



30 de Novembro de 2016

FALTA DE TRANSPARÊNCIA MOVE O MOTOR DAS FRAUDES NA SAÚDE

FOLHA.COM – 29/11/2016

Em janeiro, completa dois anos em que veio à tona a denúncia sobre a “máfia das próteses”. O que antes eram apenas conversas reservadas no meio médico, sempre anônimas, virou tema de uma ampla investigação da Polícia Federal e de CPIs na Câmara dos Deputados, com muitos processos e prisões.

Um dos últimos esquemas desbaratados ocorreu no Distrito Federal em setembro último. Treze pessoas foram presas na operação, entre elas sete médicos de um hospital particular, dois empresários fornecedores de próteses, diretores do hospital e outros funcionários.

Ao menos 60 pacientes podem ter sido vítimas da quadrilha (sem contar os planos de saúde que pagaram essa conta fraudulenta). O esquema envolvia cirurgias desnecessárias, superfaturamento de equipamentos, e uso de material vencido.

Entre os crimes, há casos de cirurgias sabotadas para que os pacientes precisassem ser reoperados, gerando lucros para o esquema. A polícia investiga ainda se o grupo tentou matar uma paciente para evitar que ela os delatasse.

Na semana passada, o assunto sobre as fraudes envolvendo órteses e próteses foi debatido no fórum de saúde suplementar, que aconteceu no Rio de Janeiro. Para tentar se proteger contra indicações desnecessárias de cirurgias, as operadoras têm realizado várias ações.

Irlau Machado Filho, presidente do Grupo NotreDame Intermédica, relatou, por exemplo, que a empresa adotou uma segunda opinião médica e orientações de conselhos de classe e de serviços médicos de referência. Com isso, os processos decorrentes de liminares na Justiça caíram de 57% para 33%.

“Antigamente, não denunciávamos o médico, mas em defesa do paciente, que é o que mais sofre, hoje estamos partindo para a denúncia. São poucos profissionais que acabam colocando a reputação dos demais em questionamento. Temos que combater a prática”, afirmou.

O médico Edmond Barras, chefe do serviço de clínica e cirurgia da coluna vertebral do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, calcula que 60% dos casos de cirurgias em coluna sejam desnecessários.

“A grande vítima é o paciente. Sempre que se realiza uma cirurgia sem necessidade, o resultado é ruim. Mas como duvidar do diagnóstico de um médico?”, questionou.

Um bom exemplo sobre os absurdos que acontecem nessa área é o programa de coluna do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Com adoção de um modelo de segunda opinião, reduziu em 58% a necessidade de cirurgias para casos já diagnosticados como cirúrgicos.

A pergunta que não quer se calar é: por que essa iniciativa não foi replicada em todos os grandes hospitais? A resposta é simples. Porque contraria muitos interesses. A equipe do Einstein recebeu muitas pressões por parte de médicos, inclusive, foi chamada a prestar esclarecimentos ao Cremesp (conselho regional de medicina).

MODELO DE REMUNERAÇÃO

No caso da “máfia das próteses”, é bom lembrar que o médico não age sozinho. Muitas vezes, o hospital também é corresponsável por esses crimes. Ou porque participa diretamente do esquema, como aconteceu no Distrito Federal, ou porque faz vistas grossas, já que o médico é o “dono do paciente”. Em outras palavras, é ele, muitas vezes, que leva “clientes” para os hospitais.

O atual modelo de remuneração dos hospitais (quanto mais procedimentos, maior o lucro) também é um prato cheio para as más práticas em saúde (como exames feitos sem necessidade).

Todos perdem. Principalmente nós, pacientes, que corremos riscos desnecessários e que, no final, vamos pagar essa conta no boleto do plano de saúde.

Muito tem se falado sobre “compliance” no setor da saúde, ou seja, na obrigação das empresas e todos os colaboradores em cumprir leis e regulamentos, com foco na ética. Sei que há um esforço de várias entidades nesse sentido, mas é preciso ir fundo nesse conceito e não ficar apenas na perfumaria dos manuais de ética.

Os hospitais, por exemplo, poderiam começar por abrir suas contas, consideradas verdadeiras caixas-pretas, e os seus indicadores de qualidade, como taxas de infecção hospitalar, de mortalidade, de eventos adversos, de reinternação, etc. Cada hospital define hoje suas diárias, não há coerência dos valores cobrados e nem especificação dos produtos utilizados.

Também dariam uma grande lição de ética se apoiassem, de fato, a mudança do modelo de remuneração, passando a receber pelo desfecho clínico (pagamento por performance). Ou seja, quanto mais efetiva a assistência, maior a remuneração. Entidades médicas também deveriam abraçar essa ideia. Planos de saúde, idem. Mas, para isso, precisariam fazer um “pente-fino” em seus prestadores de serviço e se engajar, de fato, na busca por melhores práticas assistenciais. E não apenas na redução de despesas e maior lucro.

A falta de transparência no setor da saúde pública e privada é o motor que move a “máfia das próteses” e tantas outras fraudes que presenciamos no setor. Sem tocar nisso, não há chance de sustentabilidade financeira ou assistencial.

ACORDO FIRMADO PARA RECUPERAÇÃO DA UNIMED-RIO É INÉDITO

O GLOBO - 28/11/2016

RIO – O acordo capitaneado pelo Ministério Público do Estado do Rio para garantir a continuidade do atendimento aos usuários da Unimed-Rio e afastar a possibilidade de alienação da carteira é inédito no país. É claro que a representatividade da cooperativa — que tem cerca de 800 mil beneficiários — para a saúde suplementar carioca foi fundamental para que o Sistema Estadual de Defesa do Consumidor e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) buscassem juntos alternativas que, de um lado auxiliassem a recuperação da empresa que passa por dificuldade financeiras e, por outro, garantissem a continuidade ao atendimento dos consumidores. Também pesou a má experiência com a liquidação da Unimed Paulistana, em que um acordo só foi costurado, após a alienação compulsória da carteira, isto é, quando não havia mais chance de recuperação da empresa e os seus beneficiários são obrigados a migrar para outra operadora.

O termo assinado no dia 24/11 garante que, no pior cenário, se a Unimed-Rio não conseguir se recuperar, o sistema nacional se compromete a assumir o atendimento de seus usuários. Todos os esforços, no entanto, são para garantir a recuperação da empresa, explica uma fonte próxima a negociação. Os hospitais e demais prestadores de serviços se comprometerem a garantir o atendimento por 90 dias, prazo que pode ser prorrogado por igual período, se a cooperativa carioca mostrar que está adotando todas as medidas previstas no acordo para sanear as contas.

— Com o posicionamento do Sistema Unimed no TAC, os consumidores passam a ter seus direitos integralmente resguardados, sem solução de continuidade no atendimento, e a Unimed-Rio terá prazo para adotar as medidas mais urgentes de reequilíbrio econômico, com o monitoramento da ANS e do MP — explica o procurador da República, Claudio Gheventer.

Simone Freire, diretora de Fiscalização da ANS, ressalta que a principal preocupação da agência reguladora durante todo esse processo — a Unimed-Rio está em direção fiscal há dois anos — é resguardar o atendimento aos consumidores:

— O desequilíbrio econômico financeiro da empresa, constatado ao longo da direção fiscal, precisa ser devidamente equalizado pela empresa e seus cooperados, sem que isso represente qualquer risco ao consumidor. Nesse sentido, a assinatura do termo de compromisso representa não só uma ação inovadora e vanguardista, como também um indiscutível instrumento de preservação de direitos dos consumidores.

Leonardo Canonico, do MPRJ, destaca a importância do acordo para a estabilidade do sistema de saúde suplementar no Estado do Rio. O promotor Augusto Lopes, da Promotoria de Niterói, chama atenção para a necessidade de apoio dos cooperados da Unimed-Rio ao processo de recuperação:

— A rede de prestadores e o sistema Unimed prestaram as garantias necessárias à concessão de prazo extra para a Unimed-Rio. Os 90 dias iniciais poderão ainda ser prorrogados caso a Rio cumpra as medidas de reequilíbrio estabelecidas pela ANS e haja, ao final do prazo, uma renovação da garantia pela rede prestadora. É hora da cooperativa se reorganizar com apoio de seus cooperados — ressalta Lopes.

A Unimed-Rio deve convocar na próxima semana uma assembleia para discutir novas medidas necessárias para a recuperação da empresa com os 5.400 médicos cooperados. Na última assembleia realizada pela cooperativa os médicos se negaram a fazer um aporte de R\$ 500 milhões, uma das medidas de curto prazo previstas no plano de recuperação para aliviar o caixa da empresa que tem um passivo de R\$ 1,9 bilhão.

COMBATE À MÁFIA DA OPME ENCERRA 2º FÓRUM

FENASAÚDE - 28/11/2016

Apesar dos resultados ainda não definitivos para acabar com as ações da máfia das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), médicos, operadoras e Judiciário buscam métodos alternativos para a solução dos conflitos, diminuição das cirurgias desnecessárias e uso indevido de materiais implantáveis em pacientes. As ações de quadrilhas foram denunciadas há um ano e meio pela imprensa. Desde então, o mercado investiu esforços para garantir ao paciente um diagnóstico mais confiável, além de denunciar más condutas de fornecedores e profissionais da área de saúde.

Durante o último dia do 2º Fórum de Saúde Suplementar, realizado no Hotel Sofitel, em Copacabana, no Rio de Janeiro, as ações jurídicas envolvendo a saúde pautou o debate. A necessidade de transparência nas decisões de cirurgias com uso de OPMEs e nos preços dos materiais, além das diretrizes médicas comprovadas foram algumas das soluções que todos os profissionais defenderam, assim como efetivamente criminalizar a prática abusiva.

Representando as operadoras de planos de saúde, Irlau Machado Filho, presidente do Grupo NotreDame Intermédica, foi categórico ao afirmar que nesta situação temos que combater o roubo. "As pessoas são induzidas ao erro para uma prática ilegal. Antigamente, não denunciávamos o médico, mas em defesa do paciente, que é o que mais sofre, hoje estamos partindo para a denúncia. São poucos profissionais que acabam colocando a reputação dos demais em questionamento. Temos que combater a prática", afirma.

Ele apresentou as ações, realizadas pela operadora, que reduziram os processos decorrentes de liminares na Justiça de 57% para 33% no último ano. Uma equipe jurídica está preparada com laudos de referência, apoio da segunda opinião médica e dos conselhos de classes e de serviços de referência para combater as indicações de cirurgias desnecessárias. Além disso, há um trabalho contínuo na descaracterização da urgência e a preparação de defesas jurídicas já prontas contra profissionais que recorreram a esta prática.

O médico Edmond Barras, chefe do serviço de clínica e cirurgia da coluna vertebral do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, calcula que 60% dos casos de cirurgias em coluna são desnecessários. "A grande vítima é o paciente. Sempre que se realiza uma cirurgia sem necessidade, o resultado é ruim. Mas como duvidar do diagnóstico de um médico? É necessário que os hospitais vistam em diretrizes e evidências médicas com orientações e regulamentação de exames complementares. A formação de conselhos que possam dar um parecer sobre o procedimento também é muito eficaz na redução de erros. A decisão não deve ficar na mão de um único médico, as comissões para opiniões institucionais devem ter o envolvimento do hospital, que não deve ser conivente ao desperdício", explica Barras.

Ele exemplificou com o caso do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, que obteve uma economia de R\$ 100 milhões em um projeto de conselho médico para autorização de procedimentos de alta complexidade, reduzindo em 58% a necessidade de cirurgias para casos já diagnosticados, como cirúrgicos.

"Temos a dificuldade em convencer o cirurgião mudar de atitude e o paciente entender que o novo diagnóstico não é uma economia do tratamento. Mas depois das denúncias, o consumidor está mais propenso a uma segunda opinião médica", esclarece Barras.

A Justiça do Rio Grande do Sul tem dado um bom exemplo nas soluções encontradas para auxiliar as decisões de liminares médicas, por meio da criação de uma Câmara Técnica, com um departamento médico com dedicação exclusiva, que não haja conflito de interesse.

Segundo Ney Widemann Neto, desembargador do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, é fundamental uma mudança de cultura do Judiciário: "Precisamos rever a compreensão e o entendimento da inviabilidade do médico como único conhecedor do caso. Os juízes tinham uma visão mais tradicional de sempre acreditar na boa-fé e competência do diagnóstico prescrito. Entretanto, é necessário ouvir uma segunda opinião técnica, além de entender que as solicitações nem sempre são urgentes como pedidas".

O ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Paulo de Tarso Vieira Sanseverino, também acredita que a criação de comitês médicos encarregados de fazer a colaboração com a Justiça é a solução para os pareceres. "O juiz é leigo em medicina e acaba concedendo uma antecipação de tutela, mas o aumento da demanda é uma preocupação do Conselho Nacional de Justiça. Temos que respeitar a independência do juiz, mas fornecendo mecanismos adequados para uma segunda opinião médica independente", afirma.

Conclusões e agenda de 2017

De acordo com José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o Fórum da Saúde Suplementar é um processo. "Na primeira edição, em 2015, iniciamos uma série de discussões que culminou em três linhas de atuação que pautou o debate em 2016. Os temas foram: informação como agente de transformação; o debate na assistência e modelos de remuneração e a necessidade de rever os custos de todos os envolvidos na cadeia da Saúde Suplementar. Estes assuntos deram as linhas de ações e trabalho que foram formatando o conteúdo do segundo fórum", explica.

Para a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, não existe uma única solução para as questões do setor. "Temos um desafio de estar engajado em um comportamento ético na busca das soluções, entendendo as falhas para buscar o

aperfeiçoamento. O momento é difícil, vivemos a pior crise na saúde suplementar e na economia. Se não houver uma mudança, um verdadeiro pacto, e cada um cedendo um pouco, o setor irá morrer. Temos que nos adaptar a atual situação. Somos todos consumidores de saúde e precisamos participar ativamente da cadeia de valor e decisória. As necessidades têm que ser revistas e encaradas, assumindo novos patamares de comportamento e padrão de utilização”, conclui a presidente da Federação.

Para o curto prazo, as decisões do 2º Fórum da Saúde Suplementar são: avançar na discussão do plano acessível; aumentar as informações disponíveis para a tomada de decisão de todos os envolvidos; engajar urgentemente a sociedade, intensificar as experiências de novos modelos de remuneração, implementar novos produtos com coparticipação e franquia; aprovar o VGBL Saúde e ainda intensificar o combate às más práticas e fraudes.

No final do evento, Solange Beatriz anunciou que o 3º Fórum da Saúde Suplementar acontecerá em 2017, em São Paulo, no segundo semestre.

PLANOS ODONTOLÓGICOS GANHAM 600 MIL BENEFICIÁRIOS EM UM ANO

EXTRA -28/11/2016

Na contramão da crise econômica, os planos de saúde odontológicos têm crescido no país. Foram mais de 600 mil novos beneficiários nos últimos 12 meses. Enquanto isso, no mesmo período, os planos de assistência médica perderam 1,3 milhão de clientes.

Especialistas do setor atribuem o cenário a basicamente dois fatores: a maior conscientização sobre a importância da saúde bucal e os preços dos planos, muito mais baixos do que os de saúde. Entre as maiores operadoras do mercado, há opções a partir de R\$ 29,90.

— O número de clientes de planos médicos vêm caindo devido à situação econômica, ao desemprego, pois, em sua maioria, os contratos são empresariais. Já os planos odontológicos estão crescendo numa via mais individual. E as pessoas, com menos de um real por dia, conseguem contratar uma cobertura — disse Júlio Cesar Felipe, executivo da Caixa Seguradora Odonto, que teve crescimento de 8% no número de beneficiários no primeiro semestre deste ano.

Claudio Tafla, diretor da Mapfre Odontologia, explica a razão de os planos odontológicos são mais em conta:

— Têm perfil diferente dos planos médicos em relação a riscos, rejeições e conflitos internos. As operadoras têm um apetite grande por trabalhar com planos odontológicos porque o risco é menor.

Solange Beatriz Mendes, presidente da FenaSaúde, destaca a conscientização da sociedade quanto à saúde bucal:

— A cultura brasileira não valorizava o cuidado bucal. Com o tempo, isso veio ganhando espaço na sociedade. E, como esses planos têm uma faixa de preços bem mais baixa, as pessoas têm condições de pagar e valorizam isso.

COMO FUNCIONAM

Cobertura

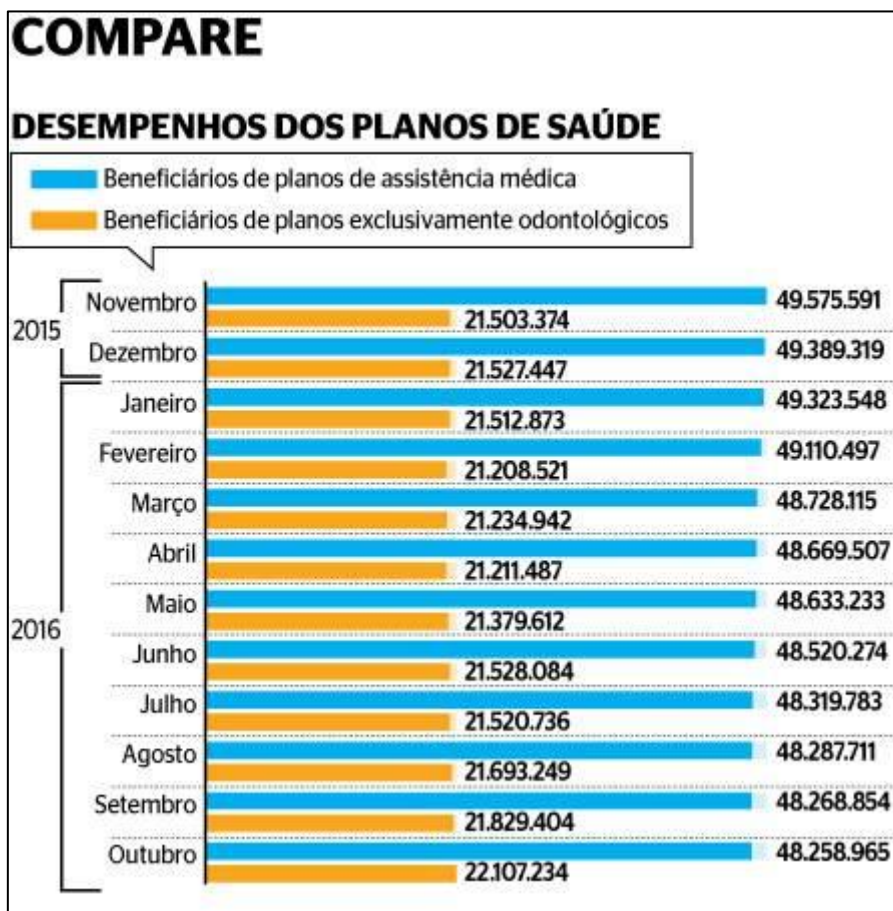
Segundo especialistas, os planos básicos odontológicos, que incluem o rol mínimo determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cobrem mais de 90% dos procedimentos.

Rol mínimo

A cobertura mínima abrange diversos procedimentos, entre os quais destacam-se: consultas, radiografias, fluoroterapia, restaurações, raspagens e extrações.

Internação

Os procedimentos que necessitam de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos.



COMUNICADO CONJUNTO SOBRE A UNIMED-RIO

ANS - 25/11/2016

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro, o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública comunicam que, em reunião realizada na tarde da quinta-feira, 24/11, foi assinado um Termo de Compromisso com o Sistema Unimed, por meio do qual ficam garantidos: a continuidade das operações da Unimed-Rio e o pleno atendimento de todos os seus beneficiários.

A rede de prestadores hospitalares – representada pelo Sindicato dos Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro (SINDHRIO), pela Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Rio de Janeiro (FEHERJ) e pela Associação de Hospitais do Rio de Janeiro (AHERJ) – renovou sua confiança na Unimed-Rio e em todo o Sistema Unimed, comprometendo-se com o atendimento dos consumidores. Com as garantias prestadas, a Unimed-Rio seguirá adotando providências voltadas para seu reequilíbrio econômico-financeiro e os direitos dos seus consumidores serão resguardados também pela atuação do Sistema Unimed.

STJ REITERA REGRAS CONTRATUAIS PARA REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

CNSEG - 25/11/2016

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) reafirmou, na quarta-feira (23), a validade das cláusulas contratuais que preveem reajuste das mensalidades dos planos de saúde individual e familiar em razão da mudança de faixa etária. A decisão dos juizes foi unânime e fixada em recurso repetitivo. Ou seja, a orientação deve ser seguida pelos demais juizes do país. Por conta do julgamento dessa tese, o STJ contabilizava 1.412 processos suspensos em todo o Brasil, cuja a controvérsia girava em torno da validade, ou não, desse tipo de reajuste.

“A decisão do Poder Judiciário põe um ponto final no debate sobre a discordância do reajuste dos planos de saúde por faixa etária. O cálculo de reajuste das mensalidades leva em consideração, entre outras questões, o equilíbrio nas despesas assistenciais entre jovens e idosos, o chamado sistema de mutualismo”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

A tese foi firmada pela 2ª Seção por meio do julgamento do Recurso Especial 1.568.244/RJ, de relatoria do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. A questão reitera que a variação das prestações em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato de forma clara. Para o ministro, é razoável que os planos de saúde adotem cláusulas de aumento da mensalidade em razão da idade, já que as despesas médicas de pessoas idosas são, geralmente, mais altas. “É justo que jovens e idosos paguem valores compatíveis com os serviços prestados pelas operadoras”, apontou o relator.

Durante o 2º Fórum de Saúde Suplementar, organizado pela FenaSaúde, o ministro do Superior Tribunal de Justiça Paulo de Tarso Vieira Sanseverino destacou as regras pactuadas: “Estão estabelecidos vários critérios para aferir a abusividade ou não do valor do reajuste das mensalidades, como o respeito as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a exigência da previsão em contrato da elevação do valor”.

Como funciona – O funcionamento dos planos de saúde é regido pelo princípio básico do mutualismo, no qual os consumidores mais novos, de menor risco e que estão na vida ativa, pagam um pouco mais do que o custo médio de sua faixa etária, para que os idosos possam manter o plano.

Para ter uma ideia, levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 2014, apresenta as diferenças percentuais de ‘Custo por Exposto’ entre jovens e idosos: o idoso custa 7,5 vezes mais no item ‘Exames complementares’, 5,7 vezes mais em ‘Terapias’, 6,7 vezes mais em ‘Outros atendimentos ambulatoriais’, 6,9 vezes mais nas ‘Internações’, e 7,7 vezes mais nas ‘Demais despesas assistenciais’. O custo médio assistencial de um beneficiário acima de 59 anos é de R\$8.036,35, segundo a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).

O reajuste por faixa etária foi definido na Resolução Normativa 63/2003 da ANS, que disciplinou, para os contratos celebrados a partir de janeiro de 2004, dez faixas etárias, e algumas limitações na formação do preço. O valor fixado para a 10ª faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª faixa etária; e a variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas. A primeira faixa vai até os 18 anos e a última faixa etária representa todos os indivíduos maiores de 59 anos.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL AFETA DIRETAMENTE OS PACIENTES

SAÚDE BUSINESS – 25/11/2016

Mais de 75% dos pacientes de todo o mundo esperam utilizar serviços digitais no futuro – em torno de cinco anos. É o que aponta pesquisa feita pela consultoria americana McKinsey & Company. Nessa jornada rumo à transformação digital, na qual a rede de saúde está toda baseada em soluções de tecnologia e em uma plataforma aberta de comunicação e integração de dados, o papel de todos os envolvidos no sistema de saúde – pacientes, médicos e prestadores de serviço – sofre mudanças.

De um lado, os pacientes podem, de maneira mais rápida, acessar informações de saúde, “diagnosticar” suas próprias condições, obter resultados de exames e, assim, receber um tratamento melhor; de outro, médicos e prestadores de serviços têm em mãos o registro de todos os dados, por meio de soluções como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Checagem Beira Leito e consulta de dados por meio de ferramentas de analytics. “Mas, para que isso funcione, tudo deve estar integrado em um sistema de gestão hospitalar que permita armazenar, pesquisar e coletar dados”, explica Aimar Lopes, docente em gestão hospitalar da Universidade São Camilo.

Veja, a seguir, as principais tendências que fazem parte da transformação digital, impactam a atuação dos profissionais de saúde e remodelam a experiência do paciente – elo mais importante do sistema de saúde:

1. Assistência médica e resultados baseados em valores

Os pacientes de hoje precisam enxergar valor nos serviços de saúde, a partir de diagnósticos baseados nos indicadores-chaves de desempenho e avaliações de outros pacientes em situações semelhantes às suas. Estatísticas puras não têm sentido; os resultados apresentados pelos médicos precisam ser mais relevantes e completos – aspecto tratado pelo uso de ferramentas de analytics e dados oriundos de todos os prontuários de pacientes.

2. Pacientes informados e envolvidos

Os usuários dos serviços de saúde envolvem-se com a assistência de diversas formas: buscam alívio quando doentes e, cada vez mais, querem participar ativamente da prevenção e dos cuidados próprios. Eles valorizam o acesso fácil à informação personalizada e confiável, resultados baseados em evidências para sua situação particular e a continuidade do tratamento e assistência. Engajar esse consumidor multifacetado requer novos canais de interação, formas de atendimento e disponibilização de serviços.

3. Novas oportunidades em vestíveis, apps e Internet das Coisas (IoT)

A proliferação de clientes que possuem dispositivos médicos conectados à internet abastece a disponibilidade do Big Data, ajudando os provedores de saúde a identificar e responder às necessidades do paciente em tempo real e ajustar o que for preciso. Isso abre novas oportunidades para prevenção, monitoramento e tratamento, aumentando o engajamento – e a satisfação – do paciente.

“A entidade precisa estimular a discussão sobre todos esses pilares, mostrar resultados e fornecer treinamento constante para incentivar o engajamento e conseguir, de forma mais rápida, inserir-se na transformação digital”, completa Lopes.

SAÚDE SUPLEMENTAR: PROBLEMAS E SAÍDAS

CNSEG - 24/11/2016

O 2º Fórum de Saúde Suplementar, realizado no Hotel Sofitel, em Copacabana, no Rio de Janeiro, nesta quarta-feira, 23, promoveu uma profunda discussão sobre o atual momento do setor e as perspectivas futuras. Com o tema “As escolhas necessárias para o futuro”, os participantes apresentaram propostas e reflexões de decisões que devem ser feitas por todos, tendo em vista a continuidade do setor.

Na avaliação da presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, os caminhos e alternativas do setor devem envolver toda a sociedade. “Estamos em um momento econômico e social que aguça ainda mais a reflexão das escolhas que queremos e o que devemos fazer com as alternativas existentes e os recursos disponíveis. Os custos são crescentes e a capacidade de pagamento de pessoas e empresas, limitada. Se não fizermos as escolhas adequadas agora, poucos conseguirão usufruir deste modelo”, alerta.

O presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), José Carlos de Souza Abrahão, reitera que os beneficiários, os provedores, as prestadoras e o governo devem se unir para a sobrevivência do sistema. “Precisamos agir enquanto ainda dá tempo. Temos que ter o compromisso de adotar mudanças e construir uma agenda positiva para a sobrevivência deste setor”, afirma.

A solução também passa por uma alternativa de união de esforços. Flávio Carneiro Guedes Alcoforado, subsecretário municipal de saúde, lembra que é necessário desenvolver um sistema de saúde com um todo. “As escolhas devem ser feitas, o sistema deve pensar em conjunto para que haja uma solução única”.

O presidente CNseg, Marcio Coriolano, afirma que o diagnóstico para as soluções do setor existe, porém há uma dificuldade em avançar nas medidas propostas. “O sistema é disfuncional, não consegue exercer as funções da forma que foi criado. Temos empecilhos como a universalidade e integralidade de coberturas, além do aumento vertiginoso de procedimentos incorporados, fazendo que operadoras de pequeno e médio porte não sobrevivam. Somados a um custo da medicina privada incompatível com a capacidade de pagamento de empresas, indivíduos e famílias. Temos que rever, urgentemente, a política, o modelo e a forma de financiamento do sistema”, explica.

A situação econômica atual também foi amplamente discutida durante o 2º Fórum de Saúde Suplementar. Em sua palestra sobre os desafios a curto médio e longo prazos e as perspectivas para o investimento, Octavio de Barros, economista-chefe do Banco Bradesco, apresentou como o cenário macroeconômico afeta as decisões das famílias. Diante dos mais de seis milhões de desempregados desde 2016, o economista alerta que o desemprego vem atingindo duramente os jovens e, com isso, afeta diretamente o setor de Saúde Suplementar. “A aprovação das reformas trabalhista e previdenciária e a definição do teto de gastos são fundamentais para recuperar a confiança e a economia do País”.

No painel sobre Saúde e Desenvolvimento, Marcos Bosi Ferraz, professor adjunto da disciplina de economia em gestão de saúde do Departamento de Medicina e Escola Paulista de Medicina UNIFESP, afirma que o desafio do sistema é fazer escolhas coletivas, exigindo a reinterpretação do direito do cidadão e a responsabilização com a saúde. “Temos o desafio de transformar escolhas individuais, com políticas públicas e que ainda ofereçam o direito de escolha do indivíduo. Há necessidade urgente de definir políticas públicas, tanto a saúde suplementar quanto para o setor público, para fortalecer o sistema”.

Representando os contratantes de plano de saúde, o presidente da Associação Brasileira de Recursos Humanos do Rio de Janeiro, Paulo Sardinha, afirma que é preciso colocar a previdência e saúde em debate, para que não se tornem um problema sem solução. “São assuntos e decisões que, se não forem discutidos, vão entrar em colapso”, alerta.

O 2º Fórum de Saúde Suplementar continuará a debater outros temas, como o que mudou após as denúncias sobre a má utilização de órteses, próteses e materiais especiais, além da judicialização e as propostas que serão elaboradas pelo setor. As palestras serão retomadas na amanhã desta quinta-feira, dia 24 de novembro.

FENASAÚDE PÚBLICA NOVO BOLETIM DE SAÚDE SUPLEMENTAR

CNSEG - 24/11/2016

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) lançou, na quarta-feira (23), uma nova edição do **boletim da Saúde Suplementar – Indicadores Econômico-financeiros e de Beneficiários**, durante o 2º Fórum de Saúde Suplementar, realizado no hotel Sofitel, em Copacabana, no Rio de Janeiro. A deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento das famílias e empresas afetaram o desempenho do mercado de Saúde Suplementar, especialmente em relação à aquisição de planos coletivos empresariais. Esse tipo de contratação registrou queda 3,2% em 12 meses, passando de 33,2 milhões em setembro de 2015 para 32,1 milhões em setembro de 2016.

Segundo as grandes regiões, o Sudeste foi responsável pela perda de mais de um milhão de beneficiários, sendo São Paulo responsável diretamente pela extinção de 549 mil vínculos nos planos de assistência médica, seguido do Rio de Janeiro, com 319 mil.

Houve uma perda de 1,5 milhão de beneficiários de planos de assistência médica, com retração de 3,1%, entre setembro de 2015 e setembro de 2016. Nesse período, foram fechados cerca de 1,6 milhão de postos de trabalho, com declínio de 4,0%, na mesma base de comparação, segundo os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

“Há uma clara relação entre a dinâmica do mercado de trabalho formal e o desenvolvimento do mercado de Saúde Suplementar. Com a retração das atividades econômicas, houve queda do número de beneficiários. Os planos coletivos empresariais são responsáveis por 66% dos vínculos”, analisa Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Apesar de manter a trajetória de desaceleração em sintonia com a recessão econômica, o segmento de planos de saúde mostra resiliência, já que a redução do número de beneficiários foi bem menor que a queda do emprego e do PIB, nos últimos 12 meses terminados em setembro de 2016. Enquanto os planos de saúde registraram queda de 3,1%, o PIB (Produto Interno Bruto) teve uma retração de 4,6% (dados até junho) e o estoque de empregos, 4%.

“A crise e o desemprego geram redução no orçamento do consumidor, mas a saúde tende a ser mais resiliente porque a pessoa abre mão, primeiro, de outros serviços e mantém a assistência privada, até quando for possível. A crise também pesa para o empregador, já que o plano de saúde onera e passa ser um benefício caro”, explica Solange Beatriz.

A publicação traz, ainda, dados do mercado por faixa etária de beneficiários, regiões demográficas, estrutura do mercado de Saúde Suplementar e indicadores operacionais das empresas do setor, além de informações especificadas das associadas à FenaSaúde.

MAIS DE 210 MIL PERDEM PLANO DE SAÚDE EM MINAS

O TEMPO – 24/11/2016

Entre setembro de 2015 e setembro deste ano, 218 mil mineiros deixaram de ter plano de assistência médica, conforme dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). O motivo é a redução nas vagas no mercado de trabalho.

No país, houve uma perda de 1,5 milhão de beneficiários, uma retração de 3,1%. Nesse intervalo foram fechados cerca de 1,6 milhão de postos de trabalho, com declínio de 4%, na mesma base de comparação, segundo os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

A relação é direta, com menos emprego formal, a quantidade de usuários de planos médicos também sofre redução, é o que mostra estudo da entidade, que representa 18 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, totalizando 23 empresas dentre 1.173 operadoras em atividade com beneficiários.

Suplementar é o emprego formal. Afinal, boa parte dos planos médicos são coletivos empresariais”, frisa o superintendente de regulação da entidade, Sandro Alves.

Ele ressalta que a deterioração no mercado de trabalho e a queda do rendimento das famílias e empresas tiveram impactos negativos no desempenho do mercado de saúde suplementar, em especial, na aquisição de planos coletivos empresariais. Esse tipo de contratação registrou recuo de 3,2% em doze meses, passando de 33,2 milhões em setembro de 2015 para 32,1 milhões em setembro de 2016. Entre setembro de 2013 e setembro de 2012, essa forma de contratação tinha registrado crescimento de 5,8%.

Na divisão por regiões, o Sudeste foi responsável pela perda de mais de 1 milhão de beneficiários, sendo São Paulo responsável diretamente pela extinção de 549 mil vínculos nos planos de assistência médica, seguido do Rio de Janeiro, com 319 mil.

Alves diz que os sinais de desaceleração dos setores começaram a ser verificados no último trimestre de 2014 e se intensificou em 2016, com a piora do mercado de trabalho. “A redução dos beneficiários da saúde suplementar tem impacto não apenas nas contas das empresas do setor, mas também para a saúde pública, que tem que atender ainda mais gente”, observa.

Para a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, a crise e o desemprego geram redução no orçamento do consumidor, mas a saúde tende a ser mais resiliente porque a pessoa abre mão, primeiro, de outros serviços e mantém a assistência privada, até quando for possível. “A crise também pesa para o empregador, já que o plano de saúde onera e passa a ser um benefício caro”, observa.

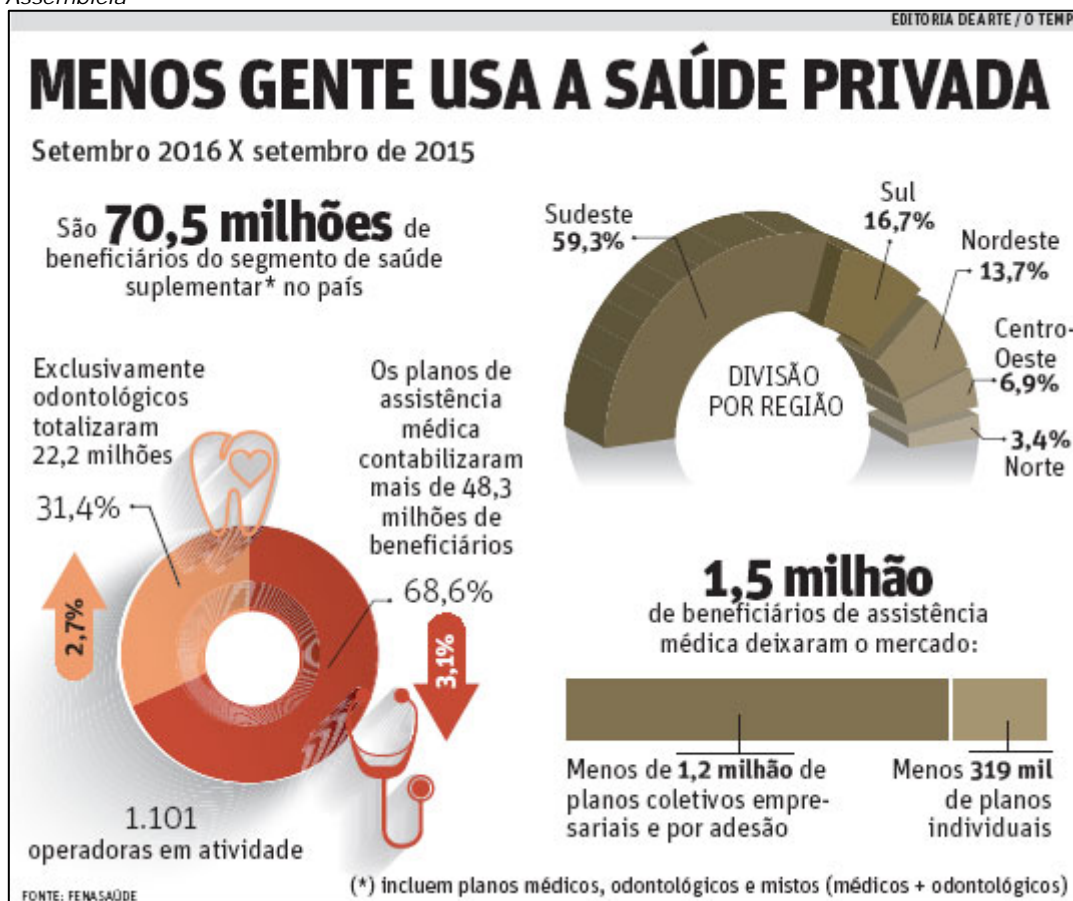
Para o superintendente da entidade, a perspectiva é de melhora no número de beneficiários no próximo ano, o que deve acontecer de forma gradativa. “Não é da noite para o dia que a economia vai melhorar”, diz.

Condições

O coordenador do Procon Assembleia, Marcelo Barbosa, explica que o demitido sem justa causa pode manter o plano da empresa, desde que observadas as condições:

- Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício;
- Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde;
- Assumir o pagamento integral do benefício;
- Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde;
- Formalizar a manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Fonte: Procon Assembleia



Abandono

Desemprego é o principal vilão

Com o aumento do desemprego, muitas pessoas deixam de ter o plano de saúde oferecido pela empresa. O que muita gente não sabe é que é possível manter o plano, desde que atendidas algumas condições. Uma delas é ter sido demitido ou exonerado sem justa causa.

A advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) Karolina Romano observa que o tempo de permanência no plano após a saída do emprego é diferente para aposentados e para ex-funcionários demitidos ou exonerados sem justa causa, de acordo com a Resolução Normativa (RN) 279/2011 da ANS.

Para aposentados, é dado o direito de manter o contrato nas mesmas condições por tempo indeterminado, se tiverem contribuído com o plano empresarial por dez anos ou mais. Se a contribuição for inferior a dez anos, tem direito de ficar com o plano pelo período equivalente ao tempo de contribuição.

“Já para demitidos, o tempo de permanência corresponde a um terço do período em que contribuiu com o plano, sendo assegurados, no mínimo, seis meses e, no máximo, dois anos”, explica a advogada.

MODELO PODE REDUZIR EM 25% PREÇO DE PLANOS DE SAÚDE

O GLOBO – 24/11/2016

Um plano com cobertura ambulatorial e hospitalar, que preveja coparticipação ou franquia, rede hierarquizada, com todo o atendimento coordenado por um médico generalista que será responsável pelo encaminhamento do usuário aos serviços especializados; adoção da segunda opinião como protocolo para casos complexos e um compromisso de redução de judicialização. Com essas premissas é possível reduzir o preço dos planos de saúde entre 20% e 25%, diz a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Mendes, que apresentou essa proposta ao Ministério da Saúde, dentro do grupo de trabalho em que se discute a criação de um plano de saúde popular.

— Esses nomes todos eu não gosto. Na verdade o que o ministro quer saber é como baratear o plano de saúde. O produto que tem aí tem um preço dado, não tem muita gordura, tem desperdício, mas não tem muito como reduzir. Com essa proposta, temos uma redução de 25%. Já tivemos umas três ou quatro reuniões e poucas sugestões forem encaminhadas. Os maiores interessados, consumidores e médicos, não apresentaram propostas — diz Solange, que considera que os consumidores não devem temer retrocessos. — Retrocesso do que? O retrocesso é querer comprar um plano e não poder.

Segundo a presidente da FenaSaúde, não é possível mensurar o impacto da redução dos cerca de 1,5 milhão de beneficiários da saúde suplementar, em 12 meses fechados em setembro, nos negócios das operadoras: — Não tenho base atuarial para falar disso, do tamanho da influência no preço, mas há outras variáveis. Por exemplo, quem está na iminência de perder o emprego aumenta a utilização do plano de saúde para exame e até em cirurgias eletivas e isso aumenta o custo.

Sandro Leal, superintendente da federação, completa dizendo que o peso nas contas, inclusive que podem chegar ao beneficiário, depende do tamanho da operadora:

— Operação de plano de saúde precisa de escala. Para uma operadora de menor porte a saída de uma empresa pode ter um impacto grande na sua carteira.

O pior impacto, no entanto, diz Solange, vem do fechamento de operadoras, a exemplo, da Unimed Paulistana. Isto porque, explica, pesa sobre o mercado as contas que deixam de ser pagas as prestadoras de serviços, que acabam sendo diluídas entre as demais operadoras. Leal chama atenção para o fato que o número de empresas em direção fiscal vêm aumentando ao longo dos anos, assim como as empresas que saem do mercado por liquidação ou livre e espontânea vontade. Em 2016, até setembro, esse número chega 21 operadoras médico/hospitalares e 18 odontológicas.

A forte relação entre a retração do mercado formal e a de planos de saúde, segundo Solange, não necessariamente pode levar o mercado a voltar a ofertar os planos individuais cada vez mais raros nas prateleiras das operadoras e objeto de desejo de quem está fora do mercado de trabalho, seja pelo desemprego ou pela aposentadoria, justamente pela proteção que é garantida a essa molidade pela lei 9.656. De acordo com a presidente da FenaSaúde, além da regulação de preço, a garantia dada pela legislação de atendimento universal e integral.

— A questão do plano individual acompanha a regra de mercado de demanda e oferta, se houver demanda muito grande e se houver interesse vão ser ofertados. O fato é que essa modalidade é mais propensa a risco, por isso fica mais cara e inacessível para as pessoas, e isso faz com que as empresas deixem de oferecer. Um dos entraves é a obrigatoriedade de universalidade de atendimento, mesmo que não haja estrutura local, a operadora é responsável pelo transporte que pode ser muito caro — ressalta Solange, informando que a regionalização do atendimento é um tema com forte rejeição entre consumidores.

ENTIDADE PEDE MAIOR COPARTICIPAÇÃO EM PLANO INDIVIDUAL

VALOR ECONÔMICO – 24/11/2016

O ex-presidente da Bradesco Saúde e atual presidente da Confederação Nacional das Seguradoras (CNSeg), Marcio Coriolano, defendeu na quarta-feira (23) o aumento de coparticipação dos usuários de planos de saúde individual. Ele também defende a criação de novos modelos de planos de saúde com franquias, por exemplo.

As operadoras e seguradoras de saúde são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ele defendeu também a regulação para os prestadores de serviço (hospitais, clínicas e laboratórios). Os prestadores de serviço hoje não são regulados, ou seja, os reajustes são livres e eles não precisam fazer reservas como ocorre com as operadoras, entre outras obrigações.

“Defendo uma PEC 241 para a saúde suplementar privada. É preciso também limitar os gastos na saúde privada para que o setor não desapareça”, disse Coriolano, durante evento da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasau) que acontece no Rio de Janeiro.

Segundo o presidente da CNSeg, um dos caminhos para aumentar a oferta dos planos de saúde individuais é o aumento de convênios médicos para pessoa física com coparticipação. “Esse modelo também ajuda a pessoa a racionalizar o uso do plano”, disse.

Plano popular

Coriolano também fez um apelo para que o setor privado participe com mais disposição das discussões sobre o plano de saúde popular proposto pelo governo.

O Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para analisar esse projeto, cuja ideia partiu do ministro da Saúde, Ricardo Barros, há cerca de três meses, mas, segundo Coriolano, o setor privado de saúde está participando pouco das discussões.

“Há iniciativas de diálogo. O Ministério da Saúde abriu conversas sobre o plano de saúde popular, mas não há adesão. Gente, vamos participar”, disse a uma plateia formada por representantes do setor.

WORKSHOP: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS ANS – 24/11/2016

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 05/12, em São Paulo, o 9º Workshop Regional sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (Promoprev). Representantes de operadoras de planos de saúde do Estado de São Paulo podem fazer a inscrição no evento até o dia 01/12.

No encontro, serão abordados os modelos de atenção que enfatizam a promoção da saúde e o gerenciamento de riscos e doenças como garantia de sustentabilidade do setor; além dos desafios gerados pelo crescente desenvolvimento tecnológico, pela mudança do perfil epidemiológico, pelo envelhecimento populacional e pelo aumento das doenças crônicas no Brasil.

O workshop tem o objetivo de proporcionar o diálogo e a troca de experiências entre as operadoras de planos de saúde da região, visando o aperfeiçoamento e a implementação de ações para promoção da saúde e prevenção de doenças.

9º Workshop Regional Promoprev:

Data: 05/12/2016

Horário: Das 9h às 17h

Local: Abramge – Rua Treze de Maio, 1.540 – Bela Vista – São Paulo/SP

Inscrições: Até o dia 01/12 pelo e-mail eventos@ans.gov.br. É necessário informar o nome do participante, o nome da operadora e o e-mail para contato.

Saiba mais sobre o Promoprev - <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/programas-ans/promoprev-programa-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>

MP-ES NOTIFICA PLANOS PARA NÃO COBRAR TAXA DE PARTO G1 – 24/11/2016

O Ministério Público do Espírito Santo (MP-ES) notificou planos de saúde para que não seja cobrada a taxa de disponibilidade pelos obstetras, conhecida como taxa de parto. O órgão entende que a prática é ilegal e abusiva.

As operadoras e a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) terão 10 dias úteis para dar uma resposta. O não atendimento do pedido “acarretará em penalidade”, diz o MP-ES.

A notificação, feita por meio da 35ª Promotoria de Justiça Cível de Vitória, tem caráter preventivo e pedagógico, mas o não cumprimento pode torná-lo caso de Justiça.

“A gente sempre procura manter um diálogo aberto para chegar em um consenso. Se não tem essa resposta, o único encaminhamento é o ajuizamento de ação”, destaca a promotora Giselle Mafra.

Ela explica que com o contato o intuito é tentar saber com as operadoras quais as providências diante da situação e tentar uma regulamentação de mercado.

Operação

A notificação faz parte de um processo que chegou a público há 12 dias com a deflagração da chamada “Operação Fórceps”, que aponta o que seria uma associação criminosa de profissionais da Medicina que atua impondo forçosamente a cobrança da taxa.

A operação é realizada pelo Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco).

A promotora explica que essa investigação que acontece na esfera criminal está sendo acompanhada da ação que tramita na 35ª Promotoria de Justiça Cível de Vitória, que trata da ilegalidade da cobrança.

“Percebemos, colhendo depoimentos de médicos, que a decisão do Tribunal de Justiça do Estado (TJES) não estava sendo cumprida”, diz se referindo ao acórdão (decisão que funciona como paradigma para solucionar casos semelhantes) de 2014. O documento, expedido pelo TJES, determina a proibição da cobrança da taxa por profissionais de uma operadora.

Médicos vão continuar cobrando

Apesar da notificação às operadoras, o advogado do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (Simes), Têlvio Valim, diz que nada muda em relação à prática, porque o contrato da taxa de disponibilidade é entre os profissionais e as pacientes, e não envolve os planos.

“Os médicos vão continuar cobrando”, diz. “É uma relação estabelecida com o próprio obstetra, de livre contratação”, completa.

Por meio de nota, a Abramge, que foi notificada pelo MP-ES, informou que a taxa para que um obstetra específico acompanhe uma gestante não está incluída no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que são obrigatoriamente cobertos pelas operadoras. Mas a realização do parto em si, sim. Só que esse procedimento pode ser feito com um plantonista, por exemplo.

A orientação do Conselho Regional de Medicina (CRM-ES), no entanto, continua sendo de que médicos suspendam a cobrança da taxa até que a situação se resolva judicialmente.

ANS LANÇA 58º ABI TOTALMENTE ELETRÔNICO

ANS - 23/11/2016

Medida gera economia de R\$ 90 mil com impressões

A Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS) lançou na segunda-feira, 21 de novembro de 2016, o 58º Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). Pela primeira vez o processamento foi feito de forma totalmente eletrônica. A inovação foi possível devido a integração entre Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS) e o Sistema Eletrônico de Informações (SEI). A medida gerou uma economia de R\$ 90 mil com impressões e envio de correspondências, além de possibilitar a abertura de 817 processos do 58º ABI.

Esta mudança não afetará a rotina de trabalho das operadoras de planos de saúde, a ANS espera que futuramente estas sejam beneficiadas, pois o SEI garante maior publicidade aos processos, tornando mais fácil seu acompanhamento por servidores da Agência e pelo público externo.

PLANOS PODEM FICAR PROIBIDOS DE EXIGIR AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

RÁDIO SENADO - 23/11/2016

Os planos de saúde podem ficar proibidos de exigir autorização prévia para o atendimento médico e hospitalar cobertos pelo contrato, como internações, consultas e exames. Um projeto (**PLS 480/2015**) com esse objetivo deve ser votado nesta quarta-feira (23) pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado (**CAS**). Segundo o relator da proposta, senador Paulo Paim (PT-RS), muitas vezes o usuário paga o plano durante anos e não recebe o atendimento adequado no momento que precisa. Para Paim, a proposta busca assegurar o direito à saúde.

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

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

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

MILLIMAN
Av. Nilo Peçanha, 50 sl 601.
Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP 20020-906- Brasil/fax: 55-21-2210-6313