



18 de Janeiro de 2017

STJ VALIDA REGRAS DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE POR FAIXA ETÁRIA

O GLOBO - 17/01/2017

Quando a Justiça retornar do recesso, no dia 23, voltam a tramitar cerca de 1.400 processos que estavam suspensos à espera de decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) a respeito do reajuste de planos de saúde para os idosos. A decisão final do STJ, publicada dois dias antes do início da pausa do Judiciário, em 19 de dezembro, reconhece a legalidade do aumento das mensalidades por faixa etária, a menos que se caracterize abusividade. A sentença, dizem especialistas, não facilita em nada a vida dos 5,8 milhões de brasileiros usuários de planos de saúde acima de 59 anos, que terão de continuar a recorrer à Justiça, caso considerem que os percentuais aplicados às mensalidades são abusivos.

— A decisão do STJ não deixa o consumidor numa situação vantajosa, pois, mesmo sendo abusivo o aumento, o usuário terá de ajuizar a ação para, somente após decisão, simplesmente readequar o reajuste — ressalta o subcoordenador do Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) da Defensoria Pública do Rio, Eduardo Chow.

Professora aposentada, Ana Maria Gusmão, de 78 anos, desembolsa R\$ 4.500 por mês com o seu plano de saúde, despesa que vem pesando no bolso. Depois de uma fracassada tentativa de acordo com a Bradesco Saúde, a professora decidiu recorrer à Justiça na esperança de reduzir a mensalidade.

— Sou aposentada do estado, e tenho usado o plano só para fazer exames. É um plano top, tenho interesse em mantê-lo, mas está cada dia mais difícil. Para mudar, há exigências de carência, e dificilmente se consegue um bom preço por planos individuais — afirma Ana Maria.

ORIENTAÇÃO PARA OS DEMAIS TRIBUNAIS

O contrato de Ana Maria é anterior à lei 9.656, de dezembro de 1998. Apesar disso, ressalta sua advogada, Luciana Gouvêa, a operadora enquadrou-o, em 2005, na nova legislação para reajuste:

— A operadora alega que os reajustes estariam de acordo com a lei vigente, o que não corresponde à verdade, por se tratar de um contrato anterior a dezembro de 1998. Sendo assim, devem ser respeitados os seus direitos conforme estabelece o Código de Defesa do Consumidor. Estávamos aguardando a decisão do STJ e agora resta saber a do juiz que se ocupa do processo.

A sentença do STJ, explica o presidente da Comissão de Relações Institucionais da OAB-RJ, o advogado Vitor Marcelo Rodrigues, é importante, pois orienta os juízes das instâncias inferiores. Rodrigues afirma que, em decorrência dos aumentos abusivos nas mensalidades praticados pelos planos de saúde, centenas de ações foram distribuídas em Tribunais Estaduais com o intuito de discutir a validade da cláusula contratual que prevê esse aumento com base na mudança de faixa etária do usuário. Alguns desses processos foram julgados e, em grau de recurso, chegaram ao STJ (última instância para esse tipo de ação). Para evitar decisões conflitantes, dar mais celeridade, garantir a isonomia e a segurança jurídica no julgamento de recursos especiais que tratem da mesma controvérsia jurídica, esclarece Rodrigues, foram criados os chamados Recursos Repetitivos, pela lei 11.672/2008.

— Um recurso é considerado repetitivo quando se identifica que existe uma multiplicidade de recursos fundamentados em idêntica questão jurídica. É verdade que os magistrados não são obrigados a replicar a decisão do STJ, mas o entendimento da Corte superior tem papel importante de orientação — explica Rodrigues.

A analista de sistema Margaret Salles, de 62 anos, e o marido, o engenheiro civil Sérgio Salles, de 67, que pagavam R\$ 9.592 pelos planos individuais da SulAmérica, obtiveram decisão liminar favorável na Justiça. Com o desfecho, a mensalidade de Salles caiu para R\$ 2.680 e a de Margaret, para R\$ 3.546, uma redução de quase um terço no desembolso mensal do casal com o plano.

— Nós, idosos, não podemos ficar sem plano de saúde, até porque não temos como contar com a saúde pública. Não é luxo, mas uma necessidade. Mas também não dá para desembolsar uma fortuna pelo direito de ter um atendimento médico digno — queixa-se Margaret, que ainda não tem a sentença final do seu processo.

De fato, os gastos com saúde dobram com o envelhecimento, afirma com o superintendente adjunto para inflação da FGV/Ibre, Salomão Quadros. Enquanto as despesas com planos de saúde e medicamentos representam 7% para a população em geral, no orçamento dos idosos pesam praticamente o dobro, 12%. Só em 2016, os preços de planos de saúde para essa faixa etária ficaram 13,2% mais altos. Os dados são da inflação dos idosos, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor da Terceira Idade (IPC-3i) da FGV/Ibre, que registrou alta de 6,07% em 2016, um pouco abaixo dos 6,29% acumulados pelo IPCA.

Procurado sobre a queixa de Ana Maria, o Bradesco Saúde disse que não comenta casos levados à apreciação do Judiciário. Já a SulAmérica, operadora dos Salles, afirma que os reajustes aplicados estão em conformidade com as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e acrescenta que incidem na mensalidade os reajustes anual e de mudança de faixa etária, conforme informado aos clientes no ato da contratação do plano.

Na avaliação de Claudia Silvano, presidente da Associação Brasileira de Procons (ProconsBrasil), a decisão do STJ tem como ponto positivo o fato de reforçar que não podem ser aplicados percentuais “desarrazoados ou aleatórios” que onerem excessivamente ou discriminem o idoso:

— Isso é positivo para o beneficiário. Pegávamos contratos em que, quando a pessoa passava de 60 anos, o reajuste chegava a 70%. Isso fazia com que o usuário fosse chutado do plano. Esta é a grande questão.

Para Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, que representa as empresas do setor, a decisão da Corte põe um ponto final no debate sobre a discordância do reajuste por faixa etária. Ela acrescenta:

— 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.

Especialista em direito à saúde, o advogado Rodrigo Araújo discorda de Solange. Araújo afirma que, na verdade, o que se discute não é se deve ou não ser permitido o reajuste etário para idosos, mas o quão maior pode ser de fato esse custo:

— O Estatuto do Idoso, ao excluir os reajustes etários que, àquela época, estavam previstos para 60 e para 70 anos, pretendeu diminuir o impacto que o aumento total de 500% entre a primeira e a última faixa etária (permitido pela ANS) causava para os idosos. Manter esses mesmos 500% e antecipar o último reajuste para 59 anos não é proteger o idoso, mas obrigá-lo a cancelar o plano de saúde antes por absoluta falta de condição para continuar pagando.

E a sentença do STJ, diz o advogado Caio Fernandes, deixa claro que o reajuste por faixa etária é válido desde que haja tal previsão no contrato, que sejam atendidas as normas legais, que os percentuais aplicados não sejam incoerentes.

ESPECIALISTA DEFENDE AUMENTO DE FAIXAS

Para diluir o peso desse reajuste, a diretora-executiva da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), Luciana Silveira, defende a revisão das regras sobre os reajustes por idade. Ela acredita que aumentar o número de faixas, para além dos 60 anos, seria pertinente neste momento em que se debate a reforma da Previdência e a ampliação da idade mínima para aposentadoria para 65 anos. Ela lembra que o novo parâmetro manterá o brasileiro mais tempo no mercado de trabalho e assim numa carteira de saúde corporativa.

— Não é simples de se fazer, pois está na lei e no Estatuto do Idoso. Mas acredito que diluir mais os reajustes seria uma das saídas para aliviar os gastos e, assim, permitir que o idoso continue pagando seu plano de saúde. Não adianta lutar contra o idoso. Todos seremos idosos. O que temos de fazer é buscar uma solução razoável — diz.

Consultada, a ANS se limitou a informar as regras previstas de reajustes. No caso dos planos anteriores à lei 9.656/98, vale o que está no contrato. Para os posteriores à lei, é previsto reajuste anual por variação de custos, e também os por faixa etária, tanto para pessoas físicas ou jurídicas.

NOVAS MEDIDAS PARA GARANTIR O RESSARCIMENTO AO SUS: MAIS ERROS...

IESS - 17/01/2017

O ressarcimento ao SUS é um dos temas mais polêmicos do setor de saúde. Aqui no Blog, já foi tema de diversos posts, tanto por ser [“Uma conta injusta à saúde”](#) quanto pela lógica por traz da cobrança ser, no mínimo, controversa, como aponta o artigo [“O sistema é suplementar ou substitutivo? Pela lógica do ressarcimento ao SUS...”](#)

Hoje, o tema volta à pauta. Dessa vez, o motivo é que a ANS acatou a recomendações do TCU e implementou uma série de medidas para “aperfeiçoar” a cobrança do ressarcimento. Dentre elas: o processamento das Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APACs), a inscrição das operadoras inadimplentes no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e dos valores devidos na dívida ativa e o cronograma de processamento dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs).

Não vamos entrar, aqui, no mérito das medidas, que podem gerar complicações para algumas operadoras de planos de saúde. O ponto em debate é a origem da cobrança, pautada pelo artigo 32 da Lei do Planos de Saúde (Lei 9.656/98), cuja constitucionalidade é questionada por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 1.931, de maio de 2009, que ainda aguarda julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Como já apontamos em outras oportunidades, a Constituição determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A mesma Constituição que determina a complementariedade da saúde privada. Isso significa que os sistemas são suplementares e não substitutivos. Ou, em outros termos, o cidadão que aderiu a um plano de saúde não abdicou do seu direito ao SUS, assim como, certamente, não deixou de pagar os tributos que financiam a saúde pública. Tributos que, aliás, também são pagos em grande parte pelas operadoras de planos de saúde. Afinal, como já vimos aqui no blog, a [desoneração fiscal para a saúde é apenas um mito](#).

Manter essa cobrança, em nossa opinião, é taxar mais uma vez o beneficiário de planos de saúde. Ou alguém ainda tem dúvidas de quem está pagando esta conta injusta? Se o Ministério da Saúde quer, como já apontou outras vezes (inclusive com a proposta de planos mais acessíveis), estimular a adesão aos planos de saúde, poderia, juntamente com a ANS, repensar essa cobrança.

2017: O ANO DA OUVIDORIA PROATIVA EM BUSCA DE MELHORIA CONTINUA

SAÚDE BUSINESS – 16/01/2017

O aumento dos custos assistenciais e as previsões para o cenário político-econômico do Brasil para o ano de 2017, ressaltam a necessidade real das operadoras de saúde desenvolverem e implantarem processos mais eficientes em toda a organização, não somente aqueles considerados processos assistenciais.

Destaca-se que a ANS, por meio da Resolução Normativa 323, determinou que as operadoras de saúde mantenham ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais, sendo unidades de segunda instância, que tem por objetivo acolher as demandas dos seus clientes, por meio de suas manifestações e realizar o devido tratamento.

A ouvidoria é um serviço que é procurado por quem busca a resolução de uma situação antes do caminho jurídico, por isso, a ouvidoria deve acolher a demanda e trata-la com atenção e de forma adequada, segundo critérios éticos, legais e técnicos, assim como observando as regulamentações vigentes, como a própria RN 323.

Segundo a ANS, a ouvidoria deve ser uma unidade autônoma ligada a alta direção da organização para garantir que, sempre que necessário, as informações cheguem ao conhecimento de quem tem poder de decisão, assim como garantir maior resolutividade.

A ouvidoria deve registrar todas as demandas recebidas, com os respectivos motivos e prazos de atendimento, para informar à ANS por meio do Relatório Estatístico e Analítico das Ouvidorias (REA-Ouvidorias). A ANS determina que o REA seja enviado anualmente, sempre no início do ano com os dados referentes ao ano anterior.

O registro das demandas recebidas pela ouvidoria da operadora de saúde possui informações relevantes sobre eventuais problemas e gargalos em processos operacionais, que podem (e devem) ser analisados em períodos menores do que o preconizado pela ANS de forma a identificar pontos deficientes da operação e a existência de procedimentos inadequados. Além da análise dos registros das demandas recebidas, também cabe a ouvidoria com modelo proativo avaliar os índices de satisfação de beneficiário, sejam índices publicados pela ANS, sejam índices obtidos com base em pesquisas conduzidas internamente.

A ouvidoria proativa deve ter como objetivo melhoria contínua de processos e a prevenção de reclamações. Notando que há demandas recorrentes sobre o mesmo ponto, a equipe da ouvidoria deve dedicar-se na criação de soluções ou na melhoria de processos, para evitar que tais situações se repitam, ou seja, uma ouvidoria com modelo proativo deverá indicar e sugerir correções com o objetivo do aperfeiçoamento dos processos, tornando-se uma importante fonte de oportunidades para a operadora.

CUSTO DA SAÚDE DISPARA E AMEAÇA PLANOS E CLIENTES

CORREIO BRAZILIENSE - POR SIMONE KAFRUNI – 13/01/2017

Gasto de operadoras com atendimentos médicos cresce 19% em um ano. No país, já existem 60 empresas com patrimônio líquido negativo, prejudicando beneficiários. Número de internações e exames encarece tratamento.

O envelhecimento da população e os avanços da tecnologia, com o surgimento de exames, remédios e procedimentos médicos cada vez mais complexos e caros, estão jogando os gastos com doenças na estratosfera. A inflação da saúde disparou nos últimos anos, sempre acima do custo de vida, e a tendência é que continue em alta, ameaçando a viabilidade econômica de planos privados e de autogestão, assim como o atendimento aos beneficiários.

No ano passado, o aumento dos preços com saúde disparou 11,05%, a maior alta desde 2001 para o setor, enquanto o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que mede a inflação oficial, foi de 6,29%, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE). E a tendência, aponta a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), é continuar subindo.

A instituição calcula que o custo da doença atingiu 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil em 2010 e, no ano passado, ultrapassou a marca dos 10% do PIB. A estimativa da OCDE é de que, em 2050, encoste em 20% de todas as riquezas produzidas no país. Considerando a projeção do Ministério do Planejamento, de que o PIB do Brasil será de R\$ 50,6 trilhões em 2050, o país gastará nada menos do que R\$ 10 trilhões em saúde se nada for feito para a prevenção de doenças.

Para Rubens Sakay, especialista em comportamento humano, nada é capaz de inflexionar a curva de aumento dos gastos, a não ser a mudança nos hábitos de vida. “As doenças crônicas são responsáveis por 86% dos gastos com saúde e estamos padecendo mais delas, que são possíveis de prevenir, mudando o modo de vida sedentário e passando a se alimentar melhor”, diz.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 72% das mortes antes dos 60 anos de idade são ocasionadas por doenças crônicas. Estimativas para o Brasil sugerem que a queda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNTs — diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral — levaram a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Também são consideradas crônicas doenças como o câncer, as respiratórias, a hipertensão, e as chamadas mentais, termo genérico que designa depressão, esquizofrenia e abusos de álcool e drogas.

“O doente crônico, depois de desenvolver o mal, passa 30 anos piorando de condições. Há uma preocupante expansão da morbidade no mundo, isto é, estamos percentualmente mais tempo doentes”, alerta Sakay. Por conta disso, os planos privados, sobretudo, os de autogestão (sem fins lucrativos), são os que correm mais risco de se tornarem economicamente inviáveis, no entender do especialista.

Levantamento realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostra que, no período de cinco anos, entre 2007 e 2012, os gastos de uma operadora de plano de autogestão aumentaram 120,4%, enquanto a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) foi de 88,1% e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), 31,9% no mesmo intervalo de tempo.

Pesquisa inédita da Associação de Planos de Saúde sem Fins Lucrativos e de Autogestão (Unidas), de 2016, aponta que o custo médio per capita para cobertura médico-hospitalar subiu 12,6% em 2015 e acumula alta de 61% nos últimos cinco anos. Somente as autogestões movimentaram R\$ 20 bilhões em 2015. Do total, R\$ 10 bilhões foram com internações. Dessas, 21% poderiam ter sido evitadas, segundo o estudo, com potencial para redução de despesas de cerca de R\$ 2 bilhões ao ano.

João Paulo dos Reis Neto, vice-presidente da Unidas, explica que a inflação da saúde decorre de dois fatores iniciais: a idade e a variação do custo dos exames completos. “Cada vez as pessoas usam mais os planos de saúde. Isso está relacionado com a idade e doenças crônicas. Qualquer população que envelheça mais gasta mais com saúde”, afirma.

No caso das autogestões, 30% dos beneficiários são idosos, diz Neto. “Os planos privados ficam muito caros e os idosos são expulsos. Eles não têm metade disso. As associadas da Unidas absorvem os aposentados, os parentes de funcionários ou agregados”, ressalta. O especialista explica que há tratamentos que custam até R\$ 500 mil por paciente, como os oncológicos para tratar câncer.

Neto acredita que não há muito a fazer porque as coisas vão continuar ficando mais caras e as pessoas, mais velhas. “Uma saída é trabalhar na revisão do modelo assistencial. Hoje, o doente é internado e nós pagamos os hospitais. Pagamos pela doença e não pela saúde. Porque os hospitais querem mais é que o doente fique hospitalizado. Depois, eles apresentam a fatura e os planos pagam”, alerta. Já existem 60 operadoras com patrimônio líquido negativo no país. A Unimed Rio está falindo. É preciso tomar medidas para evitar internações por causas banais para economizar”, apela Neto.

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) é um plano de autogestão do Banco do Brasil (BB). “Hoje, o nosso grande desafio é oferecer aos associados um serviço de qualidade a um custo compatível com a capacidade de pagamento dessa população”, afirma Carlos Célio de Andrade Santos, presidente da Cassi. O aumento nos custos, em 2015, foi de 14,6%.

Com 720 mil associados, a Cassi limita a adesão aos empregados da ativa, ex-funcionários, aposentados e pensionistas do BB e seus parentes até terceiro grau. Porém, o total da população atendida em 2015 foi de mais de 1 milhão de pessoas, pois inclui participantes de convênio de reciprocidade (operadoras que utilizam a rede credenciada da Cassi, mediante ressarcimento dos custos).

“Cada vez as pessoas usam mais os planos de saúde. Isso está relacionado com a idade e doenças crônicas. Qualquer população que envelheça mais gasta mais com saúde” João Paulo dos Reis Neto, vice-presidente da Unidas.

SEM REMÉDIO

FOLHA DE S. PAULO - POR MARIA CRISTINA FRIAS - 13/01/2017

Os gastos das operadoras de planos de saúde com despesas médico-hospitalares cresceram 12,1% em 2016, segundo a Abramge, que representa empresas do setor.

A taxa é menor que a de anos anteriores, mas apenas devido à retração do número de beneficiários, afirma Antonio Carlos Abbatepaolo, diretor-executivo da entidade.

Entre janeiro e setembro de 2016, as operadoras perderam 1,1 milhão de clientes.

O gasto por conveniado, por sua vez, teve uma alta de 14,8%, superior ao observado em 2014 e 2015.

“Há um esforço para reduzir custos, mas a incorporação de tecnologias e o envelhecimento da população aumentaram as despesas.”

Em 2017, a Abramge prevê que a expansão dos gastos siga no mesmo patamar do ano passado, diz Abbatepaolo.

CRESCIMENTO EM MEIO À CRISE

O GLOBO - POR LAURO JARDIM - 12/01/2017

O ano passado foi terrível para as operadoras de planos de saúde, que perderam cerca de 1 milhão de clientes. Mas dentro do ambiente de horror, algumas empresas conseguiram formas de crescer no meio do terremoto.

No Rio de Janeiro, enquanto as gigantes perderam clientes (Amil, 67 mil vidas a menos; Unimed, 81 mil; e Bradesco 48 mil a menos até setembro), a Golden Cross aumentou em 30 mil o número de clientes, também entre janeiro e setembro.

Em São Paulo, três empresas menos conhecidas foram as que mais ganharam clientes — São Francisco (52%), Notre Dame (16,5%) e Santa Helena (10,3%).

ANS SELECIONA PROJETOS QUE FARÃO PARTE DO ONCOREDE

ANS - 12/01/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) selecionou os projetos que farão parte do OncoRede, iniciativa que propõe a construção de um novo modelo de organização e cuidado aos pacientes com câncer. A reguladora recebeu 42 propostas de adesão de operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços – hospitais, clínicas e laboratórios. Em fevereiro, essas instituições começarão a desenvolver os projetos, com acompanhamento e monitoria da ANS. Os resultados serão mensurados, e os modelos que se mostrarem viáveis poderão ser replicados para o conjunto do setor suplementar de saúde, de forma a estimular mudanças sustentáveis.

[Confira aqui as operadoras e prestadores que tiveram projetos aprovados](#)

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/oncorede_lista_selecionados.pdf

O OncoRede estabelece um conjunto de ações integradas para qualificar o cuidado oncológico. As medidas visam estimular a adoção de boas práticas na atenção ambulatorial e hospitalar e promover melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer, além de possibilitar um diagnóstico mais preciso da assistência. Entre as medidas previstas estão a centralização do cuidado no paciente, a adoção de laudo integrado de exames, a introdução do assistente do cuidado, responsável por conduzir o paciente ao longo do percurso assistencial e a busca ativa no momento do envio do resultado de exames.

“O grande número de adesões e a qualidade dos projetos apresentados demonstra a urgência e a necessidade de implementação de experiências baseadas em modelos mais integrativos de cuidado na atenção oncológica”, avalia a diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Martha Oliveira. “A fragmentação da trajetória de cuidado do paciente em diferentes prestadores de serviços de saúde que não se comunicam, a falta de continuidade do fluxo do paciente na rede assistencial e a ausência de coordenação do cuidado prestado nos diferentes níveis de complexidade da rede são problemas que afetam diretamente a efetividade da atenção aos pacientes com câncer no Brasil. O projeto OncoRede visa reorganizar a assistência e corrigir essas falhas, facilitando o tratamento e melhorando os resultados”, explica a diretora.

Pilares do novo modelo de atenção

- Centralização do **cuidado no paciente**, invertendo a lógica do sistema hoje centrado no volume de utilização de tecnologias;
- **Informação** correta, completa e em linguagem acessível para os pacientes e registro de saúde que facilite a continuidade do cuidado, possibilitando o compartilhamento da informação por todos os profissionais que realizam o cuidado e com o próprio paciente;
- **Screening e diagnóstico precoce**, porém pautados pela qualidade e em protocolos efetivos;

- **Laudo integrado de exames** para um melhor direcionamento no momento do diagnóstico que facilite e torne mais efetivo o tratamento;
- **Busca ativa** no momento do envio do resultado de exames e garantia de que o resultado dos exames críticos chegue ao paciente e a seu médico solicitante;
- Estabelecimento de **times multiprofissionais** e de **grupos de decisão** para a melhor definição de linhas de cuidado e uniformização de decisões;
- **Articulação da rede** de estabelecimentos que irão, em algum momento, cuidar do paciente, tanto do ponto de vista de organização dos encaminhamentos quanto das informações e da continuidade da linha de cuidado;
- **Assistente do cuidado**, responsável por conduzir o paciente ao longo de todo o percurso assistencial, facilitando e monitorando todos os possíveis pontos de dificuldade;
- **Monitoramento dos resultados** através de indicadores que possam demonstrar não só o desempenho do cuidado, mas também retratem possíveis melhorias no caminho assistencial;
- Indução e estabelecimentos de estruturas de **cuidado paliativo e tratamento de suporte**, além do debate sobre morte e humanização no fim de vida;
- Modelos diferenciados de **remuneração** que possam dar suporte à nova lógica de cuidado;
- **Capacitação e treinamento** de profissionais da área da saúde;
- Debate sobre o **Registro de Tumor na Saúde suplementar**, visando um melhor planejamento e monitoramento das políticas nessa área.

[Confira mais informações sobre o projeto OncoRede](#)

<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-oncorede>

ESTUDO: DIAGNÓSTICO ASSISTIDO POR COMPUTADOR E PET/CT

SAÚDEBUSINESS - 12/01/2017

A medicina diagnóstica dá mais um passo para melhorar a identificação, prevenção e tratamento de doenças. Assim, como há alguns anos, a chegada de equipamentos como radiografia, ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética tornou o processo de análise interna menos invasivo, dispensando o cateterismo, por exemplo, agora a adição de inteligência às tecnologias no diagnóstico por imagem permite encontrar padrões para detecção de doenças neurológicas e oncológicas. É o caso do diagnóstico assistido por computador (computer-aided diagnosis – CAD).

Segundo dados de uma tese feita com mamogramas divulgada pela Sociedade Radiológica da América do Norte (Radiological Society of North America – RSNA), diagnósticos feitos somente com inteligência humana, sem auxílio do CAD, são mais suscetíveis a erros substanciais, ou seja, equívocos que podem causar grandes confusões para os médicos e pacientes. Quando avaliados os resultados por paciente, a média de contradição foi de 23% entre os radiologistas, número que saltava para 51% no caso de residentes. A pesquisa aponta que a utilização da tecnologia reduziu todas as ocorrências de desacordos: em média 63% entre radiologistas assistentes e 28% entre os residentes.

Essa diminuição de erros ocorre porque, por meio, do CAD é possível analisar as imagens separadamente, marcando em cada uma delas as regiões onde podem ser encontradas evidências potencialmente patológicas. O radiologista pode combinar as análises com sua própria leitura, como uma “segunda opinião”, o que ajuda a reduzir a variabilidade da interpretação e aprimorar o diagnóstico e a assistência.

Medicina nuclear

Outra tecnologia muito eficaz é a Tomografia por Emissão de Pósitrons acoplado a uma Tomografia Computadorizada (PET/ CT), realizada pela medicina nuclear. Diferentemente de uma radiografia ou tomografia, cujo objetivo principal é visualizar a estrutura do corpo e identificar lesões, o PET/CT é um exame funcional, ou seja, tem como objetivo identificar o funcionamento do corpo em nível molecular. “Trata-se de uma das grandes promessas para decifrar o enigma do câncer”, diz. Veja a seguir, as áreas que podem ser beneficiadas:

- **Na oncologia:** permite detectar o câncer primário, a pesquisa de lesões secundárias em pacientes já com a doença diagnosticado para estadiamento e orientação do tratamento, acompanhamento das lesões existentes como forma de controle de tratamento e cura, além de ser utilizado no controle e investigação de possível recidiva da doença após finalizado o tratamento.
- **Na neurologia:** permite o diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer e a diferenciação com outros tipos de demência, auxiliando na escolha do tratamento mais adequado; e na epilepsia com o auxílio na localização do foco da epilepsia, aspecto fundamental quando a opção for o tratamento cirúrgico.

“Antes do diagnóstico por imagem, a identificação de doenças neurológicas era quase impossível, já que a possibilidade de realizar um procedimento cirúrgico com a finalidade de constatar um problema era inviável”, exemplifica Paulo Mazzoncini, professor do Centro de Ciências das Imagens e Física Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Algo semelhante acontecia com o diagnóstico do câncer. Como muitas vezes a doença é silenciosa, quando um sintoma era percebido, a enfermidade já estava em fase avançada e dificilmente poderia ser tratada. “Hoje, é possível diagnosticar precocemente este tipo de câncer, o que facilita o tratamento”, completa Mazzoncini.

CLIENTES DENUNCIAM FALTA DE ATENDIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

G1 - 12/01/2017

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em Pernambuco, quase 33 mil pessoas utilizam os planos da operadora de planos de saúde Unilife. Dessas, ao menos 70 denunciam que não conseguem marcar consultas médicas nem exames, mesmo após a decisão da Justiça que [determina o retorno imediato do atendimento](#) médico, hospitalar e ambulatorial, e os demais serviços adquiridos pelos clientes, exatamente nas condições indicadas em contrato.

O constrangimento começou em setembro de 2016, quando a Unilife descredenciou médicos, hospitais e laboratórios do plano.

O defensor público Henrique Seixas explicou que, em caso de descumprimento das obrigações contratuais, o cliente tem o direito de buscar judicialmente o pleito, para que sejam tomadas medidas que obriguem o atendimento.

“O beneficiário deve pedir alguma documentação que comprove a negação dos hospitais, por exemplo, e procurar a Defensoria Pública. No caso de parto, por exemplo, que é uma urgência, ajuizamos ação para que algum estabelecimento realize o procedimento às custas da operadora”, explicou Seixas.

Entre as penalidades às operadoras, estão multa, majoração de multa já existente, impedimento de comercialização de novos planos e até bloqueio de valores de contas bancárias ligadas ao plano de saúde. Em dezembro do ano passado, 11 planos da Unilife tiveram as vendas suspensas pela ANS, por causa da quantidade de reclamações sobre a qualidade da cobertura assistencial.

A ANS também afirmou que realizou fiscalizações na sede da operadora em setembro e novembro de 2016, e encontrou irregularidades que estão sendo apuradas. A empresa está em regime de direção fiscal, acompanhada pela agência por causa de problemas econômico-financeiros. No caso das reclamações feitas pelos consumidores, a Unilife tem um prazo de dez dias para resolver o problema ou será multada em até R\$ 250 mil.

DESPESAS DE PLANOS DE SAÚDE AUMENTAM 12,1% EM 2016

O GLOBO - 11/01/2017

As despesas dos planos de saúde com consultas, exames e internações aumentaram 12,1% em 2016 em relação ao ano anterior — o que significa quase o dobro da inflação registrada em 2016.

O levantamento é da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Em 2016, foram gastos R\$ 131,4 bilhões, contra R\$ 117,2 bilhões em 2015. O custo aumentou mesmo com grande perda de clientes em 2016.

ESTÁ NA HORA DE PRODUZIR DADOS ANALÍTICOS QUE DEMONSTREM CUSTO

SAÚDEBUSINESS - 11/01/2017

Melhorar a experiência de atendimento do paciente, diminuir custos, reduzir o risco de erros humanos e potencializar a assertividade das tomadas de decisão são objetivos da área da saúde em praticamente todo o mundo. Ao longo dos tempos, várias medidas têm sido tomadas para que estas metas sejam alcançadas, mas a verdade é que apenas ultimamente as soluções tecnológicas têm conseguido a eficiência desejada para a produção de dados analíticos seguros e que apontem os melhores caminhos de investimento. Os programas de dados estão saindo do campo das ideias para emprestar mais competitividade às instituições de saúde, provendo o suporte necessário para a melhoria dos serviços.

Busca por processos mais eficientes requer investimentos em TI

O avanço exponencial da inflação médica e a busca por processos mais eficientes são desafios que demandam investimentos em inovações tecnológicas, uma prioridade que está abrindo cada vez mais espaço para a área de TI dentro de hospitais, clínicas e instituições relacionadas à saúde em seus mais variados níveis. E estas soluções, por outro lado, devem abranger da gestão de pacientes aos resultados clínicos, do modelo de remuneração à facilitação de recrutamento de mão de obra qualificada, da administração financeira ao controle de leitos e à [integração de informações](#).

Bons resultados têm sido obtidos especialmente em relação aos pacientes crônicos e com doenças degenerativas, pela maior complexidade do cruzamento de dados de forma atualizada, e na busca por técnicas de medicina mais personalizadas, como a diagnóstica – mantendo, inclusive, a previsibilidade controlada da sinistralidade. Com a otimização de recursos e a produção de dados analíticos é possível apontar os investimentos necessários com maior grau de assertividade.

Tendências despontam na produção de dados cada vez mais precisos

Nessa área, cinco tendências têm despontado no mercado da saúde:

1. Hiperconectividade;
2. Armazenamento em nuvem;
3. Produção em massa de dados analíticos;
4. Cybersegurança; e
5. Utilização de sistemas inteligentes.

Na prática, a coleta manual de dados, que aumenta o risco de erro humano, pode ser reduzida em até 85% em um primeiro momento, melhorando também o índice de indisponibilidade de leitos e a permanência de pacientes em UTIs.

A captura de dados permite que o foco dos investimentos/pagamentos seja o valor do serviço prestado e não sua quantidade, criando uma base que seja transformada em ativo, estabelecendo e executando compromissos que orientem a organização, potencializando a qualidade do serviço para funcionários e pacientes. Dessa forma, o gerenciamento da instituição de saúde pode ser mensurado através dos dados analíticos, indicando quais medidas garantem a sustentabilidade do sistema gerando valor no mercado cada vez mais competitivo.

Dados devem ser transformados em ativos melhorados continuamente

Ainda que estes dados já estejam sendo capturados pelos sistemas transacionais atuais – sistemas de gerenciamento do ciclo de receita, de custeio e de satisfação do cliente – é preciso que sejam depurados para que sejam úteis e precisos, refletindo fielmente os resultados e criando um ativo que possa ser trabalhado e melhorado continuamente.

Na competição com base em resultados, estes dados brutos precisam mais do que contar a história do paciente na instituição de saúde, comprovar os resultados clínicos, financeiros e de serviços dos quais a organização pode se orgulhar. Para isso, no entanto, é preciso modificar a forma como estes dados são capturados pelos sistemas, refletindo as melhores métricas clínicas, financeiras e de serviços possíveis.

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