos médicos implantáveis, etc. Os valores formam-se a partir dos preços cobrados pela indústria, passando pela cadeia distribuidora até, finalmente, serem negociados entre hospitais e operadoras, com ampla margem de comercialização. Nessa cadeia, a indústria é muito ativa na produção de inovações, que justificam novos preços de seus materiais, nem sempre com correspondentes efeitos nos desfechos clínicos. A complexidade das negociações fica evidente.

Enfim, o desafio reside no ataque aos propulsores das despesas e isso requer nova postura e entendimento de todos os envolvidos na cadeia da saúde, a começar pelo próprio segurado/paciente, passando ainda pelo profissional, os mais diversos prestadores e a indústria. Envolve, ademais, completar a formação profissional com elementos de economia para que custos também sejam considerados nas tomadas de decisão, sem prejudicar a saúde do paciente. E ainda educação do beneficiário, para que siga hábitos saudáveis e supere visões inadequadas de que mais é sempre melhor.

E louvável e necessária a iniciativa americana, mas o caminho é árduo. Há chances de sucesso e tomara que seja bem-sucedida. Para tanto será preciso persistência, e não sucumbir a primeiras frustrações. O sucesso trará benefícios à sociedade e poderá servir de exemplo para a realidade brasileira. A trajetória das despesas está francamente insustentável e a derrocada da saúde suplementar trará perdas incalculáveis sem dúvida, maiores do que se fossem implementadas as relevantes mudanças no sistema de saúde privado.

José Cechin é diretor Executivo da FenaSaúde

STJ JULGARÁ SE EX-EMPREGADO PODE MANTER PLANO DE SAÚDE QUANDO NÃO CONTRIBUÍA

Consultor Jurídico –15/03/2018

A 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça vai definir se ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa pode manter plano de saúde empresarial mesmo quando a empregadora pagava toda a cota. O caso será julgado pelo rito dos recursos repetitivos e, por isso, o entendimento do colegiado deverá valer em processos sobre o mesmo tema no país.

Por isso, ficam suspensos em todos os tribunais o andamento de processos pendentes, individuais ou coletivos, que discutem o direito. A exceção é quando o caso concreto exigir tutelas provisórias de urgência.

A 3ª e a 4ª Turma do STJ já têm precedentes concluindo que o custeio integral pela ex-empregadora não pode ser reconhecido como salário indireto (regime de coparticipação). Apesar disso, o

ministro Villas Bôas Cueva disse que algumas cortes do país já sumularam o tema em sentido contrário, como o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro.

A controvérsia também existe em São Paulo, conforme levantamento do Anuário da Justiça São Paulo, editado pela ConJur e em fase de conclusão. A 2ª Câmara de Direito Privado aplica entendimento do STJ, por exemplo.

A 9ª Câmara, no entanto, considera que, mesmo quando as despesas são integralmente pagas pela empregadora, o trabalhador contribuiu para o custeio do plano de saúde.

Recursos repetitivos

O novo Código de Processo Civil regula no artigo 1.036 e seguintes o julgamento por amostragem, mediante a seleção de recursos especiais que tenham controvérsias idênticas. Ao afetar um processo, ou seja, encaminhá-lo para julgamento sob o rito dos repetitivos, os ministros tentam solucionar demandas que se repetem nos tribunais brasileiros. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

FLUXO DE EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM JANEIRO É O MELHOR EM OITO MESES

IESS –15/03/2018

Boletim do IESS aponta aumento do estoque de emprego no setor

O número de trabalhadores na cadeia da saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; operadoras e seguradoras de planos de saúde) segue em crescimento, segundo o [“Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”](#), boletim mensal do IESS. O levantamento aponta que o número de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 2,2% no período de 12

meses encerrado em janeiro de 2018, enquanto o total de empregos formais do conjunto econômico nacional apresentou leve retração de 0,01%.

O relatório aponta que o fluxo de emprego no setor é o maior em oito meses. Em janeiro de 2018, a saúde suplementar admitiu 84.126 pessoas e demitiu 73.490 no País, ou seja, um fluxo positivo de 10.636 contratações. Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, comenta que, mesmo tímido, o crescimento deve ser visto como um sinal de melhor recuperação para 2018. “A saúde suplementar não deixou de criar postos formais de trabalho mesmo em um momento que a expansão da mão de obra no país segue baseada no mercado informal”, aponta o especialista. “Levando em consideração que o total da economia apresentou um fluxo de emprego positivo de 77.822 em janeiro, o saldo de 10.636 da saúde suplementar equivale a mais de 13% de todas as contratações no país”, analisa.

Na análise por subsetor do período de 12 meses encerrado em janeiro, o segmento de Fornecedores foi o que apresentou maior crescimento, de 2,5% na base comparativa, seguido por Prestadores, com alta de 2,2%, e Operadoras, com expansão de 1,8%, respectivamente. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,4 milhões de ocupações, ou 71,5% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 822,3 mil pessoas, 24,1% do total. As operadoras e seguradoras empregam 152,0 mil pessoas, ou seja, 4,5% da cadeia.

Dados por região

O Sudeste foi a região que apresentou o maior crescimento de empregos da cadeia de saúde, com saldo positivo de 7.024 vagas seguido pela região Sul e Centro-Oeste, com 1.989 e 1.902, respectivamente. A região Nordeste apresentou saldo positivo no fluxo de emprego de 805 e a região Norte foi a única que registrou saldo negativo de 1.084 vagas.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em janeiro de 2018, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 137, mesmo nível do mês anterior. O índice do mercado nacional seguiu estável em 109.

SEMANA DO CONSUMIDOR: SAÚDE SUPLEMENTAR E O DIREITO DO CONSUMIDOR EM DEBATE

FenaSaúde –15/03/2018

Setor reconhece trabalho das Ouvidorias das empresas de planos de saúde

Em 2017, o número de demandas recebidas pelas ouvidorias das empresas de planos de saúde registrou um aumento de 22%, em relação a 2016. Esse foi um dos dados apresentados durante a IV Celebração do Dia do Ouvidor e Dia Internacional do Consumidor, organizado pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), nesta quarta-feira (14), no Rio de Janeiro.

O que pode parecer uma má notícia, na verdade, representa o esforço das operadoras em aperfeiçoar o atendimento junto aos consumidores, evitando assim que a reclamação chegue ao órgão regulador ou ao Judiciário. “Vem aumentando o número de demandas nas empresas e diminuindo nos órgãos reguladores, e tem que ser assim, mesmo. As questões devem ser solucionadas na própria empresa. Precisamos ver a reclamação como oportunidade de melhora”, afirmou Silas Rivelle Jr. presidente da Comissão de Ouvidoria da CNseg e Ouvidor da Seguros Unimed. Os principais indicadores das Ouvidorias do Setor de Seguros em 2017, apresentados por Silas, apontam, ainda, que o telefone foi o canal mais utilizados pelos consumidores para entrar em contato com a empresa: “O consumidor quer falar e ser ouvido”.

De acordo com Suriêtte Apolinário dos Santos, secretário-geral da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), durante o ano passado, o órgão recebeu cerca de 400 mil ligações telefônicas de diversos setores da sociedade. Desse total, apenas 4 mil – ou seja, 1% – foram direcionadas à Ouvidoria. “Nosso setor envolve um volume enorme de procedimentos. É uma operação muito grande e complexa. E todos nós – prestadores, operadoras, órgão regulador – trabalhamos em função do consumidor”, argumenta Suriêtte.

O Desembargador Werson Rêgo, representante da 25ª Câmara Cível Consumidor, do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, defende que o cidadão tem – em meio à coletividade – o dever de ser responsável por suas escolhas de forma consciente. “O direito do consumidor não é um direito individual, que, em alguns casos, indevidamente, vêm se sobrepondo ao coletivo e gerando prejuízos a todos”, explica.

FenaSaúde – Na avaliação da presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro

Mendes, a relação entre consumidores e planos de saúde vem passando por uma transformação positiva. “As operadoras estão cada vez mais próximas dos beneficiários, quer seja pelos canais de relacionamento como ouvidorias e serviços de atendimentos ao consumidor ou pelas redes sociais e sites. O setor entende que a informação é importante para o beneficiário melhor utilizar seu plano. Por outro lado, as operadoras não são meras repassadoras de custos. A maioria das empresas investe em programas de promoção a saúde e prevenção da doença. Essas ações aproximam o consumidor e diminui o nível de insatisfação.”

Desde 2013, a ANS dispôs a obrigatoriedade de instituir ouvidorias nas empresas de planos de saúde. Para a presidente da FenaSaúde, a ouvidoria tem duas funções primordiais: ser a voz do cliente dentro da corporação e uma ferramenta estratégica de melhoria de processos. “O atendimento ao consumidor vem ganhando protagonismo e está hoje no foco de novas estratégias das empresas. Com essa nova realidade, essas equipes também desempenham o papel de aproximar esse cliente da empresa”.

Números dos Procons – Levantamento da FenaSaúde, a partir de dados de canais oficiais de atendimento ao cidadão, comprova redução do número de contestações nos últimos anos. Segundo o Boletim do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) de 2017 – da Secretaria Nacional do Consumidor, ligado ao Ministério da Justiça, e que reúne os Procons de todo o país – nenhuma empresa do setor aparece em ranking das 50 mais questionadas. No ranking geral da publicação, o segmento aparece, atualmente, na 17ª posição dentre os 20 listados, com apenas 1,33% do total de reclamações ou 29.376 queixas. Em 2016, o setor encontrava-se na 13ª posição geral.

“Esse resultado reflete o investimento constante das operadoras e seguradoras na qualificação e aperfeiçoamento dos canais de atendimento ao consumidor, como os SACs e Ouvidorias. Na maioria dos casos, os questionamentos e as dúvidas dos consumidores são resolvidos com um simples contato com a empresa. Por isso, é importante frisar que o beneficiário leia e compreenda melhor seu contrato, pois muitas vezes questiona algo que não tem direito. Existe a visão equivocada que a aquisição de um plano de saúde dá direito irrestrito a todo e qualquer procedimento”, explica Solange Beatriz, que completa: “Os planos observam segmentação, Rol de procedimentos e as exclusões previstas em lei”.

Já no órgão regulador do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) contabilizou 90.342 reclamações de beneficiários no ano passado – número semelhante a 2016 –, segundo o Relatório Anual de Fiscalização da entidade. Esse montante de reclamações representa 0,19% do total de 47,4 milhões de beneficiários de planos de saúde no ano passado.

Apesar da melhora dos indicadores de reclamações ao longo dos anos, a FenaSaúde reforça que, como em qualquer segmento econômico, há problemas que ainda devem ser superados. “Como o plano de saúde é o terceiro item mais desejado pela população, segunda pesquisa do Ibope, estamos sempre aprimorando a

relação com o beneficiário. As operadoras e seguradoras investem em uma comunicação cada vez mais clara e objetiva junto ao consumidor. O resultado desse esforço começa a dar frutos com o melhor desempenho nos índices oficiais de reclamação. Estamos no caminho certo”, avalia Solange Beatriz.

EM SAÚDE, A MELHOR ESCOLHA É A PREVENÇÃO

O Estado de S. Paulo –15/03/2018

Autoria: Karla Santa Cruz Coelho é médica, diretora de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e líder MLG.

Doenças crônicas são responsáveis por mais da metade das mortes no mundo e, nos próximos 25 anos provocarão, globalmente, mais de dois terços de todos os óbitos. Tão grave quanto a rápida progressão dessas enfermidades é o fato de tal avanço ocorrer a despeito dos fatores de risco que as desencadeiam serem preveníveis, como no caso da obesidade – segundo fator mais importante para a carga global de doenças.

O impacto do excesso de peso e da obesidade na vida das pessoas traduz-se em diabetes, câncer, doenças osteoarticulares e patologias relacionadas à saúde mental, como a depressão, afetando a qualidade de vida, sobrecarregando e encarecendo os sistemas de saúde e levando o Brasil a crescentes índices de adoecimento e de mortalidade. Para dimensionar um dos aspectos do problema, vejamos os números de cirurgias bariátricas: em dois anos (entre 2014 e 2016), houve um crescimento de 20% nesse tipo de procedimento somente entre beneficiários de planos de saúde.

Fica clara a importância de políticas públicas que busquem não apenas remediar o problema, mas também provocar uma reflexão sobre como os indivíduos fazem as suas escolhas quando se trata de saúde. No caso do excesso de peso, é importante analisar o que leva as pessoas a adotarem um estilo de vida e uma dieta mais ou menos saudáveis e a serem mais ou menos sedentários. É urgente uma séria discussão sobre as causas que estão levando o Brasil ao alarmante crescimento da obesidade e à implementação de medidas efetivas para combater tais problemas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem traçando estratégias para estimular a organização da sua rede de atenção ao cuidado ao estimular as operadoras de planos de saúde a desenvolverem ações focadas em prevenção. Nesse sentido, as iniciativas têm prosperado: há cerca de dez anos não existiam mais de 50 programas voltados à prevenção, hoje são mais de 1,5 mil. Em 2017, a ANS elaborou o Manual de Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar. O grupo de trabalho contou com diversos especialistas e estabeleceu diretrizes e protocolos para o rastreio e a abordagem dos pacientes com obesidade. Entre as propostas, está a recomendação de que o cálculo do índice de massa corporal (IMC) seja realizado em todos os pacientes que procuram assistência médica, assim como ações em programas de prevenção precoce em crianças e adolescentes em risco de desenvolver a obesidade infantil.

Hoje, temos um modelo de saúde que estimula a realização de procedimentos e exames e não o cuidado e a atenção ao paciente. Tal modelo, somado ao sedentarismo de grande parcela da população, torna-se extremamente prejudicial para o enfrentamento da obesidade. Em um país com tantas diferenças sociais, temos que pensar, por exemplo, em levar atividades físicas para todas as camadas da população e em medidas para facilitar e estimular o acesso da população a alimentos saudáveis e nutritivos. Isto é, são necessárias ações conjuntas e multifatoriais que ataquem o problema em diversas frentes.

É importante sair do sedentarismo, começar a se movimentar. As lideranças do setor de saúde precisam levar em conta o fato de que as doenças crônicas são as maiores causas de morte no mundo e perceber que as organizações têm a capacidade de agir, que a colaboração e a formação de parcerias podem nos ajudar a sair da inércia e a iniciar um movimento de inovação que contribuirá para uma resposta mais coordenada para esse problema crítico que afeta a todos nós.

CAS APROVA PROPOSTA QUE DESCENTRALIZA RESSARCIMENTO DE PLANOS PRIVADOS AOS COFRES PÚBLICOS

Agência Senado –14/03/2018

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) aprovou nesta quarta-feira (14) o projeto da senadora Marta Suplicy (PMDB-SP), que descentraliza o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) por atendimentos a beneficiários de planos privados de saúde (PLS 308/2015). A análise da proposta segue agora para a Câmara dos Deputados.

Hoje a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998) determina a restituição do valor total desses débitos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). O projeto aprovado na CAS altera o modelo, estabelecendo duas opções para este ressarcimento.

A primeira opção, fruto de emenda apresentada por Ataídes Oliveira (PSDB-TO) na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), prevê a destinação de 80% destes recursos ao fundo municipal ou estadual da rede onde de fato ocorreu o atendimento.

A segunda opção prevê que o valor total será repassado ao fundo do ente federado que prestou o referido serviço. Mas esta alternativa só poderá ser escolhida pelo estado ou município que, através de convênio com a União, assumir o ônus da cobrança da dívida, inclusive por meio judicial. Hoje esta responsabilidade cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para Marta Suplicy, a descentralização no ressarcimento trará mais eficiência à fiscalização, pois tem a convicção de que as redes

municipais e estaduais buscarão estes recursos "com muito mais afinco".

— É simplesmente alarmante o que estamos vivendo hoje. Bilhões são desviados da saúde pública, recursos que fazem muita falta a estes entes federados — disse.

Mais autonomia e recursos aos municípios

Durante a discussão na CAS, Marta citou um estudo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), dando conta que hoje os planos privados conseguem desviar 76% dos recursos que deveriam ser destinados ao Fundo Nacional de Saúde (SUS).

Paulo Paim (PT-RS) chamou de "absurdo e vergonhoso" o atual quadro, uma vez que a dívida declarada dos planos privados com o SUS já atingiria R\$ 5,6 bilhões, "e isto numa estimativa favorável a eles".

— Dados da Pesquisa Nacional de Saúde [do IBGE] indicam que cerca de 15% dos atendimentos vinculados a planos privados, na verdade são arcados totalmente pela rede SUS. É uma

esculhambação o que virou o ressarcimento do SUS. A situação na verdade até merece investigações bem mais profundas — afirmou.

Cidinho Santos (PR-MT) reforçou que especialmente nos municípios do interior, é algo "extremamente comum" que segurados por planos privados sejam atendidos exclusivamente na rede pública. Dentre outros motivos, isto ocorre devido a deficits no atendimento por parte dos planos privados.

— Existem cidades onde todo mundo tem plano de saúde, graças a vínculos de emprego. Mas de que adianta o convênio mais próximo ser a 100 km de distância, na hora em que a pessoa necessita de um atendimento mais emergencial ou pontual? — questionou.

Para o relator do projeto, senador Ronaldo Caiado (DEM-GO), o novo modelo é muito mais justo.

— Acredito que será bem mais efetivo. Hoje as redes municipais estão sendo sobrecarregadas, pois a participação da União no financiamento da saúde vem caindo gradualmente desde a década de 1990 — ponderou.

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

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

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

Milliman

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

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br