

26 de Abril de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 24/04/2017

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de Abril. O artigo “Judicialização da Saúde: Minimizando Os Impactos das Ações Judiciais” aborda o tema com enfoque nas medidas que Operadoras podem adotar em seus processos internos visando minimizar os impactos da Judicialização.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

COM GÁVEA, GRUPO SÃO FRANCISCO MIRA AQUISIÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE

Estadão –26/04/2017

O Grupo São Francisco, com foco no setor de saúde, está de olho em aquisições, após uma injeção, no ano passado, de cerca de US\$ 100 milhões do fundo Gávea, comandado por Armínio Fraga, ex-presidente do Banco Central. A estratégia da empresa é crescer de

forma verticalizada, ingressando em novas cidades do interior de São Paulo e Centro-Oeste.

Caminhando

No ano passado, o grupo faturou mais de R\$ 1 bilhão e, para 2017, mira receita 30% maior. Para os próximos meses, a meta é alcançar a marca de 1 milhão de beneficiários. Já chegaram nos 900 mil. O grupo, que conta com um hospital, uma operadora de saúde e também de odontologia, está debruçado ainda em crescimento orgânico e planeja inaugurar 13 unidades próprias ao longo deste ano.

TRUMP: OBAMACARE ‘ESTÁ COM SÉRIOS PROBLEMAS’ e que pode acabar

G1 - 23/04/2017

Presidente dos EUA voltou a atacar o programa de saúde herdado de seu antecessor. Em rede social, ele sugere que o governo não apoiará o projeto.

O presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, postou em sua página no Twitter mais um ataque ao sistema de saúde Obamacare. Ele alerta os democratas de que, sem incentivo financeiro do governo, o programa pode acabar.

“Obamacare está com sérios problemas. Os democratas precisam de muito dinheiro para mantê-lo – ou ele desaparecerá antes do que qualquer um já imaginou”, afirma o post.

O Obamacare é um plano implantado pelo ex-presidente Barack Obama, em 2010. A partir dele, 20 milhões de americanos que não tinham seguro-saúde passaram a tê-lo.

Desde a campanha eleitoral, Donald Trump se posicionou contra o projeto de seu antecessor. Em abril de 2017, no entanto, ele sofreu uma dura derrota ao não conseguir os votos necessários para aprovar sua proposta de reforma do sistema de saúde, que acabaria com o Obamacare.

Após o fracasso na votação, Trump já havia dito em um pronunciamento no Salão Oval da Casa Branca que o Obamacare iria explodir. “Será um ano muito ruim para o Obamacare”, disse. “Foi uma experiência que levará a uma lei de saúde ainda melhor”, disse. Ele afirmou estar “decepcionado” e “um pouco surpreso”, mas evitou atacar os legisladores do seu partido pela retirada do projeto e culpou a minoria democrata.

EDUCAÇÃO, CASA PRÓPRIA E SAÚDE

IESS –24/04/2017

Ter um plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, logo após a casa própria e educação, conforme já mostramos [aqui no Blog](#). Agora, o [TD 63 – “Determinantes para a posse de plano de saúde”](#) – aponta que o local de residência e o nível de educação são determinantes diretos para a realização deste sonho.

De acordo com o TD, um brasileiro residente da região Sudestes tem 3,2% mais chances de contar com o benefício do que outro da região Sul. Já os Nordestinos têm 2,06% menos chance de ter um plano do que os Sulistas. Essa probabilidade está intimamente ligada a disponibilidade de serviços de saúde, como ambulatórios, especialistas, hospitais etc. A explicação é simples: as pessoas se interessam mais em possuir o benefício nos locais onde poderão aproveitar mais esses serviços”, completa.

O estudo também aponta que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior a chance de possuir o plano. Por exemplo, o TD mostra que uma pessoa com ensino superior completo tem 9,18% mais chance de possuir um plano de saúde do que outra sem ensino formal. Aqui, a justificativa é a relação entre o nível de

instrução de uma pessoa sua renda. O que demonstra a importância de planos de saúde mais acessíveis, como os que estão sendo debatidos na ANS.

Outro ponto importantíssimo detectado no estudo é que a probabilidade de possuir um plano de saúde individual aumenta em 0,13% a cada ano de vida. O que significa que pessoas mais velhas e, portanto, com mais chance de apresentarem problemas de saúde mais graves, tendem a procurar mais os planos de saúde individuais. Fato evidenciado pela média de idade dos beneficiários de planos individuais, que é de 47,7 anos. O que representa 8,8 anos a mais do que a média de população brasileira: 38,9 anos. Já a prevalência de ao menos uma doença crônica aumenta a possibilidade de adquirir o benefício em 1,22%.

Na prática, esse processo gera um risco conhecido como “seleção adversa”: a maioria dos contratantes dos planos é formada por pessoas que necessitam de cuidados de saúde e usam o benefício para acessar esses serviços. Sem a contrapartida da participação daqueles que usam menos o serviço, pode haver desequilíbrio do sistema e um aumento significativo dos custos, exigindo a compensação nas mensalidades ou tornando os custos do produto mais elevados.

OUVIDORIA DA ANS DIVULGA O SEU RELATÓRIO DE ATIVIDADES EM 2016

ANS –20/04/2017

A Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou o seu Relatório de Atividades 2016 em cumprimento ao rol de atribuições a que está comprometida, como disposto no Decreto nº 3.327/2000 e na Resolução Regimental nº 1/2017. Ao longo de 2016, a Ouvidoria da ANS recebeu 8.338 manifestações de beneficiários de planos de saúde e da sociedade em geral, confirmando sua missão de representar o cidadão e garantir que as manifestações sobre os serviços prestados pela agência reguladora sejam apreciadas de forma independente e imparcial.

Do total de demandas recebidas, 8.139 foram pertinentes à ANS. Praticamente a totalidade (8.094) foi finalizada dentro do exercício 2016, e as restantes (45) se encontram em análise para finalização este ano. Com isso, a Ouvidoria da ANS atingiu um índice de resolubilidade de 99,4%.

[Confira o Relatório na íntegra](#)

Análise das demandas

As demandas recebidas pelos canais da Ouvidoria com temática pertinente à ANS são classificadas em “Não Propriamente de Ouvidoria” e “Próprias de Ouvidoria”, integrando a última categoria apenas as demandas que se relacionam com o desempenho e o processo de trabalho da ANS.

O ano de 2016 contou com 6.443 demandas “Não Propriamente de Ouvidoria” e 1.696 “Próprias de Ouvidoria”. A significativa diferença é motivada pelo grande número de manifestações de beneficiários de planos de saúde em face de suas respectivas operadoras, cujo canal apropriado de atendimento na ANS é a Central de Atendimento (Disque ANS, Formulário Eletrônico e atendimento presencial nos Núcleos da Agência), e não a Ouvidoria.

Em relação aos temas das manifestações “Próprias de Ouvidoria”, os atendimentos prestados pela ANS (Disque ANS, Fale com a ANS, Portal ANS, Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, Atendimento dos núcleos e DiopereResponde) foram os mais demandados, com 35,3% do total; seguidos de manifestações sobre os seguintes temas: administrativos (23,2%), rol de procedimentos (10,3%), reajuste (9,2%), sistemas da ANS (4,8%) e outros com menor percentual de ocorrência.

Vale destacar que os consumidores foram os maiores demandantes da Ouvidoria da ANS em 2016 (80%), seguidos pelas operadoras de planos de saúde (13%). Reclamação é o tipo de manifestação mais frequente (73%), seguida por consulta (16%), elogio (6%) e sugestão (5%). O tempo médio para resposta foi de 3,5 dias, cumprindo as etapas necessárias a cada demanda: cadastro; análise e triagem pela Ouvidoria; envio à área técnica quando

necessário; análise e produção de resposta; retorno à Ouvidoria; análise da resposta dada pela área técnica; e formalização da resposta ao demandante.

Pesquisa de Satisfação

Visando estimular a participação social e incrementar o acompanhamento e controle sobre a qualidade de seus serviços, desde 2015 a Ouvidoria da ANS realiza a Pesquisa de Satisfação com os seus usuários. Todas as respostas conclusivas emitidas pela equipe da Ouvidoria contêm um link de acesso para participação voluntária à pesquisa. Dessa forma, ao receber a resposta o usuário tem a oportunidade de avaliar o seu grau de satisfação com o atendimento recebido. A análise do último ano contou com dados de 206 questionários de um universo de 7.574 demandas recebidas e concluídas no período de 10 meses do ano de 2016.

A qualidade da resposta da Ouvidoria foi avaliada por meio de quatro atributos: tempo (agilidade na obtenção da resposta), clareza (facilidade de compreensão do texto), conteúdo (fundamento teórico) e resultado (atendimento à expectativa), classificados em “Ótimo”, “Bom”, “Regular” e “Ruim”.

Apesar de o tempo de resposta às demandas ter sido um atributo bem avaliado, a Ouvidoria, por meio da Diretoria Colegiada da ANS, publicou em 1º de dezembro de 2016 a Resolução Administrativa nº 65, que estabelece, entre outros pontos, prazo máximo de resposta das áreas técnicas à Ouvidoria (15 dias), bem como da própria Ouvidoria ao demandante (20 dias), a fim de tornar mais célere a resposta aos usuários.

Demais atividades da Ouvidoria da ANS em 2016

- Fechamento do ciclo anual do Relatório Estatístico e Analítico de Atividades das Ouvidorias - REA Ouvidorias 2016 (ano base 2015), para acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelas Ouvidorias das operadoras de planos de saúde.
- Pesquisa sobre a Ouvidoria Interna, que teve como objetivo conhecer as razões da baixa utilização do canal pelo corpo funcional da ANS. Essa pesquisa resultou na criação de sala reservada para o atendimento pessoal, preservando a privacidade dos participantes.
- Mudanças no formulário de entrada das manifestações de Ouvidoria no portal da ANS para que o demandante não tenha dúvidas sobre o canal correto para registrar a sua manifestação. Essa ação teve como subsídio o elevado número de demandas não pertinentes à Ouvidoria, ou seja, demandas de primeira instância que devem ser dirigidas à Central de Atendimento (Disque ANS, Formulário Eletrônico e atendimento presencial nos Núcleos da Agência).

A Ouvidoria da ANS é a área que possibilita a interlocução entre a instituição e o cidadão. As manifestações recebidas, sejam elas de reclamação, denúncia, consulta, elogio ou sugestão, permitem à Agência aprimorar os seus processos de trabalho, bem como promover a melhoria da qualidade e efetividade do atendimento aos seus demandantes.

[Saiba mais sobre a Ouvidoria da ANS.](#)

COMPLIANCE NA SAÚDE: MEDIDAS PARA O CRESCIMENTO SUSTENTÁVEL

FenaSaúde –20/04/2017

O superintendente de Regulação da FenaSaúde, Sandro Leal, defende a importância do compliance em todos os elos na cadeia produtiva da saúde, como forma de garantir competência técnica com boa gestão de custos. Com essa visão, Leal foi um dos debatedores do encontro 'Compliance em Healthcare – em busca de sustentabilidade na cadeia de saúde', promovido pela AmCham Rio (Câmara de Comércio Americana do Rio), na última terça-feira (18). O evento buscou debater o papel do compliance em healthcare, com o objetivo de servir os pacientes, protegendo-os da tomada de decisão médica imprópria e buscando a sustentabilidade na cadeia de saúde.

O debate envolveu questões sobre o modelo vigente na saúde, formas de remuneração e ética na saúde. O superintendente de Regulação participou do painel "Compliance na saúde: medidas para um crescimento sustentável". Leal lembrou que a Máfias das Próteses demanda rigor absoluto no relacionamento ético e comercial na saúde e o compliance ajuda a prevenir fraudes.

E também alertou para o risco do progresso elevado das despesas assistenciais que desafia o setor a manter o equilíbrio econômico dos contratos e a solvência das operadoras, e do próprio sistema de saúde suplementar. Pelos estudos da FenaSaúde, apresentados no painel, nos últimos dez anos, em apenas quatro o resultado

consolidado do setor foi positivo – reflexo de uma dinâmica de custos que cresce acima das receitas.

A despesa assistencial per capita, pelos cálculos da Federação, cresceu 138,3%, de 2008 a 2016. Neste mesmo período, a inflação medida pelo IPCA foi de 65,8% e o reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais foi de 104,2%, acumulados no período.

O superintendente da FenaSaúde citou exemplos das causas para o crescimento elevado desses custos. De acordo com Leal, um bom exemplo é relação da realização de exames de ressonância magnética por cada mil habitantes. No Brasil são realizados 132 exames nessa proporção, o país só perde para a Turquia com 133. Para efeito de comparação, a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 60 por cada mil habitantes.

Leal também destacou outros fatores que influenciam a evolução das despesas com internações, como: aumento da utilização de materiais médicos e OPME nas internações, muitas vezes de forma desnecessária e que, em algumas situações, põem em risco a própria saúde do paciente; substituição de materiais menos custosos por mais dispendiosos no tratamento, sem alteração comprovada nos desfechos clínicos; indicações inadequadas de tecnologias; e envelhecimento populacional.

Por fim, Sandro Leal avalia, ainda, que a excessiva regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitas vezes entrando na micro-regulação, acaba elevando os custos de observância das normas e que é preciso avaliar previamente se o benefício pretendido pelas normas justifica o custo. É o que chama de regulação baseada em evidências.

“SE NADA FOR FEITO, O CUSTO DA SAÚDE VAI CHEGAR A 25% DO PIB”

SaudeBusiness –19/04/2017

Na última semana, o Instituto Coalizão Saúde lançou o livro “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” e marcou um grande passo frente à proposição de criação de um sistema de saúde focado na entrega de valor para os envolvidos. O lançamento contou uma apresentação formal dos resultados apresentados no estudo.

A área da saúde é apontada como uma das mais importantes pela população brasileira, entretanto o seu custo em nosso país poderá chegar R\$ 10 trilhões se nada for feito para conter a chamada inflação médica, de acordo com um estudo inédito realizado pelo Instituto Coalizão Saúde e a McKinsey.

Para discutir essa questão, Claudio Lottenberg, Presidente do Instituto Coalizão, e as Consultoras Sócias da McKinsey, Patricia Ellen da Silva e Tracy Francis detalharam o estudo e criaram uma proposta com pontos de mudança.

“ A saúde deveria ser um dever do cidadão”

Lottenberg abriu o debate ressaltando que a saúde no Brasil, quando foi discutida em seu marco constitucional, partiu de um princípio de um dever do Estado e direito do cidadão e acabou excluindo a responsabilidade do próprio indivíduo. Dessa maneira, promover a discussão acerca da necessidade de criar maior consciência de valor no sistema e estimular o uso consciente dos recursos de saúde pode ser considerada uma contribuição bastante consistente para o país.

Sobre a conscientização do paciente ser o responsável pelo seu próprio cuidado, Lottenberg reitera:

“A questão da promoção da saúde por meio de educação do cidadão e dos empregadores é um processo de conscientização. O grande problema nessa questão reside na forma como as pessoas tratam da sua saúde, terceirizando para o Estado ou para uma fonte pagadora”.

A discussão abordou também os impactos do envelhecimento populacional, e sinalizou que até 2030, a perspectiva é de que a população brasileira idosa (acima de 60 anos) deverá triplicar, ou seja, para acompanhar o novo perfil populacional, o nosso país deve expandir os modelos de atenção aos idosos, além de investir na formação dos profissionais de saúde para o cuidado com a população nesta faixa etária. Além disso, devemos repensar a importância da adesão no atendimento para as pessoas com doenças crônicas.

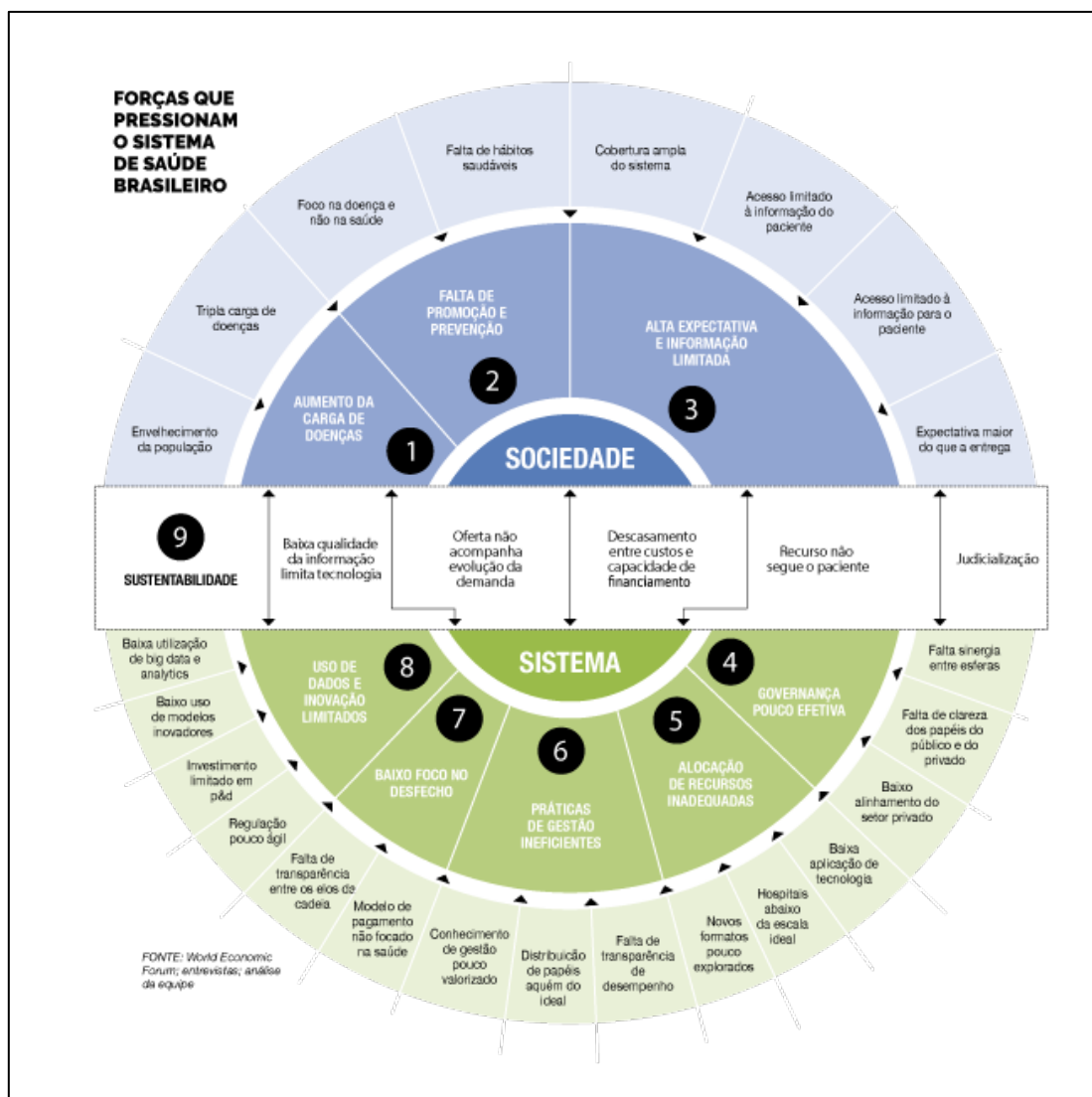
O debate avançou para a integralidade no atendimento, e Lottenberg pontuou:

“Falamos muito em integralidade no atendimento, mas se nós não definirmos o que é a integralidade, acabamos caminhando para um caminho complexo que envolve toda a questão da judicialização”.

Com a relação à judicialização, Lottenberg declarou que não podemos radicalizar e afirmar que a judicialização não é boa, pelo contrário trata-se de um instrumento legítimo de reivindicação da sociedade.

Dentro dessa dinâmica, a discussão tratou sobre os principais desafios em melhorar a saúde em nosso país, e o quanto eles se tornam complexos com o passar dos anos, ora pela pluralidade de agentes envolvidos ou pela ausência de projetos sustentados no cidadão como foco das ações.

Lottenberg, com suporte da McKinsey apresentou as iniciativas que visam mostrar mudanças em alguns modelos de atendimento e gestão atual. Foi criado um gráfico das forças que pressionam o sistema de saúde:



Resumidamente, as iniciativas construídas compreendem:
A consolidação e uso de dados: Quanto mais avançarmos no uso do Big Data e de outras ferramentas tecnológicas, mais assertividade teremos nas ações nacionais de saúde, como por exemplo, o diagnóstico precoce de doenças e a predição de condições de saúde.

Modelos de Pagamentos: Desenvolver modelos pluralizados de forma de pagamento, além da remuneração por volume, modelo amplamente usado hoje, será de extrema valia para maior entrega de qualidade e um controle dos custos associados ao cuidado de saúde.

Fortalecimento da Atenção Primária: É preciso promover protocolos de incentivos, melhorando o acesso e a qualidade da assistência com a valorização da medicina da família.

Modelos Inovadores de Atenção: Não se refere apenas à incorporação de novas tecnologias, e sim à apresentação de variações para melhorias do sistema atual. O cuidado com o idoso e a agilidade na regulação de leis e pesquisas são exemplos que podem ser otimizados no sistema.

Promoção da Saúde, por meio de educação do cidadão e dos empregadores: Um ponto de extrema importância consiste em uma mudança cultural através das escolas e das empresas para que os empregados e estudantes possam se conscientizar sobre a responsabilidade por sua própria saúde e, além disso, engajar em hábitos e comportamentos diários que promovam saúde.

Os custos crescentes da área da saúde não são desafio exclusivo do Brasil, mas, se os gastos continuarem evoluindo com a mesma taxa dos últimos anos, poderão chegar a representar 20-25% do PIB, tornando o sistema insustentável. O debate dessas ações requer o envolvimento de todos os envolvidos na cadeia produtiva para que possamos assegurar a sustentabilidade financeira do setor.

COMO ANDA A SAÚDE ECONÔMICA DO SETOR DE SAÚDE?

IESS –19/04/2017

Quarta-feira passada (12/4), [aqui no Blog](#), mostramos como são empregados os recursos advindos das contraprestações que os beneficiários pagam aos planos de saúde: De cada R\$ 100, R\$ 86,17 são gastos assistenciais com serviços médicos, R\$ 11,23 são destinados para o pagamento de despesas administrativas (como tributos) e apenas R\$ 2,60 ficam de resultado. Sendo que o valor médio das mensalidades dos planos em setembro de 2016 (o dado mais recente disponível) foi de R\$201,63.

O que pretendemos ao mostrar esses números? Fazer uma defesa do setor? Longe disso, apenas jogar luz sobre os números e fomentar o debate sobre a sustentabilidade do setor as medidas que precisam ser tomadas para garanti-la. Principalmente frente ao constante aumento dos gastos assistenciais em patamares superiores aos dos reajustes das mensalidades (definidos pela ANS) ao longo de grandes períodos de tempo.

Mas apenas esses números podem não deixar clara a situação em que o setor se encontra hoje, então resolvemos fazer um exercício simples de projeção desses recursos para setembro de 2017. Não estamos projetando que estes serão os resultados do próximo período, é bom deixar claro, apenas tentando ilustrar a atual situação do setor e os desafios que precisam ser enfrentados para garantir sua sustentabilidade.

Para tanto, vamos considerar que o reajuste permitido pela ANS fosse idêntico ao do ano anterior: 13,57%. O que é bastante improvável. Com esse reajuste, a mensalidade média subiria para R\$ 228,99.

Vamos aceitar, também, que a sinistralidade (o percentual da contraprestação destinado para gastos assistenciais), até para facilitar o cálculo, do período seja de 85%. Portanto, inferior aos 86,17% registrados em setembro de 2016. Então, de cada mensalidade de R\$228,99, R\$ 194,64 seriam destinados ao pagamento de despesas assistenciais.

Contudo, ainda temos que considerar a variação dos custos médico-hospitalares, aferida pelo VCMH/IESS, que deve ter encerrado o ano entre 18% e 20%, como já apontamos aqui. Para esse exercício, vamos, então, considerar uma taxa de aumento dos custos médico-hospitalares de 18%. Vale destacar, a última vez que o VCMH apresentou uma variação inferior a este patamar foi em julho de 2015. Isso significa que os gastos assistenciais subiriam para R\$ 229,68. Portanto, mais do que a operadora recebe dos beneficiários.

Além disso, há as despesas administrativas, que vamos manter congeladas em R\$ 22,64. O que significaria que as operadoras não gastariam um centavo a mais com tributos (apesar do aumento de receita pelo reajuste das mensalidades) ou com o reajuste de salário de seus funcionários, entre outros fatores. Apenas, novamente, para simplificar o exercício proposto.

Qual seria então, o resultado dessa conta? Qual seria o resultado das operadoras?

Bem, de acordo com esses números, a cada R\$ 100 recebidos, as operadoras gastariam R\$ 9,89 com despesas administrativas, R\$ 100,30 com despesas assistenciais e teriam um resultado negativo de R\$ 10,19.

O que, obviamente, demonstra um risco à sustentabilidade do setor.

#SBF17: “QUE INDICADORES ME PERMITEM ENTREGAR VALOR?”

SaúdeBusiness –18/04/2017

Conversei com o Dr. Barry Chaiken, Professor Adjunto da Boston University e ex-Membro do Conselho da HIMSS, sobre Saúde com base em Valor (Value-based Healthcare) e os impactos da mudança do modelo atual no sistema de saúde.

Para contextualizar e dar o tom da discussão de adoção de tecnologia e mudança de modelo, Dr. Chaiken contou um pouco da experiência americana nos últimos anos com o Affordable Care Act.

Para ele, as organizações de saúde colocaram todo o foco na aquisição de sistemas e implementação das regras necessárias para o recebimento do incentivo do governo americano e, hoje, não conseguem ter certeza do retorno do investimento.

“Como sabemos que estamos colocando mais valor no sistema? Como sabemos que estamos aumentando a qualidade? Estamos, de fato, diminuindo os custos?”, questiona Dr. Chaiken.

Para ele, antes da aquisição desenfreada de tecnologia, três pontos precisam ser questionados e definidos:

– Que indicadores me permitem atingir a saúde com base em valor?

– Como usar essas métricas para gerenciar a organização?

– Como garantir que essas métricas sejam adotadas pelo corpo clínico de forma que eles mudem sua rotina e, de fato, entreguem valor?

O último passo, segundo Chaiken, precisará especialmente de atenção, porque precisaremos de profissionais que estejam dispostos a mudar completamente a forma como entregam o cuidado de saúde.

“Uma transição bem-sucedida para um modelo de remuneração baseada em valor depende de colocar pessoas e tecnologia juntas, trabalhando de forma inteligente e eficiente”, diz Dr. Chaiken. Para ele, a mudança para o novo modelo requer que os provedores mudem de forma disruptiva os processos e workflows de cuidado para garantir alta qualidade, cuidado seguro e, tudo isso, a custos razoáveis.

SAÚDE SUPLEMENTAR EM DEBATE NO 4º COLÓQUIO DE PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR DE SEGUROS

FenaSaúde –17/04/2017

Aproximar o mercado segurador do consumidor é o principal objetivo dos Colóquios de Proteção do Consumidor de Seguros, organizado pela CNseg. O evento já passou por Cuiabá, Curitiba e Manaus, e teve sua quarta edição realizada nos dias 12 e 13 de abril, em João Pessoa, com a participação de mais de 80 representantes de Procons e especialistas do mercado segurador.

O 4º Colóquio de Proteção do Consumidor de Seguros foi aberto pelo presidente da CNseg, Marcio Coriolano, que avaliou o evento como valiosa ferramenta para entender como o mercado é percebido pela sociedade e órgãos de defesa do consumidor. Também participaram da abertura Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e vice-presidente da Cnseg; João Giuseppe Silveira Leite Esmeraldo, presidente do Sindicato das Seguradoras BA/SE/TO, Saulo Henriques de Sá, desembargador da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba; Patrícia Galdino de Faria Barros, coordenadora geral de Articulação de Relações Institucionais da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon);

Claudia Francisca Silvano, diretora do Procon Estadual do Paraná e presidente da ProconsBrasil; Késsia Lilianna Dantas Bezerra Cavalcanti, superintendente do Procon Estadual da Paraíba e presidente do Fórum dos Procons do Nordeste; e Ricardo Morishita Wada, presidente do Instituto de Pesquisas Jurídicas e Sociais.

Em 2016, de cada 1.000 beneficiários que registraram reclamações relacionadas a planos de assistência médica, aproximadamente três eram do Nordeste. Portanto, entre os temas abordados, a saúde suplementar foi um dos principais assuntos debatidos. O debate reuniu a presidente da FenaSaúde, que apoiadora das iniciativas da CNseg voltadas ao consumidor e defende uma maior interlocução das operadoras e seguradoras em geral com os Procons; Angélica Carlini, especialista em Direito de Seguro, Relações de Consumo e Responsabilidade Civil; e Clarice Santiago, gerente de Gestão de Litígios da Amil.

A presidente da FenaSaúde buscou demonstrar o funcionamento do sistema de saúde suplementar e suas principais características, como tipos de planos, com contratos não regulamentados ou antigos; contrato novo ou regulamentado - celebrados após 02/01/99 e regidos pela Lei 9.656/98; e contrato adaptado: contrato antigo adaptado à nova legislação (Lei 9.656/98), garantindo ao beneficiário todas as coberturas dos planos novos. Ela tratou ainda da segmentação, demonstrando que o plano pode ser referência, ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia.

Com relação à crescente judicialização contra o setor de saúde suplementar, a executiva da FenaSaúde comentou a situação dos beneficiários de planos antigos, contratados antes da Lei 9656/98. “Os beneficiários desses planos foram orientados pela ANS e convidados pelas operadoras para migrarem para planos regulados pela Agência, mas alguns preferiram manter os contratos antigos. E as razões são várias, insegurança de perder algum direito, desconhecimento e falta de informação. Porém, alguns acreditam que os direitos não contemplados nos contratos podem ser obtidos por meio da judicialização”, explicou.

Quando indagada sobre a proposta do Ministério da Saúde de criação de um plano acessível, Solange Beatriz Mendes disse que a proposta da FenaSaúde defende um modelo assistencial voltado para a atenção primária, com um médico generalista, rede hierarquizada com rol regionalizado e a segunda opinião. “Não propomos redução de cobertura, mas sim novos modelos de assistência, como a coparticipação, que é uma forma de educar e fazer dos 48 milhões de beneficiários fiscais contra a escalada dos custos assistenciais.”

Solange também defendeu o programa da ANS que estimula o paciente a buscar o maior número possível de informações junto ao seu médico e a outros profissionais de saúde antes de submeter a um exame, tratamento ou procedimento. “É adequado perguntar, por exemplo, quais são os benefícios, as contraindicações e os efeitos colaterais desse exame ou procedimento. Isso não é interferir no trabalho do médico”. Entre outras ações, o programa da ANS orienta que, antes da consulta, o paciente anote os detalhes dos sintomas. Por exemplo, quando e como começou a sentir os sintomas, a progressão da doença, melhoras etc. “Durante a consulta, o paciente precisa ouvir atentamente e responder o que o profissional pergunta. O paciente não deve ter medo e nem vergonha de perguntar e tirar suas dúvidas sobre o seu estado de saúde. E o médico deve também compreender isso”, disse.

A presidente da Federação também mostrou as diferenças de preços de materiais médicos entre as regiões. “Um marcapasso CDI pode variar de R\$ 29 mil para R\$ 90 mil”, disse. Ainda comentou a negação de coberturas e não cumprimentos de prazos, explicando que a regulação da Agência está voltada apenas para as operadoras, não alcançando o prestador de serviços médicos nem a indústria de materiais e equipamentos. “A ANS não pode punir um médico que presta um mau serviço. E a operadora só pode punir descredenciando esse profissional”, afirmou.

Por fim, a presidente da FenaSaúde, alertou que o crescimento elevado das despesas assistenciais desafia a sustentabilidade e

equilíbrio econômico do setor. “Pelos estudos da Federação, nos últimos dez anos, o resultado consolidado do setor foi negativo em seis anos, reflexo dessa dinâmica de crescimento acelerado dos custos.”

Procons – De acordo com Claudia Silvano, diretora do Procon Estadual do Paraná e presidente da ProconsBrasil, eventos como o 4º Colóquio de Proteção do Consumidor de Seguros, são muitos relevantes. “Tanto o mercado quanto os Procons aprendem algo diferente. Com isso, se constrói pontes. E a construção de um diálogo, com críticas construtivas, é necessária. Estamos em um momento que o consumidor precisa da sociedade e do poder público para obter respostas efetivas para seus direitos e reclamações.”

Segundo Késsia Cavalcanti, superintendente do Procon Estadual da Paraíba e presidente do Fórum dos Procons do Nordeste, acredita que encontros, como o 4º Colóquio, são fundamentais. “Fazem o mercado e os órgãos de Defesa do Consumidor trazerem à baila os problemas que enfrentam no dia a dia. São nesses momentos que nós crescemos porque conhecemos o outro lado e as empresas também conhecem a realidade que nós estamos vivenciando. É importante que esse conhecimento seja passado para que possamos educar o consumidor para equacionar e tornar as relações de consumo harmônicas”, avaliou Késsia.

Ricardo Morishita, presidente do Instituto de Pesquisas Jurídicas e Sociais, considerou extremamente importante o painel que debateu questões relacionadas à saúde suplementar. “É um setor com grande complexidade. Temos problemas macros e micros e é importante a existência do diálogo para entender esses problemas. Deve haver uma convergência entre os consumidores e o próprio mercado no sentido de solucionar as questões e avançar. É sempre positivo quando se tem a possibilidade e a oportunidade de debater e estabelecer uma linha de convergência para que exista uma evolução da situação”, afirmou Morishita.

No segundo dia de Colóquio, o advogado e coordenador Jurídico da Assembleia Legislativa da Paraíba, Odon Bezerra Cavalcanti comentou a aplicação do código de defesa do consumidor e falou da relação do consumidor com as seguradoras de planos de saúde. “Os consumidores não entendem muito os pontos dos contratos, como aumento por faixa etária e exclusão de coberturas de contratos antigos. Está no Código de Defesa do Consumidor que a informação precisa ser clara e esta clareza deve constar nos contratos. Temos que evoluir e buscar harmonizar os interesses e a boa-fé objetiva”, concluiu Cavalcanti.

CONTRAPRESTAÇÃO, SINISTRALIDADE E RESULTADOS

IESS –12/04/2017

Uma das máximas que sempre gostamos de reforçar é que, na saúde (assim como em muitas outras áreas), os recursos são finitos e não é possível entregar tudo, o tempo todo, para todo mundo. Até por isso a importância de respeitar o rol de procedimentos previstos pela ANS e regulações que determinam as condições para a realização de certos procedimentos.

Por exemplo, as cirurgias bariátricas – que não devem ser feitas apenas por questões estéticas, como já apontamos [aqui no Blog](#) – ordenadas por medida judicial sem considerar as condições determinadas pela ANS contribuem para o aumento desnecessário dos gastos de planos de saúde e, conseqüentemente, para o aumento das contraprestações (mensalidades) de todos os beneficiários.

Contudo, ao falarmos sobre os recursos disponíveis, o assunto costuma entrar em um campo cinza, repleto de incertezas, em que sobram críticas para todos os lados. Uma das críticas mais comuns é a de que as operadoras de planos de saúde têm muito dinheiro, e só estão interessadas no lucro.

Não para fazer a defesa do setor, que não é nosso papel, mas para “jogar” luz sobre a questão e colaborar com esse debate, em prol do entendimento de que os recursos são, sim, finitos, levantamos como os recursos advindos das contraprestações dos beneficiários são destinados.

De acordo com números oficiais, coletados junto à ANS, referentes ao mês setembro de 2016 (o dado mais atual disponível), em média, de cada R\$ 100 pagos às operadoras como contraprestação pelo plano de saúde, R\$ 86,17 são devolvidos aos beneficiários na forma de serviços de saúde (sinistralidade). Do restante, R\$ 11,23 são gastos em despesas administrativas, como tributos, e apenas R\$ 2,60 ficam para a operadora, como resultado.

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