

## ÍNDICE INTERATIVO

[Monitoramento do Risco Assistencial: resultado final e Plano Periódico](#) - Fonte: ANS

[IDSS ano-base 2018: ANS prorroga data de envio de informações](#) - Fonte: ANS

[ANS seleciona hospitais para projeto que irá avaliar resultados em saúde](#) - Fonte: ANS

[Leandro Fonseca é nomeado diretor-presidente da ANS](#) - Fonte: ANS

[Folha realiza sexta edição do fórum Saúde do Brasil](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[STJ agenda julgamento sobre tratamentos previstos pela ANS](#) - Fonte: O Globo

[Futuro da Saúde, inovação e tecnologia discutidos por líderes em congresso](#) - Fonte: Terra

[Uma bolha chamada saúde corporativa](#) - Fonte: DCI

[Diminui crescimento do emprego na Saúde Suplementar](#) - Fonte: IESS

[Receita com seguro de saúde na SulAmérica aumenta 12,3% no primeiro trimestre](#)- Fonte: Capitólio

[Planos de saúde querem incluir questões regionais em reajustes](#) - Fonte: Correio Brasiliense

[Cuidado centrado no paciente](#) - Fonte: IESS

[Plano de saúde não cabe no bolso](#) - Fonte: Estadão

[Custos do estresse no ambiente de trabalho](#) - Fonte: IESS

[Idec pede regulação de planos coletivos em audiência pública](#) - Fonte: Idec

[Mercado de planos de saúde desacelera, mas continua positivo](#) - Fonte: IESS

# MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL: RESULTADO FINAL E PLANO PERIÓDICO

ANS – 14/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado final do Monitoramento do Risco Assistencial relativo ao 3º trimestre de 2018, conforme previsto no art. 11 da RN nº 416 de 22/12/2016.

Para conferir o resultado, a operadora deverá acessar a Central de Relatórios e depois a área Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha. Conforme previamente avisado pela Agência, o prazo para envio de novos questionamentos se encerrou no dia 28/03.

Também está disponível o Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial referente aos 1º, 2º e 3º trimestres de

2018. O Plano Periódico de Monitoramento do Risco Assistencial define os critérios de priorização a serem adotados para o encaminhamento de operadoras às áreas responsáveis pela análise e execução das medidas administrativas cabíveis, tomando por base os resultados obtidos no Monitoramento do Risco Assistencial em três trimestres de avaliação consecutivos. A definição é estabelecida no artigo 7º da IN DIPRO nº 49 de 22/12/2016, alterado pela IN DIPRO nº 55 de 07/02/2018.

Para mais informações sobre o Monitoramento do Risco Assistencial, [clique aqui](#).

## IDSS ANO-BASE 2018: ANS PRORROGA DATA DE ENVIO DE INFORMAÇÕES

ANS - 14/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou até o dia 30/06/2019 a data limite para que as operadoras enviem os dados dos sistemas de informações utilizados para apuração do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

(IDSS), ano-base 2018, do Programa de Qualificação de Operadoras.

A decisão foi aprovada na 507ª Reunião de Diretoria Colegiada realizada no último dia 06/05.

## ANS SELECIONA HOSPITAIS PARA PROJETO QUE IRÁ AVALIAR RESULTADOS EM SAÚDE

ANS – 14/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com o Hospital Moinhos de Vento (HMV) e por meio do programa Proadi-SUS, está desenvolvendo o projeto Indicadores de Qualidade Hospitalar, iniciativa pioneira que irá avaliar o desempenho das instituições hospitalares privadas do país. O projeto vai atualizar e ampliar o monitoramento dos resultados em saúde para abranger linhas de cuidado através de uma ferramenta de coleta de dados padronizada. O propósito é criar um sistema único de avaliação da qualidade das instituições que permita comparabilidade, identificação de boas práticas e pontos de aprimoramento, desenvolvimento de políticas baseadas em desempenho e disponibilidade de informações para a sociedade, possibilitando maior poder de decisão sobre os serviços hospitalares disponíveis.

Para isso, está sendo desenvolvido um painel geral composto por 14 indicadores de qualidade e um conjunto de indicadores específicos para cinco linhas de cuidado referentes às condições clínicas mais prevalentes em internações hospitalares no Brasil. O projeto definiu também um hospital de excelência para ser corresponsável por cada condição:

- 1) Acidente Vascular Cerebral: Hospital Moinhos de Vento
- 2) Síndrome Coronariana Aguda: Hospital do Coração
- 3) Câncer de mama e próstata: Hospital Sírio-Libanês
- 4) Artropatia de quadril: Hospital Alemão Oswaldo Cruz
- 5) Sepsis: Hospital Israelita Albert Einstein

Para compor a fase piloto desse projeto, estão sendo selecionados 10 hospitais acreditados. Eles receberão treinamento para a coleta de indicadores e terão acesso a uma plataforma para obtenção e visualização dos dados. Veja a seguir mais informações sobre o processo de adesão.

O projeto conta com o apoio de um comitê gestor, composto por representantes da ANS, HMV, sociedades médicas e demais hospitais de excelência. Cada uma das linhas de cuidado também dispõe de um grupo de especialistas reconhecidos nas respectivas patologias, os quais auxiliam na definição dos indicadores específicos mais relevantes, considerando-se as características demográficas, culturais e do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Adesão dos hospitais ao projeto

Com o objetivo de conhecer a estrutura dos hospitais privados no Brasil de forma a possibilitar a seleção destes para aderirem ao projeto, a ANS e o Hospital Moinhos de Vento convidam os hospitais com certificado de acreditação a responderem um questionário sobre o perfil da instituição.

Os hospitais selecionados terão acesso à metodologia de avaliação de desfechos em saúde a partir de indicadores

previamente validados. Além disso, poderão utilizar uma plataforma para coleta e análise dos dados, de forma a terem seus indicadores calculados e passíveis de comparação com os resultados dos demais hospitais participantes.

[Clique aqui e acesse o link para preenchimento do questionário que ficará disponível até o dia 22/05/2019.](#)

[Confira se seu hospital é acreditado.](#)

---

## LEANDRO FONSECA É NOMEADO DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS

ANS - 14/05/2019

O diretor Leandro Fonseca da Silva foi nomeado pela Presidência da República diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A nomeação foi publicada na última sexta-feira (10/05), em edição extra do Diário Oficial da União (DOU). Fonseca ocupava o cargo de forma interina desde maio de 2017.

Na Agência desde 2010, Leandro Fonseca é servidor de carreira do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (atualmente integrante do Ministério da Economia). Graduado em Economista, possui mestrado em Regulação e especialização em Finanças Corporativas.

---

## FOLHA REALIZA SEXTA EDIÇÃO DO FÓRUM SAÚDE DO BRASIL

Folha de São Paulo – 14/05/2019

Evento, gratuito, ocorre em São Paulo no dia 27 de maio

A Folha realiza no dia 27 de maio (segunda-feira) a sexta edição do fórum A Saúde do Brasil.

No evento, especialistas debaterão novas estratégias de remuneração e assistência para a saúde suplementar, judicialização, falta de médicos e como a tecnologia pode colaborar para melhorar o sistema no país.

O evento, que tem patrocínio da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) e do Hospital Albert Einstein, acontece a partir das 8h no auditório do MIS (avenida Europa, 158 – Jardim Europa), em São Paulo. As inscrições são gratuitas e podem ser realizadas através do site Folha Eventos.

---

## STJ AGENDA JULGAMENTO SOBRE TRATAMENTOS PREVISTOS PELA ANS

O Globo – 14/05/2019

O STJ julgará se os planos de saúde são obrigados ou não a custear tratamentos não previstos no rol da ANS. Um deles é

o chamado tratamento de estimulação magnética transcraniana, para casos de transtorno depressivo.

---

## FUTURO DA SAÚDE, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DISCUTIDOS POR LÍDERES EM CONGRESSO

Terra – 13/05/2019

Lideranças do setor debaterão os principais desafios da saúde brasileira durante o II HospitalarMed

A saúde passa por um momento difícil, segundo o presidente do UnitedHealth Group Brasil, Cláudio Lottenberg, um dos 34 palestrantes do HospitalarMed, congresso de empreendedorismo médico, dentro do maior congresso hospitalar da América Latina.

Para Lottenberg, é fundamental que os modelos de assistência dentro da tripla meta sejam aprimorados. "A saúde, como um todo, passa por um momento difícil, são desafios que envolvem a inserção tecnológica dentro de uma perspectiva de envelhecimento o que não é situação confortável se mantivermos as práticas como hoje são realizadas e não formos mais enfáticos nos modelos transformacionistas", analisa o líder da gigante mundial.

No cenário nacional, segundo dados da Pesquisa Demográfica Médica, em 2018 registrou 452.801 profissionais médicos, uma média de 2,18 por mil habitantes.

Na região sudeste tem 2,81 médicos por mil habitantes, contra 1,16 do norte do país. Já em cidades com até 20 mil habitantes, a média é de 0,40 médicos, o que mostra que a maioria dos profissionais se concentram nos grandes centros, demonstrando grande disparidade entre as regiões e o modelo de saúde prestado.

Neste mês acontece um dos maiores eventos da cadeia de saúde, reunindo líderes do setor que discutirão o futuro da saúde no Brasil, temas como pagamento baseado em valor, planos de saúde, liderança, cases de sucesso, gestão de equipe, telemedicina e saúde do futuro serão debatidos pelas principais lideranças do mercado.

Presente no evento, o presidente do UnitedHealth Group Brasil, um dos maiores grupos de saúde do mundo, aponta que os modelos de pagamento praticados atualmente precisam ser revistos e associados à transformação digital.

"A participação do atendimento mais integrado dentro de uma perspectiva de medicina por valor e principalmente dentro daquilo que chamamos de transformação digital. A digitalização, a análise de dados e o cruzamento de informações de forma rápida e eficiente serão cada vez mais usados para tomada de decisões na gestão dos sistemas de saúde" complementa.

Para as próximas décadas os desafios serão relacionados ao envelhecimento e a sustentabilidade. Na assistência médica, a medicina baseada em evidências, a tecnologia e a capacitação profissional levarão cada vez mais qualidade de vida e segurança para beneficiários de planos de saúde e pacientes de hospitais.

"A aplicação correta do prontuário eletrônico, da telemedicina e da inteligência artificial permitirão um salto na qualidade e na quantidade dos atendimentos médicos no Brasil", diz o presidente do UnitedHealth Group Brasil.

Sobre o avanço e universo da tecnologia na saúde, automatização e processos inteligentes, surgiu o conceito de Saúde 4.0, o que tem vindo a revolucionar a relação médico paciente. A tecnologia otimizou tarefas e deu celeridade aos processos e resultados, além de redução de despesas.

A Medical Advisor da Watson Health Latin America, representante da IBM na HospitalarMED, Mariana Perroni é enfática ao comentar o receio de alguns profissionais sobre a possibilidade da tecnologia substituir a mão de obra humana na saúde. "Os profissionais da saúde que forem capazes de incorporar as novas tecnologias como parte do arsenal diagnóstico e terapêutico em suas rotinas de trabalho vão substituir aqueles que não o fizerem", finaliza Mariana Perroni.

---

## UMA BOLHA CHAMADA SAÚDE CORPORATIVA

DCI – 13/05/2019

Ao longo da última década, as despesas com saúde em nível mundial subiram de 10 a 15% ao ano. O segmento de saúde suplementar enfrenta um momento delicado, com queda gradativa de usuários e aumento de custos. Apesar de cobrarmos do governo um maior conhecimento de sua população, por que não começar esse esforço por cada empresa? Transformar um modelo de saúde reativo em proativo, com mais agilidade e integração dos dados e mensuração de resultados está ao nosso alcance.

De acordo com o IBGE, até 2030 a população acima de 60 anos vai triplicar no Brasil e atingir o mesmo índice registrado hoje no Japão, mas com PIB per capita inferior e um número de geriatras dez vezes inferior. A estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é de que o sistema de saúde comporte apenas nove leitos para idosos a cada mil habitantes, contra 55 do Canadá e do Reino Unido. Porém, o problema não está à nossa frente e no que faremos com esse público. O problema já chegou.

Os idosos do amanhã já figuram nas alarmantes estatísticas de doenças crônicas, com as quais convivem 40% dos brasileiros. A depressão, por exemplo, já se tornou a segunda doença mais impactante do país e deverá ser a primeira em 2020, conforme

destacou a Organização Mundial da Saúde (OMS). São 11,5 milhões de pessoas diagnosticadas com o problema, das quais 199 mil receberam benefícios-saúde relacionados à enfermidade – deste total, 75 mil casos envolveram profissionais afastados do mercado de trabalho. Quem paga esta conta?

O segmento de saúde suplementar enfrenta um momento delicado, com queda gradativa de usuários e aumento de custos. E as empresas contratantes, responsáveis por absorver 31,5 milhões dos 47 milhões de beneficiários de planos de saúde no país, veem os gastos na área avançarem exponencialmente. O percentual de 12,7% de custos sobre a folha de pagamento só é superado pelos próprios salários, acompanhando uma tendência global e insustentável.

Ao longo da última década, as despesas com saúde em nível mundial subiram de 10 a 15% ao ano, segundo a Accenture. A American Medical Association aponta que o sistema de saúde norte-americano consome a cada 12 meses, em média, US\$ 101 bilhões em tratamentos contra o diabetes e US\$ 88 bilhões para o combate a doenças cardiovasculares e a dores nas costas e no pescoço. Desse montante, 60% destina-se a pessoas abaixo da linha dos 65 anos e, no caso das dores nas

costas, 70% são direcionados a jovens e adultos. Uma clara mostra de que o envelhecimento populacional representa apenas um dos muitos icebergs que surgirão no caminho se não controlarmos a embarcação, repleta de maus hábitos e comportamentos nocivos.

A resolução desse cenário implica novos paradigmas. Gestores públicos, em meio a uma demanda popular por mais estrutura para atendimentos e internações, insistem em um modelo quase faraônico baseado na construção de mais hospitais e prontos-socorros. Acreditam atender a um apelo do cidadão, mas se mostram incapazes de conhecer o seu perfil e suas reais necessidades. O sucesso da administração na área de saúde é medido pelo número de leitos, sem considerar a condição clínica da população. Resultado: cada vez mais esses estabelecimentos são depósitos de problemas não resolvidos, lotados por pacientes com um simples mal-estar. E a demanda por mais obras nas próximas eleições ganhará força, revelando, mais do que um esforço em vão, uma política completamente equivocada.

A iniciativa privada, por sua vez, ainda adota medidas incipientes, mesmo sabedora da sua condição de principal financiadora da saúde no Brasil. Muitas das corporações perpetuam a divisão, pura e simples, entre doentes e saudáveis. Assumem custos elevadíssimos para arcar com os doentes, mas de maneira apenas ostensiva, sem colocar em prática

programas profissionais de acompanhamento e monitoria. Já o cuidado com os saudáveis é tido como descartável, enquanto estes continuam a cultivar maus hábitos que os colocam no grupo de risco. Em pouco tempo, entrarão para o clube dos doentes sem que a empresa tenha feito rigorosamente nada em nome da prevenção desse quadro.

A despeito de cobrarmos do governo um maior conhecimento de sua população, por que não começar esse esforço por cada empresa? Temos um elefante na sala e precisamos nos livrar dele de qualquer maneira. Mas a cada momento nos deparamos com um crescente número de soluções a nosso dispor. A revolução digital permitirá que, até 2020, cerca de 25 bilhões de dispositivos estejam conectados e oferecerá recursos infundáveis para a implementação de soluções de Big Data. Assim, os pacientes serão senhores de sua saúde, de fato, promovendo o autogerenciamento das condições clínicas e melhorando o diagnóstico precoce de enfermidades.

Transformar um modelo de saúde reativo em proativo, com mais agilidade e integração dos dados, ações assertivas, mensuração de resultados e engajamento, está ao nosso alcance. É o chamado empoderamento, palavra tão em voga, mas ainda muito restrita à teoria. Parafraseando o escritor norte-americano H. Jackson Brown Jr., “se você quer mudar tudo, basta mudar a sua atitude”.

---

## DIMINUI CRESCIMENTO DO EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS – 13/05/2019

Acaba de sair a nova edição do “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”. Segundo o boletim, o total de pessoas empregadas com carteira assinada na cadeia da saúde suplementar continua crescendo. O segmento criou 119,4 mil postos de trabalhos formais entre março de 2019 e o mesmo mês do ano anterior, o que corresponde a um crescimento de 3,5%. No mesmo período, o total de empregos com carteira assinada criados no Brasil avançou apenas 0,9%.

O boletim mensal apresenta o desempenho do setor (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; operadoras e seguradoras de planos de saúde). Com o incremento, o setor representa 8,2% dos 43,4 milhões de postos de trabalho formais no País. O que equivale a 3,6 milhões de empregos.

O que preocupa, no entanto, é que tanto o total da economia quanto a cadeia de saúde suplementar têm apresentado desaceleração do crescimento. Para se ter uma ideia, entre março de 2017 e o mesmo mês de 2018, o setor criou 140,6 mil vagas formais de trabalho. Cerca de 21 mil a mais do que foi registrado no período analisado nesta edição do boletim.

A redução do índice de confiança para investimentos no País pode ter sido um fator determinante neste cenário. Vale lembrar que relatório divulgado essa semana mostrou que, pela primeira vez desde 1998, o Brasil deixou a lista dos 25 países mais confiáveis para o investimento estrangeiro.

Além da criação de postos de trabalho com carteira assinada, o levantamento do IESS indica que o fluxo de empregos no setor (a diferença entre contratação e demissão) teve saldo líquido 4,5 mil em março desse ano, ou seja, menos da metade do registrado no mesmo mês em 2018. Na economia como um todo, março de 2019 teve resultado negativo de 43,1 mil postos formais de trabalho, enquanto no último ano registrou saldo positivo de 56,1 mil vagas.

Seguiremos apresentando novos dados do setor nos próximos dias. Esses e outros números podem ser encontrados no IESSdata, ferramenta que reúne, de forma dinâmica e interativa, toda a base de dados da saúde suplementar combinada com outros dados econômicos.

# RECEITA COM SEGURO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NA SULAMÉRICA AUMENTA 12,3% NO PRIMEIRO TRIMESTRE

Capitólio – 13/05/2019

As receitas operacionais de seguros do segmento de saúde e odontológico cresceram 12,3% na SulAmérica, atingindo R\$ 4,2 bilhões nos primeiros três meses deste ano, ante igual período de 2018. Todas as carteiras dos planos coletivos

apresentaram um bom desempenho no trimestre, com crescimentos nas modalidades PME (+19,7%), odontológico (+19,5%) e empresarial adesão (+10,7%), segundo o balanço da companhia publicado na última semana.

## PLANOS DE SAÚDE QUEREM INCLUIR QUESTÕES REGIONAIS EM REAJUSTES

Correio Brasiliense – 11/05/2019

Em meio ao intenso debate sobre reajustes de planos de saúde individuais, o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, diz que o retorno das operadoras a esse mercado (há muito tempo elas deixaram de oferecer tal produto) depende, sobretudo, da viabilidade econômico-financeira do negócio.

Para que isso seja possível, o presidente da FenaSaúde — entidade que representa 16 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde — defende que as diferenças

regionais, a assimetria dos produtos ofertados e as características das redes credenciadas sejam consideradas no cálculo de reajuste.

“É preciso levar em conta as particularidades das carteiras de cada operadora em cada região do país, já que o objetivo dos reajustes é manter o equilíbrio econômico/atuarial das carteiras dos planos para que todos possam usufruir das coberturas contratadas no curto, médio e, principalmente, no longo prazo”, assinala Amoroso Lima.

Região	Percentual de planos individuais	Percentual de idosos <sup>1</sup>	Expectativa de vida ao nascer (em anos) <sup>2</sup>	IPCA <sup>3</sup>
Norte	23,7%	15,6%	72,5	3,00%
Nordeste	27,4%	17,0%	73,4	3,41%
Sudeste	18,0%	32,4%	77,8	3,89%
Sul	18,0%	24,6%	78,1	4,02%
Centro-Oeste	15,1%	14,7%	75,4	3,08%
<b>Brasil</b>	<b>19,3%</b>	<b>26,6%</b>	<b>76,0</b>	<b>3,75%</b>

<sup>1</sup>Beneficiários de planos individuais. <sup>2</sup>Ano 2017. Fonte: IBGE. <sup>3</sup>IPCA 2018 - Fonte: IBGE. Elaboração: FenaSaúde

Alguns exemplos da heterogeneidade regional do Brasil foram capturados por levantamento recente da FenaSaúde, que mostra, entre outros dados, a diferença na evolução dos preços na economia: o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que entra com 20% na nova fórmula de reajuste da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais, chega a variar um ponto percentual entre a menor (3% no Norte) e a maior (4,02% no Sul) inflação regional.

Outro exemplo, segundo a FenaSaúde, para demonstrar as diferenças regionais está na questão da longevidade, que tem

impacto substancial na formação de preços do setor. Enquanto no Centro-Oeste os idosos representam 14,7% da população, no Sudeste o contingente de pessoas com mais de 60 anos é mais do que o dobro e chega aos 32,4% dos cidadãos.

A perspectiva é de que a ANS anuncie o tamanho do reajuste dos planos individuais entre o fim de maio e o início de junho. Consumidores e empresas estão ansiosos por ver o resultado prático da nova fórmula da correção dos convênios médicos.

## CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

IESS – 10/05/2019

Quem acompanha minimamente o setor de saúde já sabe: não somos apenas nós que falamos incessantemente sobre a importância da integração dos cuidados ao paciente. E a prática vem por meio de uma série de medidas que devem auxiliar todo o setor a se desenvolver. Além de representar uma melhora da assistência ao paciente, mudanças no paradigma atual significam também a possibilidade de frear os crescentes gastos.

Recentemente, artigo publicado no Saúde Business traz importantes pontos para cuidados mais centrados no paciente. De autoria de Robert Nieves, vice-presidente global para informática em saúde da Elsevier, o material elenca 3 importantes práticas que, segundo o autor, são fundamentais para alcançar um processo de planejamento de cuidados bem-sucedido: processo de avaliação eficaz; ferramentas de apoio à decisão clínica para planos de cuidados; e educação do paciente.

Para tanto, a vigilância contínua do quadro clínico é grande importância. Com isso, pode-se prevenir e detectar precocemente diversos problemas. Essas falhas na prestação dos serviços estão totalmente relacionadas com nosso [Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil](#).

Nós já falamos [aqui no Blog](#) que a publicação mostra que os hospitais públicos e privados do Brasil registraram, em 2017, seis mortes, a cada hora, decorrentes dos chamados “eventos adversos graves”, ocasionados por erros, falhas assistenciais ou processuais ou infecções, entre outros fatores. Outro fator importante apontado pela publicação é que esses eventos consumiram R\$ 10,6 bilhões apenas do sistema privado de saúde no período analisado.

Um dos pontos fundamentais na busca por frear os crescentes gastos em saúde diz respeito à mudança do modelo da assistência, como de práticas que focam na [Atenção Primária à Saúde](#). Como temos falado periodicamente.

Além disso, o cuidado fragmentado resulta em maior número de entradas de urgência, emergência e de internação. Exatamente pela importância do tema que incluímos o estudo “Atendimento Ambulatorial Fragmentado e Utilização Subsequente de Cuidados de Saúde Entre os Beneficiários do Medicare” na [24ª edição do “Boletim Científico IESS”](#), que reforça a necessidade de assistência contínua e integrada para o bem-estar do paciente e do sistema de saúde.

Quer conferir na íntegra os pontos apontados pelo especialista? Veja o artigo publicado na [Saúde Business](#).

---

## PLANO DE SAÚDE NÃO CABE NO BOLSO

Estadão – 09/05/2019

Estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), aponta que a variação dos preços dos planos de saúde foi quase o dobro da inflação nos últimos 18 anos. Isso reforça por que o consumidor não tem como manter seus contratos. O pior é que, diante de um sistema público de saúde falido, o cidadão fica sem saída.

Caberia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cumprir o seu papel, ou seja, reconhecer o lado mais fraco nesta relação de consumo, e atuar para que os planos de saúde individuais voltassem a ser oferecidos no mercado. Hoje, só resta ao consumidor contratar planos coletivos, cujos preços não são controlados pela ANS.

Para oito milhões de pessoas que têm plano individual, o reajuste deste ano terá novos critérios. O novo índice se baseará na variação das despesas médicas das operadoras

com os planos individuais, e na inflação geral da economia. Mas ainda não se sabe se resultará em percentuais inferiores aos aplicados em anos anteriores.

Em 2018, o reajuste anual foi 10%. A ANS afirma que a nova metodologia resultou de ampla discussão, envolvendo inclusive as entidades de defesa do consumidor. A agência reguladora não demonstrou, comparativamente, quanto ficaria o aumento deste ano em relação aos critérios aplicados anteriormente.

O índice de reajuste a ser anunciado pela ANS valerá para o período de maio de 2019 a abril de 2020, e deverá ser aplicado na data de aniversário dos contratos individuais firmados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98 (que regulamentou os planos de saúde).

# CUSTOS DO ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO

IESS – 09/05/2019

Não é de hoje que falamos sobre a importância de programas de promoção de saúde nas empresas. Sejam voltados para a prevenção de doenças cardiovasculares, focados em mudança de estilo de vida ou mesmo para a “descompressão” do estresse, esses programas são fundamentais tanto do ponto de vista econômico e produtivo quanto (mais importante) para a qualidade de vida dos indivíduos – o que, em última análise, se reflete nos indicadores econômicos.

Para ser mais claro, [estresse no trabalho está ligado a 7 das 10 principais causas de morte no mundo](#). Além disso, dados do [Global Wellness Institute](#) indicam que problemas emocionais dos trabalhadores, como estresse, custam US\$ 500 bilhões por ano aos contratantes em âmbito mundial. Absenteísmos, baixa produtividade e mesmo gastos com turnover de pessoal (demissão, processo seletivo, reconstrução etc.) são apenas alguns dos pontos que entram nessa conta.

Seja pela questão da qualidade de vida ou pelo viés econômico, empresas do mundo todo estão percebendo a

necessidade de investir no bem-estar de seus colaboradores. O Global Wellness Economy Monitor, publicado pelo Global Wellness Institute, detectou que o mercado de bem-estar no trabalho movimenta apenas uma fração desse montante: US\$ 48 bilhões. Menos de 10% do que é perdido pela falta de políticas de promoção da saúde nas empresas. O que pode se justificar pelo fato de menos de 10% dos trabalhadores no mundo terem acesso a esses programas.

Não é preciso ir longe ou fazer algo mirabolante para ter programas de promoção de saúde efetivos para seus colaboradores. Como já apontamos [aqui no Blog](#), ações simples como o incentivo a uma alimentação mais saudável pode salvar vidas e garantir melhores resultados na empresa.

O Dr. Alberto Ogata, diretor da [Associação Brasileira de Qualidade de Vida \(ABQV\)](#) e avaliador do [Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar](#), explica como implementar programas realmente efetivos.

---

## IDEC PEDE REGULAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

Idec – 08/05/2019

O deputado Felipe Carreras, que presidiu a audiência, protocolou o projeto de Lei 2611/2019 que propõe a regulação de planos coletivos e cota de planos individuais

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor participou nesta terça-feira (07) de uma audiência pública, realizada pela comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados, para debater a regulação de planos coletivos. Além do Idec, também estiveram presentes o representante da Agência Nacional de Saúde (ANS), Rafael Vinhas, e o representante da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), Marcos Novaes.

Entre os principais pontos abordados na audiência estão a dificuldade dos consumidores de encontrar planos individuais no mercado e os reajustes elevados de convênios coletivos, que atualmente não possuem regulação e não necessitam de autorização prévia da ANS de reajustes, como os planos individuais e familiares.

Após a audiência foi apresentado o Projeto de Lei nº 2611/2019, pelo Deputado Felipe Carreras, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, “para obrigar as empresas de planos de saúde a oferecer e comercializar planos de saúde individuais aos consumidores e dá outras providências”.

A advogada e pesquisadora em Saúde, Ana Carolina Navarrete, representou o Idec na audiência e solicitou melhorias no monitoramento efetivo de preços e reajustes em planos coletivos, além de medidas que ajudem a promover a presença de planos individuais no mercado.

Também foi apontado o duplo padrão regulatório mantido pela Agência, já que atualmente, para contratar o plano de saúde, tanto pessoas físicas quanto grupos familiares acabam criando uma pessoa jurídica ou até mesmo passam a se associar a entidades desconhecidas ou com pouca estrutura para fazer a adesão.

Para a advogada, essa estratégia representa uma falsa coletivização, uma vez que os consumidores, ao buscarem por um plano de saúde mais acessível, são estimulados a ingressarem em determinada associação ou sindicato ou até a utilizarem o CNPJ de terceiros. Nesses casos, as empresas de planos de saúde coletivo não precisam submeter os reajustes anuais à regulação da ANS e podem cancelar unilateralmente o plano.

“Como a lei não proíbe expressamente o cancelamento pelas operadoras nos contratos coletivos, toda vez que estes não se apresentem mais vantajosos aos interesses econômicos e financeiros das empresas, o consumidor acaba se

encontrando impossibilitado de obter acesso à assistência à saúde contratada”, explica.

No caso dos falsos planos coletivos, ou seja, aqueles com pequeno número de consumidores, a situação é ainda mais complicada para o consumidor, já que estes possuem contratos com características típicas de planos individuais, mas com reajustes similares aos planos coletivos. Para os contratos coletivos com até 30 consumidores, ainda é permitido às operadoras submeterem os consumidores ao cumprimento de carências para acesso a procedimentos como consultas, exames e realização de parto e cobertura parcial temporária.

Em nota técnica divulgada hoje (08), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) criticou a atuação da ANS na definição do teto de reajuste dos planos individuais. Segundo o Ipea, a discrepância entre os reajustes dos planos e as taxas de inflação geral e setorial se devem à falta de regulação dos planos coletivos, que praticam preços livres, cuja média foi usada pela ANS até o ano passado como fator principal da fórmula do reajuste de planos individuais e familiares.

## Orientações para contratação de planos

Para quem deseja contratar um plano de saúde, a advogada do Idec aconselha o consumidor a se atentar primeiramente em relação a categoria do plano - se é individual, coletivo de adesão ou coletivo empresarial. Confira qual o melhor plano para você aqui.

Caso deseje adquirir um plano empresarial, vale lembrar que esse serviço só pode ser contratado por empresas ou pessoas físicas que possuam CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica). Se o consumidor não tiver o cadastro, nem estiver ligado por relação de emprego, de sociedade ou dependência (cônjuge ou descendente) à empresa ou pessoa contratante, a prática pode ser considerada uma fraude.

Se ocorrer fraude, o Idec entende que não deve haver qualquer prejuízo para o consumidor que não sabia da ilegalidade ao contratar o serviço. Dessa forma, deve ser reconhecido o vínculo individual/familiar.

---

## MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE DESACELERA, MAS CONTINUA POSITIVO

IESS – 08/05/2019

Os dados da nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) mostram que o setor de planos de saúde médico-hospitalares permaneceu praticamente estável no período de 12 meses encerrado em março de 2019. Com alta de 0,1%, o setor encerrou o primeiro trimestre do ano com 47,1 milhões de beneficiários. Apesar de o resultado ser positivo, representa uma estabilidade em relação ao registrado entre fevereiro de 2019 e o mesmo mês de 2018, também de 0,1%.

Importante reforçar que os dados estão longe de serem negativos. Comparado ao movimento que o mercado tem apresentado desde o final de 2014, ter um período com avanços modestos como esse pode ser considerado positivo. O setor depende de uma retomada mais expressiva do mercado de trabalho formal para recuperar os mais de 3 milhões de vínculos rompidos nos últimos anos e, em março, o mercado de trabalho também perdeu tração, especialmente fora do setor de saúde, como mostra o Relatório de Emprego na Cadeia de Saúde Suplementar.

Apesar de a economia avançar em um ritmo inferior ao que era esperado no final de 2018, o País está em um processo de recuperação que pode ser lento, mas não deve apresentar grandes surpresas negativas. O setor de saúde suplementar é um dos motores econômicos do País, especialmente na geração de postos de trabalho formal, mas depende do restante da economia para voltar a crescer com relação aos novos vínculos com planos.

Nesse sentido, o resultado positivo no Estado de São Paulo é um indicador a ser comemorado. Entre março de 2019 e o mesmo mês de 2018 registrou 39 mil novos vínculos, alta de 0,2%. O Estado ainda responde por uma parcela significativa (superior a 30%) tanto da economia nacional quanto do total de beneficiários de planos médico-hospitalares. Portanto, ainda que pouco expressivo, o incremento é um importante resultado.

Continuaremos apresentando os resultados da NAB nos próximos dias. Continue acompanhando.

---

**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](mailto:saude@milliman.com).

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



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](http://milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.