

03 de Maio de 2017

OPERADORAS DE SAÚDE SE QUEIXAM DE MULTAS E NÃO PAGAM 81% DELAS

Folha de São Paulo –02/05/2017

Dos R\$ 2,58 bilhões em multas aplicadas às operadoras de saúde entre 2012 e 2016, apenas 25,72% dos recursos foram pagos, segundo dados da ANS, agência reguladora do setor, que fiscaliza e efetua as cobranças.

O motivo da baixa arrecadação é que as empresas costumam contestar judicialmente as penalidades, sob a queixa de que o valor é excessivo.

A média das multas aplicadas em 2016 foi de R\$ 915 mil, segundo a Abramge, associação de planos de saúde.

“A punição pelo atraso de um procedimento de R\$ 8 mil é uma multa de R\$ 80 mil. Essa desproporcionalidade não ocorre em nenhum outro setor”, afirma Pedro Ramos, diretor da entidade.

Em geral, os juízes refutam o argumento das operadoras, pois os critérios para o cálculo da penalidade estão definidos de forma clara na regulamentação, diz Patrícia Helena Marta, do TozziniFreire.

A ANS reconhece que a cobrança pode ser desproporcional-o que pode ocorrer tanto para uma consulta barata como para procedimentos negados que têm um valor superior ao da multa, destaca.

Desde setembro de 2016, a agência tem feito reuniões para criar um modelo que individualize a cobrança e corrija eventuais distorções.

DECISÃO DE 1ª INSTÂNCIA CONTRA PLANOS É MANTIDA EM 92% DOS CASOS

Agência Estado –30/04/2017

A Corregedoria-Geral de Justiça de São Paulo prepara um estudo, que deverá ser concluído até dezembro, sobre as causas do expressivo aumento das ações contra planos de saúde. Iniciado há poucos meses, o trabalho já descarta a possibilidade de atuação de uma eventual máfia de prestadores e advogados. “O número de decisões de primeira instância confirmadas no Tribunal de Justiça já indica que as queixas tinham fundamento”, afirma a juíza assessora da Corregedoria-Geral de Justiça, Maria Rita Pinho Dias. Pela avaliação feita até agora, 92% das decisões de primeira instância foram mantidas no julgamento do recurso.

Conduzido pelo Núcleo de Monitoramento de Perfis de Demandas da Corregedoria-Geral de Justiça, o estudo terá seus resultados apresentados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Defensoria Pública e ao Ministério Público.

“Nossa intenção é identificar os principais pontos de conflito e sugerir soluções”, diz a juíza Ana Rita de Figueiredo Nery, que conduz o trabalho com Maria Rita. Elas classificam o aumento de ações como vertiginoso. “É inegável haver tensão social nesta área tão relevante. Isso dá sinais de que o modelo atual apresenta deficiências e que ajustes são necessários”, diz Maria Rita.

Planos de saúde estão em terceiro lugar na lista de conflitos mais comuns analisados na Justiça Paulista. Em primeiro lugar estão os contratos e em segundo, os seguros em geral, aí incluído o contra Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Para Ana Rita, o impacto do aumento de ações contra planos é inegável – a começar na própria Justiça. “Estudos do Ipea (*Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*) indicam que cada ação tem um custo médio de R\$ 2.500 para os cofres públicos.” A juíza assessora, porém, observa que este não é o problema mais grave. “O acesso à Justiça envolve custos. Muito provavelmente há usuários que têm seus direitos violados e não recorrem à Justiça.”

Regulação. A ideia do trabalho é apontar para ANS, por exemplo, caminhos na regulação para tentar reduzir os conflitos. “As decisões adotadas até agora são importantes para o usuário que procura a Justiça. Ele pode ter o dano reparado, o direito garantido. Mas o tema talvez merecesse uma avaliação que extrapolasse o individual”, observa Ana Rita.

As duas juízas assessoras concordam que uma alternativa seria ações coletivas. Além de terem alcance para todos, elas também poderiam ajudar a prevenir futuros conflitos. “Por isso, apresentaremos também os resultados para a Defensoria Pública e o Ministério Público”, completa Ana Rita.

CONHEÇA OS DESAFIOS DA SAÚDE NO PAÍS

Saúde Business –28/04/2017

Um dos desafios do setor de saúde é garantir o acesso universal a seus serviços, de maneira rápida e resolutive, considerando:

- escassez de recursos e infraestrutura insuficiente para atender toda a demanda;
- desequilíbrio na alocação de recursos entre promoção, proteção e recuperação da saúde;
- demanda crescente que aumentará mais com o envelhecimento da população;
- custos médicos aumentando mais do que a inflação;
- as receitas, sejam elas para o SUS ou para saúde suplementar, não crescem na mesma proporção que os custos.

De uma forma mais setorial, é fundamental que todos os atores do setor, principalmente os governantes, olhem a rede de valor de saúde e enfoquem alguns aspectos fundamentais:

Reequilibrar atuação entre a promoção, proteção e recuperação

Assim como em diversas atividades, as medidas corretivas (recuperação) são muito mais caras do que as preventivas (promoção e proteção). Ter políticas públicas que enfoquem cada vez mais na promoção e prevenção ao invés da recuperação é fundamental para equilíbrio do sistema de saúde como um todo.

Rever o balanceamento setorial

É fundamental balancear o setor, tendo um plano diretor que identifique quais são as necessidades para atenção primária, secundária e terciária no país, independente se a prestação do serviço será ofertada pelo poder público ou privado. Ou seja, quantas unidades de PSF (Programa Saúde da Família) precisamos no curto, médio e longo prazo e em cada região do país, quantas de AMA, AME, PA, PS, quantos médicos, enfermeiros, técnicos, quantos leitos, salas cirúrgicas, aceleradores lineares, e assim por diante.

Educar a população quanto ao uso apropriado dos segmentos primário, secundário e terciário dos serviços de saúde

A correta utilização de cada um desses segmentos pode otimizar o uso dos serviços, reduzindo os custos para o setor e garantindo o atendimento mais adequado ao paciente em cada situação.

Conhecer os atuais atores do setor

Quem são, que serviços disponibilizam, em que quantidade, quais serviços a população pode contar e onde eles estão, etc;

Rever estímulos entre elos da cadeia de valor

Na saúde suplementar, a relação financeira entre operadores e pagadores é denominada “fee-for-service”, em que o pagador reembolsa o valor de todos os serviços e insumos utilizados pelo operador. Os operadores, portanto, tem um estímulo para realizar a maior quantidade de serviços possíveis, tornando secundário fatores como qualidade do atendimento, saúde do paciente e racionalização de recursos.

5 eixos principais no contexto dos prestadores de serviços

1. garantir uma boa experiência do paciente: Por mais que estejamos falando de um momento que na grande maioria das vezes o paciente está emocionalmente abalado, é preciso que a experiência dele seja positiva, que ele se sinta acolhido e sinta que tudo está sendo feito para que ele volte a condição de saúde anterior ao problema. E caso isso não seja possível, que ele sinta que tudo o que poderia ter sido feito foi realmente feito e da melhor forma;
2. otimização dos processos a luz da estratégia, tornando-os cada vez mais corretos e seguros, sem falhas e menos burocráticos, e aderentes a estratégia da organização;
3. utilização de sistemas: ainda existem muitos e muitos “equipamento” de saúde (hospitais, ambulatorios, etc) que executam seus processos de forma manual. Isso leva a erros e reduz drasticamente a velocidade dos processos, a qualidade das informações geradas e, conseqüentemente, faz com que o gestor tome decisões erradas ou atrasadas;
4. balanceamento dos recursos nas organizações: assim como no setor, as organizações precisam balancear seus recursos, entendendo a sua epidemiologia e demanda, e o quanto de recursos são consumidos por essa demanda. Precisam equilibrar a oferta com a demanda, para que o acesso do paciente ao sistema seja o mais breve possível e passagem do paciente pela organização ocorra da forma mais rápida possível, sem perder, é claro, a eficácia do atendimento.
5. capacitação: tornar a sua mão de obra cada vez mais preparada para executar bem os processos e os procedimentos de saúde. Não adianta ter bons processos, bons sistemas, boa infraestrutura, se a mão de obra não está preparada.

BOLETIM DA SAÚDE SUPLEMENTAR: INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS

FenaSaúde –27/04/2017

Reformulada, a publicação reúne um conjunto de indicadores das empresas associadas à Federação e do mercado de saúde suplementar.

Esta edição apresenta uma síntese dos principais indicadores do setor com uma diagramação totalmente reformulada, que visa facilitar o processo leitura e entendimento das informações.

- Entre outros dados, o leitor poderá conferir informações referentes ao número de beneficiários. Por exemplo, em março de 2017, os planos de assistência médica contabilizaram 47,6 milhões de

beneficiários, com redução de 2,0%, nos últimos doze meses. Os planos exclusivamente odontológicos contabilizaram 22,5 milhões de beneficiários, com aumento de 7,7%, na mesma base de comparação.

Desde dezembro de 2014 o mercado de saúde suplementar perdeu 2,8 milhões de beneficiários de planos médicos. No entanto, o setor apresenta sinais de recuperação com a redução no ritmo de queda e expansão do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

Os Indicadores Econômico- Financeiros apontam que as despesas assistenciais cresceram 13,0% (R\$137,2 bi) enquanto as receitas aumentaram 11,7% (R\$165,6 bi), em 2016 na comparação com 2015.

[Clique aqui para acessar a publicação na íntegra](#)

MAIS 2 MILHÕES DE BRASILEIROS CONTRATAM PLANOS ODONTOLÓGICOS

SEGS –27/04/2017

Os planos exclusivamente odontológicos cresceram 7,7% entre março de 2017 e o mesmo mês do ano passado. Com o avanço, registrado na última edição da NAB, 22,5 milhões de brasileiros estão cobertos por planos odontológicos. Em março do ano passado esse número era de 20,5 milhões de beneficiários.

A região Nordeste do Brasil teve alta de 10,7% e segue sendo a região que, proporcionalmente, mais avança em usuários de planos exclusivamente odontológicos. O crescimento significa o acréscimo de 407 mil novos beneficiários. O Estado do Pernambuco se

destacou com 126 mil novos vínculos, o maior aumento, em números absolutos, da região Nordeste. Contudo, o Estado do Maranhão, onde foram registrados 31,2 mil novos vínculos, apresentou o maior impulso: alta de 22,1%.

A região Norte do país também registrou avanço acima da média nacional. O crescimento de 8,1% corresponde a 78 mil novos beneficiários. Desse número, 65 mil se concentram no Pará e Amazonas. O Acre foi o único estado da região que registrou queda. Entre março de 2017 e o mesmo mês do ano anterior, o total de beneficiários no Estado recuou 5,6%, o que representa o rompimento de 694 vínculos.

O Sudeste foi a região que mais cresceu em números absolutos. Puxado pelo Estado de São Paulo, com 690 mil novos vínculos, a região somou 821 mil novos beneficiários em relação a março do ano passado. As regiões Sul e Centro-Oeste registraram o menor crescimento no período, avanço de 4,8% e 2,8% respectivamente.

AS OPERADORAS DE SAÚDE E O COMBATE À HIPERTENSÃO

Previva –26/04/2017

Principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como infarto, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, a hipertensão arterial acomete atualmente 24,8% da população adulta no país, segundo [dados do Ministério da Saúde](#).

Ou seja: **um em cada quatro brasileiros** precisa conviver diariamente com uma doença crônica responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Diante desse quadro, desenvolver programas voltados à prevenção e ao diagnóstico da hipertensão entre seus beneficiários é uma questão estratégica para operadoras de seguros e planos de saúde.

Em um paciente com **pressão alta** o processo de circulação exerce mais força sobre os vasos sanguíneos e o coração, além de prejudicar o funcionamento de outros órgãos. Com o tempo, este esforço extra pode aumentar os riscos de ataque cardíaco ou derrame cerebral. A hipertensão também causa uma série de outros danos no coração e nos rins, além de estar ligada a alguns casos de demência.

Mesmo tendo forte influência da genética – quem tem pai ou mãe hipertensos tem mais propensão a desenvolvê-la – a hipertensão é mais frequente em obesos, sedentários e fumantes. Por isso, **investir em programas de prevenção** focados em promover uma mudança de hábitos é crucial para reduzir o avanço da doença.

Identificando grupos de risco para a hipertensão

Para uma operadora de saúde, antes de poder planejar uma estratégia eficaz no combate à hipertensão é necessário conhecer muito bem o perfil de seus associados. Utilizando **ferramentas de**

gestão de informação é possível identificar os principais grupos de risco – seja pela idade, pelo histórico familiar ou pela identificação de hábitos como sedentarismo e tabagismo – e desenvolver ações voltadas especificamente para eles.

A partir da identificação dos grupos de risco as equipes de atendimento reforçam o contato com estas pessoas, convidando-as para participar de eventos promovidos pela operadora, como palestras sobre a doença envolvendo orientações para a adoção de uma dieta saudável e para a prática de atividades físicas. O objetivo é **manter os participantes vinculados o maior tempo possível** com estas ações, que devem ser desenvolvidas por uma equipe composta por profissionais de enfermagem, educadores físicos e nutricionistas.

Diagnóstico precoce e adesão ao tratamento

Além de divulgar informações a respeito da doença e sobre como evitá-la por meio de mudanças de hábitos, outras questões devem ser constantemente reforçadas um programa de prevenção à hipertensão: promover o diagnóstico precoce e garantir a adesão dos pacientes ao tratamento.

Toda oportunidade para **oferecer o serviço de aferição da pressão arterial** deve ser aproveitada, pois trata-se de uma doença assintomática e que muitas vezes só é identificada quando surge alguma complicação. Campanhas em empresas e eventos públicos com atividades ao ar livre são algumas das ações que podem ser adotadas com frequência.

O diagnóstico da hipertensão não significa o fim da abordagem preventiva. O acompanhamento destes pacientes crônicos é fundamental para que a operadora possa oferecer uma maior qualidade de vida aos beneficiários, reduzindo assim a incidência de internações e a necessidade de tratamentos mais avançados. Nesse sentido, é importante ter em mente que a pouca adesão aos tratamentos (sejam medicamentosos ou não) é um dos principais fatores apontados como responsáveis pelos baixos resultados apresentados por muitas ações de controle da doença.

O paciente hipertenso frequentemente requer estímulos constantes para manter um estilo de vida saudável e seguir com o tratamento. O ideal é que estes pacientes estejam inseridos em **grupos de gestão de doenças crônicas** capazes de mantê-los em contato frequente com as equipes de enfermagem para um monitoramento mais constante de sua saúde geral.

CÂNCER: ESPECIALISTAS PEDEM APROVAÇÃO MAIS ÁGIL DE NOVAS TERAPIAS

Folha de São Paulo –25/04/2017

O Brasil tem pesquisadores e instituições capazes de gerar conhecimento e tecnologia para combater o câncer, mas é preciso criar mecanismos mais transparentes e mudar o planejamento da saúde para que isso se transforme em tratamentos que favoreçam o paciente.

Essa é a visão de Paulo Hoff, oncologista do Hospital Sírio-Libanês e diretor do Icesp (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira), na palestra de abertura do segundo dia do Fórum A Jornada do Paciente com Câncer, na terça (25). O evento é promovido pela Folha com patrocínio do laboratório Bristol-Myers Squibb.

“Além de flagelo, o câncer é caro de tratar, por isso é preciso mudanças na forma de planejar a saúde”, disse Hoff. Ele calcula que, em poucos anos, o Brasil passe dos 600 mil casos anuais para 1 milhão de pessoas com algum tipo de câncer.

Simplificar a pesquisa clínica, aumentar a qualidade –e não só a quantidade– dos cursos de medicina e aprimorar a assistência são medidas urgentes, segundo ele.

“Se, por milagre, tivéssemos equipamentos de radioterapia suficientes em todo país, não teríamos médicos e técnicos para operar o equipamento”, afirmou.

Para Hoff, um dos gargalos do tratamento do câncer no Brasil é a oferta de cirurgias oncológicas. “Não aumentou a oferta, hoje gastamos pouco mais do que há cinco anos”, disse ele, que defende realismo no uso dos recursos.

Além de investimento em tratamentos cirúrgicos iniciais, Hoff sugere discutir quais, como e para quem servem as novas tecnologias e tratamentos. “Precisamos exigir às farmacêuticas que incluam em suas pesquisas métodos para identificar quem se beneficia com o novo tratamento. A indústria tem direito de lucrar, mas também precisa ter consciência social.”

A identificação de quem realmente ganha com uma nova droga, por exemplo, permite um uso mais inteligente dos recursos. “Uma vida não tem preço, mas tem custo. Não é possível, em país nenhum, dar tudo para todos”, afirmou.

Novos tratamentos

A aprovação de novas drogas foi o tema da primeira mesa do segundo dia do fórum. Participaram da mesa Fábio Franke, oncologista do Hospital de Caridade de Ijuí, Karla Coelho, da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), e Marlene Oliveira, presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida. A mediação foi da jornalista Cláudia Collucci, da Folha.

Franke reforçou a necessidade da criação de leis que facilitem a pesquisa clínica, única forma de acesso a tratamentos mais sofisticado para uma boa parte da população brasileira.

“No Brasil, leva-se mais de um ano e meio para abertura do protocolo. Isso faz com que muitas pesquisas nem cheguem aqui”, afirmou Franke. Segundo ele, o Brasil recebe no máximo 2% do total de estudos clínicos feitos no mundo.

A forma como novos tratamentos são incluídos no sistema de saúde suplementar foi apresentada por Coelho, da ANS (Agência Nacional de Saúde suplementar). A incorporação de novas tecnologias nos planos de saúde são revistas pela agência a cada dois anos.

“Temos muitas tecnologias novas disponíveis, mas nem todas são oportunas”, afirmou.

Além de avaliar benefícios dos tratamentos, a questão do valor do tratamento contra o câncer no custo da saúde precisa ser discutida com transparência e os investimentos têm que ser feitos também em cuidados paliativos, não só em tratamentos, segundo Coelho.

A importância da prevenção foi assinalada por Oliveira, do Instituto Lado a Lado, assim como a necessidade de envolver o paciente nas discussões.

“O paciente tem pressa. Temos que começar a trabalhar em conjunto: governo, centros de pesquisa, associações de pacientes, para olhar o Brasil como um todo”, disse Oliveira.

Trabalho conjunto pode acelerar a aprovação de novas drogas, segundo Franke. “No Brasil, a aprovação é separada. Primeiro vem o registro na Anvisa, só depois vem a incorporação pela ANS. Precisamos de um sistema mais ágil para beneficiar o paciente”, disse Franke.

Oliveira lembrou que também é preciso investir no básico. “Há lugares no Brasil em que as pessoas não têm informações sobre cuidados primários, O Ministério da Saúde precisa olhar para isso. Diálogo mesmo só existe até a página um”, afirmou.

JUIZ ISENTA PLANOS DE SAÚDE DE PAGAR TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Consultor Jurídico –25/04/2017

As operadoras de plano de saúde estão isentas de pagar a Taxa de Saúde Suplementar. A decisão é do juiz Marco Aurélio de Mello Cristianni, da 1ª Vara Cível de São Paulo, que considerou ilegal a base de cálculo fixada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio de resolução.

“É lição basilar dos compêndios de Direito Tributário, da pacificada jurisprudência dos tribunais superiores e da Constituição Federal de 1988 que a criação, aumento, redução e extinção de tributo sempre dependem de lei e lei em sentido estrito”, afirmou o juiz.

A decisão atende a um pedido da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). A taxa é uma das formas de arrecadação da ANS recolhida de forma trimestral, calculada de acordo com o número de beneficiários das operadoras. A taxa foi criada pela Lei 9.961/2000. No entanto, a base de cálculo do tributo foi determinada pela ANS por meio da Resolução DC 10, de 2000.

Representada pelo advogado Dagoberto S. Lima, sócio do Dagoberto Advogados, a associação alegou que a ANS estabeleceu a base de cálculo da taxa em contrariedade ao princípio da estrita legalidade que consta no artigo 97 do Código Tributário Nacional. Lima explica que, embora esta arrecadação seja determinada pela agência reguladora desde 2000, a ausência de lei que regulamente a base de cálculo do tributo torna a cobrança inconstitucional.

Ao analisar o caso, o juiz Marco Aurélio acolheu os argumentos da Abramge, considerando ilegal a cobrança. Ele ressaltou que o princípio da legalidade tributária é uma garantia de que ninguém será obrigado a cumprir uma exação tributária que não tenha sido criada por lei, pela pessoa política competente.

“É necessário ressaltar que a estrita legalidade não constitui um princípio autônomo, mas compõe o próprio princípio da legalidade tributária não podendo a lei que institui um tributo deixar para um ato infralegal a indicação da alíquota, da base de cálculo ou do sujeito passivo, não podendo o administrador integrar a lei nos termos de sua conveniência”, registrou.

Assim, por considerar que a Taxa de Saúde Suplementar é um tributo, sua instituição, majoração, redução ou extinção precisam da lei para ter eficácia.

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