

ÍNDICE INTERATIVO

[VCMH não pode ser comparada ao IPCA](#) - Fonte: IESS

[Personalizado e high tech, mercado de hospitais de luxo cresce em sp](#) - Fonte: Estadão

[Aposentados têm direito a plano de saúde com as mesmas condições dos ativos](#) - Fonte: Conjur

[Telemedicina deve atrair us\\$ 8 bilhões nos próximos cinco anos](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Telemedicina e a compaixão em saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Novas tecnologias na saúde](#) - Fonte: IESS

[HIMSS@hospitalar forum 2019 antecipa tendências em saúde digital](#) - Fonte: Saúde Business

[Operadora de saúde economiza mais de r\\$38 milhões com corte de contratos para garantir sustentabilidade](#) - Fonte: Terra

[Projeto parto adequado reforça combate à mortalidade materna](#) - Fonte: ANS

[STJ começa a julgar limitação de cobertura de emergência de plano de saúde](#) - Fonte: Conjur

[Cas aprova fim de carência de planos de saúde em casos de urgência](#) - Fonte: Senado Notícias

[Planos odontológicos estão prestes a romper a marca de 24,5 milhões de vínculos](#) - Fonte: IESS

VCMH NÃO PODE SER COMPARADA AO IPCA

IESS - 20/05/2019

Recentemente, lançamos a cartilha “[Reajuste dos Planos de Saúde](#)” com o objetivo de explicar de forma simples como funciona o processo para os planos de saúde: quando o reajuste pode ser aplicado, para que serve a divisão por faixas etárias e porque ela impacta no cálculo, pacto intergeracional etc.

Nesse sentido, uma das questões que mais causa controvérsia é a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação dos reajustes. Para quem acompanha o setor pode ser claro, mas ainda há muitas pessoas, inclusive beneficiários, que não conhecem a regra: a ANS determina o reajuste máximo a ser aplicado para planos individuais/familiares e para planos coletivos com menos de 30 vidas. A ideia é simples. O agente regulador se envolve quando as partes não têm condições isonômicas de negociar. Quando só há grandes instituições envolvidas, como as empresas ou entidades de classe e as Operadores de Planos de Saúde (OPS) – nos planos coletivos empresariais e por adesão com 30 vidas ou mais –, a negociação de reajuste é livre entre as partes.

Claro, esse também é um ponto de discórdia. Nas últimas semanas, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) tem sido a voz mais ativa nessa queixa, replicada em diversas reportagens. Segundo a entidade, a agência deveria regular, também, o teto do reajuste para esses planos.

Embora não nos caiba fazer uma defesa da entidade ou mesmo do setor, nos cabe ponderar sobre a crítica. Afinal, nossa função é gerar e disseminar conhecimento para possibilitar o aperfeiçoamento do setor.

Por isso, além de acreditarmos que a ingestão pública no mercado poderia ser prejudicial à sustentabilidade econômico-financeira não das OPS, mas do setor de saúde suplementar, queremos pontuar um erro conceitual que tem se replicado em diversas reportagens sobre o tema: a comparação entre o reajuste permitido pela ANS e os índices de inflação, sejam os gerais, como o IPCA ou os específicos, como o IPCA Saúde.

Isso porque esses índices de inflação aferem apenas a variação de preços em uma cesta de produtos em determinado tempo. Por exemplo, demonstrando quanto subiu o preço do quilo do feijão de um ano para o outro. Por outro lado, a variação de custos médico-hospitalares (VCMH) flutua em função não apenas dos preços dos “produtos” (exames, consultas, terapias, OPMEs etc.), mas da frequência de uso desses itens. Como já explicamos [aqui](#).

Sem esticar ainda mais o assunto, cabe reforçar que o modelo não é uma “jabuticaba” e, inclusive, ter [VCMH maior que inflação não é exclusividade do Brasil](#).

PERSONALIZADO E HIGH TECH, MERCADO DE HOSPITAIS DE LUXO CRESCE EM SP

Estadão – 19/05/2019

Em um mês, cidade ganhou dois novos centros médicos premium: Vila Nova Star e Samaritano Paulista; Sírio e Einstein também apostam em expansão

SÃO PAULO - A crise econômica que fez muitos brasileiros perderem o plano de saúde não afetou o mercado dos hospitais privados do segmento premium. Em um mês, São Paulo ganhou dois novos centros médicos voltados para esse público: o Vila Nova Star, no Itaim-Bibi, e o Samaritano Paulista, na Bela Vista. Ao mesmo tempo, unidades já conhecidas nesse nicho, como [Sírio-Libanês](#) e [Albert Einstein](#), investem na expansão de suas unidades dentro e fora da cidade e na compra de equipamentos mais modernos. O maior investimento nesse segmento foi feito pela Rede D’Or São Luiz, dona do Vila Nova Star. Além da unidade paulistana, inaugurada no dia 14, o grupo abriu um hospital de luxo no Rio em 2016 e abrirá um nos mesmos moldes em Brasília, no mês que vem. “Investimos mais de R\$ 1 bilhão nestas três unidades e já temos planejada uma quarta no Recife”, diz Paulo Moll, vice-presidente da rede.

Para chamar a atenção, o hospital apostou em tecnologias inéditas no Brasil aliadas à hotelaria de luxo e a um serviço

personalizado. Na parte tecnológica, foram gastos mais de R\$ 20 milhões na compra de dois aparelhos de radioterapia até então inexistentes no País: o CyberKnife, equipamento com braço robótico e uma câmera que acompanha os movimentos de respiração do paciente para liberar os feixes de radiação de forma mais precisa, e a TomoTherapy, capaz de soltar feixes em uma extensão maior do corpo.

“A intenção era construir um hospital de tamanho um pouco menor, acolhedor, mas absolutamente completo”, destaca Paulo Hoff, presidente do setor de oncologia da Rede D’Or. O Vila Nova Star tem cerca de cem leitos. Na parte de hotelaria, são destaques os quartos de até 60 metros quadrados, lençóis 400 fios, amenidades da marca Trousseau e cardápio assinado pelo chef francês Roland Villard, com pratos como linguado ao curry e parmentier de pato.

O hospital também promete oferecer a cada paciente um tablet para que ele possa fazer videochamadas para o posto de enfermagem e controlar persianas, iluminação, temperatura e TV do quarto. “Traz mais conforto e autonomia ao paciente e diminui o risco de queda. Ele também pode ver

a agenda do dia, resultados de exames e avaliar o atendimento da equipe. Se um profissional receber 3 estrelas ou menos, um SMS é enviado imediatamente à supervisão da enfermagem”, explica Antonio Antonietto, diretor médico do Vila Nova Star.

Reabilitação. No Samaritano Paulista, inaugurado no dia 15 de abril, alguns quartos também chegam a 60 metros quadrados, com antessala e banheiro privativo para visitantes, e o paciente tem ainda um tablet em que pode controlar as funcionalidades do espaço. Mas o que chama a atenção na nova unidade é um moderno centro de reabilitação instalado no edifício.

O espaço conta com duas piscinas equipadas com esteiras e bicicletas subaquáticas, aparelhos robóticos para reabilitação, salas de ginástica e um espaço de terapia ocupacional idêntico a uma residência, com móveis e eletrodomésticos, para que os pacientes com sequelas reaprendam algumas atividades. A ideia é continuar o acompanhamento do paciente mesmo após a alta.

“Se um paciente não continuar o tratamento após a alta, ele vive sendo reinternado. Hospitais do mundo inteiro estão cada vez mais preocupados com o ciclo completo de cuidados, da prevenção à reabilitação”, diz Valter Furlan, diretor do Samaritano Paulista. O hospital recebeu investimento de R\$ 340 milhões e foi aberto com cem leitos, número que deverá chegar a 163 até o fim do ano.

Com foco em cardiologia, o novo Samaritano será o primeiro hospital do Brasil a ter o equipamento Artis Pheno, que usa uma estrutura robótica para realizar cirurgias minimamente invasivas.

Expansão. Hospitais de excelência já conhecidos também têm apostado em expansão e modernização no último ano. O Sírio-Libanês abriu em fevereiro sua primeira unidade hospitalar em Brasília e planeja inaugurar 20 centros de atenção primária em São Paulo até o final do ano para o segmento de saúde corporativa. “São unidades ambulatoriais, com médicos de atenção primária que se

comunicam com especialistas através da telemedicina”, conta Paulo Chapchap, superintendente do Sírio-Libanês.

O hospital também adquiriu há pouco mais de um ano o primeiro equipamento PET/CT digital do País, usado no diagnóstico de câncer, e deverá colocar em operação em breve dois aparelhos de última geração: o tomógrafo de dupla energia force e o equipamento de ressonância magnética 3 Tesla Vida, ambos mais potentes e rápidos.

Em expansão, o Albert Einstein inaugurou no fim do ano passado uma clínica de atendimento ambulatorial no Alto de Pinheiros e deve abrir um centro similar ainda neste mês no Morumbi. O grupo vem ainda reformando os quartos para torná-los mais amplos e fez uma modernização em sua cozinha. “Nenhum hotel tem. Conseguimos oferecer três opções de cardápio todos os dias seguindo as limitações de cada dieta. O paciente tem a possibilidade de escolher o tipo de refeição e o horário em que ela será servida. Essas modernizações têm visado muito mais à eficiência do cuidado e à melhoria da experiência do paciente”, diz Sidney Klajner, presidente do centro médico.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz também investiu no ano passado na compra de equipamentos mais modernos, como um aparelho de ressonância 3 Tesla. Na Beneficência Portuguesa, a unidade voltada para o público premium, a BP Mirante, comprou em 2018 a última geração do robô Da Vinci para cirurgias minimamente invasivas e criou um núcleo de bem-estar e práticas integrativas.

Mercado. Para Ana Maria Malik, coordenadora do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getulio Vargas (FGVsaúde), o mercado premium de hospitais consegue crescer mesmo em épocas de crise porque esse é o nicho menos afetado pela conjuntura. “São pessoas menos propícias a perder o emprego ou que podem pagar seu próprio plano de saúde. Além disso, temos de lembrar que São Paulo atrai pacientes de outros Estados e até de outros países.”

APOSENTADOS TÊM DIREITO A PLANO DE SAÚDE COM AS MESMAS CONDIÇÕES DOS ATIVOS

Conjur – 17/05/2019

É direito do aposentado que optou pela manutenção do plano de saúde coletivo obter as mesmas condições e qualidades de assistência médica de quando estava na ativa. Com este entendimento, a 8ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região condenou uma fundação a manter o plano da reclamante e de seus dependentes nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, com valores para o grupo familiar equivalentes aos dos empregados da ativa.

O relator do processo, o desembargador Marcos César Amador Alves, explica no voto que a reclamante é beneficiária do plano de saúde coletivo empresarial fornecido pela ré,

juntamente com seu marido e filhos, mas, ao optar pela manutenção do plano de saúde após rescisão contratual, como lhe faculta a legislação, foi surpreendida com um aumento substancial dos valores cobrados, que passaram de R\$ 579,20 para R\$ 1.629,61, sem qualquer clareza de informação quanto à apuração e determinação do valor.

Além disso, houve declaração, reduzida a termo pela empresa, de opção pelo plano de saúde vitalício no ato da dispensa, na qual consta expressamente que a “mensalidade do plano de inativos deverá observar a tabela de preços constante do contato coletivo empresarial celebrado entre a

fundação e a sua ex-empregada, sendo certo, ainda que estará sujeita aos reajustes previsto no referido contrato”.

Apesar disso, segundo o desembargador-relator, “não houve comprovação pela empresa da paridade dos valores adimplidos pelos empregados ativos da reclamada com os inativos, assim como a cota-partes do empregador quanto ao custeio do plano de saúde da autora, enquanto vigente contrato de trabalho”.

TELEMEDICINA DEVE ATRAIR US\$ 8 BILHÕES NOS PRÓXIMOS CINCO ANOS

Correio Braziliense – 17/05/2019

No caso do Brasil, há 57 milhões de pessoas que dependem da saúde suplementar e o resto da população depende dos serviços prestados pelo poder público

São Paulo — A chamada telehealth, que inclui na telemedicina a parte de telecomunicações no âmbito da saúde, deve movimentar no Brasil nos próximos cinco anos entre US\$ 7 bilhões e US\$ 8 bilhões. O cálculo é de Guilherme Hummel, coordenador científico do HIMMS (Healthcare Information and Management Systems Society) e autor de alguns livros sobre o tema.

Segundo o especialista e consultor na área, o investimento em recursos tecnológicos para acelerar a adoção do atendimento médico a distância é a única forma de cobrir a demanda crescente por serviços de saúde em larga escala.

“Hoje, no mundo, há uma população de 7,3 bilhões de habitantes e a estimativa é de 1,3 patologias por habitante. Não existe como a oferta de serviço chegar perto da demanda. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no mundo hoje há um deficit de 8 milhões de médicos”, explica Hummel.

No caso do Brasil, lembra, há 57 milhões de pessoas que dependem da saúde suplementar e o resto da população depende dos serviços prestados pelo poder público. “Tanto o governo quanto as empresas de saúde suplementar estão quebrados. No Brasil, a sinistralidade média chega a 84%, segundo a Abramge (entidade que representa empresas de plano de saúde). E essa média é crescente. Sem tecnologia não será possível garantir atendimento.”

Health techs

Esse potencial na área de saúde tem atraído desde grandes grupos, como Apple, Amazon, Google e IBM, a fundos de investimento e empreendedores que apostam nas health techs (startups ligadas a saúde). No ano passado, diz Hummel, os investimentos de fundos de venture capital (capital de risco) só na área de saúde foram da ordem de R\$ 4 bilhões no Brasil.

Globalmente, as projeções dos grandes fundos de investimento apontam para valores que poderão chegar a

Em agosto de 2017, a aposentada entrou com ação trabalhista no TRT-2 pleiteando seus direitos. Na época, o juízo de 1º grau julgou o pedido improcedente e condenou a autora o pagamento dos honorários advocatícios no valor de R\$ 720,00. Essa decisão também foi reformada pelo julgamento do recurso.

US\$ 100 bilhões por ano. ‘Os recursos para saúde são ilimitados no mundo’, avalia Hummel.

Para dar vazão à demanda crescente, o consultor acredita que a solução esteja na telehealth, com o atendimento remoto como porta de entrada e triagem dos pacientes. Esse recurso, diz, tem condições de resolver 70% dos casos em uma consulta. Os médicos, por meio das entidades de classe, têm se posicionado contra o avanço da telemedicina.

“Os médicos não estão preparados para isso, apesar de ser algo absolutamente banal. Ele faz uma série de perguntas que costumeiramente faria na consulta presencial, em consultas que em média demoram sete minutos no Brasil. Esse contato vai servir para encaminhamentos e até para dizer ao paciente que é necessário ir imediatamente para um consultório ou hospital. Funciona como uma triagem, que é algo que não é feito no Brasil. Hoje, vão para a mesma fila procurar atendimento desde aquele que tem uma gripe até doenças mais graves”, diz.

Polêmica

Em fevereiro, o Conselho Federal de Medicina (CFM) revogou a Resolução nº 2.227/2018, que regulamenta a prática da telemedicina. Semanas antes, o mesmo conselho havia aprovado o texto, mas recebeu uma série de propostas para modificá-lo, além de ter sofrido com protestos por parte da classe médica. Com a mudança, estariam permitidos no país consultas, exames e cirurgias a distância. Os críticos questionaram a garantia de sigilo das informações médicas e os riscos quanto à qualidade do atendimento ao paciente.

“Haverá mudanças para os médicos, porque significará uma enorme demanda e uma nova política de remuneração. A teleconsulta vai avançar”, acredita o consultor.

Hummel calcula que, no máximo em cinco anos e com a regularização do serviço por parte do CFM, 20% a 25% das consultas médicas serão a distância, o que representará de 20 mil a 30 mil consultas anuais. “Será uma grande economia de recursos, porque essa é uma ferramenta facilitadora de redução de custeio.”

TELEMEDICINA E A COMPAIXÃO EM SAÚDE

Saúde Business – 17/05/2019

Uma polêmica recente na saúde é a regulamentação da telemedicina. Os defensores afirmam que se trata de recurso já amplamente usado na assistência médica atual, como, por exemplo, na troca de mensagens e no compartilhamento de fotos via celular para o pedido de opinião. Os opositores entendem que os atendimentos de saúde mediados pela tecnologia promovem a quebra da relação pessoal entre médicos e pacientes e prejudicam moradores de municípios distantes – que correm o risco de passar a vida sem ver um profissional de carne e osso. Os argumentos são consistentes de ambos os lados e é consenso que são necessárias adaptações.

Inicialmente, deve-se reconhecer que a telemedicina é parte da realidade. Se não olharmos para as soluções digitais na saúde, não estaremos olhando para todas as soluções. Ao mesmo tempo, no recentemente lançado livro *The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference* (em tradução livre é *A Revolucionária Evidência Científica de que Cuidar Faz a Diferença*), os médicos Stephen Trzeciak e Anthony Mazzaelli trazem um conjunto

robusto de dados científicos que mostram que a compaixão modifica desfechos.

Empatia é a capacidade de o indivíduo sentir e compreender a emoção de outras pessoas, a compaixão envolve fazer algo mais, envolve ação. Conforme os autores, bastam 40 segundos de esforço em ouvir, confortar, demonstrar vontade de ajudar, que níveis de ansiedade são reduzidos. Vários desfechos foram estudados em centenas de publicações, desde controle de dor, diabetes, necessidade de hospitalização e, um dos mais interessantes, redução do estresse do próprio profissional de saúde.

Em resumo, usar o tempo para uma atividade simples e nobre beneficia a todos. Da mesma maneira que o progresso tecnológico é inexorável, os robôs não substituirão os médicos. Os cenários não são mutuamente excludentes. A tecnologia não só deve conviver com bom atendimento médico como também pode ajudar o profissional a focar naquilo que mais importa: cuidar bem de outro ser humano.

NOVAS TECNOLOGIAS NA SAÚDE

IESS – 17/05/2019

Desde o começo do ano, temos mostrado iniciativas na saúde suplementar em que a aplicação de novas tecnologias está possibilitando mudanças no cenário atual ou, ao menos, projetando possibilidades muito interessantes para o desenvolvimento do setor no futuro. É o caso, por exemplo, dos novos aplicativos apresentados na [Consumer Electronics Show \(CES\)](#); dos avanços de [Google](#), [Apple](#), [Amazon e Microsoft com smartspeakers](#); da clínica [Ping An Good Doctor](#), que realiza 50 milhões de atendimentos diagnósticos por mês apenas por meio de [inteligência artificial](#); e das inovações apresentadas na [South by Southwest \(SXSW\)](#), entre outros.

Claro, não somos os únicos a acompanhar os últimos avanços tecnológicos e o potencial que eles têm para mudar o mercado. Recentemente, Michael Reddy, presidente da [Healthcare Weekly](#) – revista dos Estados Unidos focada em inovações na saúde –, escreveu um artigo elencando as 9 tecnologias com as quais todo executivo do setor deveria estar animado.

A primeira delas? Inteligência artificial (IA). Além dos empregos já explorados para a tecnologia, como o diagnóstico na [Ping An Good Doctor](#) ou a viabilidade de agendar consultas e muito mais

por meio dos [smartspeakers](#), Reddy aponta três que a IA será fundamental para o futuro do segmento – especialmente por sua capacidade de mitigar e prevenir riscos. Três formas de fazer isso seriam:

- Lembretes automáticos. Solução ideal para monitorar e garantir que os remédios corretos sejam tomados no tempo certo.
- Identificar perfis de risco. Descobrir pessoas que precisam de atenção médica e alertar equipes especializadas para atuar de forma personalizada. O IBM Watson está sendo testado, por exemplo, para atuar em casos de pessoas com vício em opioides (morfina, codeína, metadona etc.).
- Possibilitar o uso personalizado de medicamentos de acordo com características físico-químicas de cada indivíduo.
- Para conhecer as outras oito tecnologias apontadas por Reddy, sugerimos ler o [artigo original](#) (infelizmente disponível apenas em inglês).

HIMSS@HOSPITALAR FORUM 2019 ANTECIPA TENDÊNCIAS EM SAÚDE DIGITAL

Saúde Business – 17/05/2019

Serão quatro dias de palestras e debates estruturados em cinco verticais de conteúdo: Hospital Innovation; Health Consumerization; Telehealth, EHR/Big Data, Digital Health e Health Analytics. Este é o HIMSS@Hospitalar-International Digital Healthcare Forum, uma parceria com a HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society), que acontecerá de 21 a 24 de maio de 2019, das 9h às 17h, no Expo Center Norte, em São Paulo. Organizado pela Informa Markets, o congresso é o único evento nacional que representa o fórum global de tecnologia e inovações para a saúde da HIMSS e contará com a presença de speakers do Brasil, Canadá, Colômbia, Dinamarca, Espanha, EUA, França, Holanda, Israel, Noruega e Reino Unido.

Diante das mudanças em curso na regulação da consulta médica realizada à distância, e considerando-se a estimativa da OMS – Organização Mundial de Saúde de que 60% dos problemas relacionados ao primeiro atendimento poderiam ser encaminhados via on-line, há uma previsão de que até 2022 de 20% a 25% de todas as consultas médicas realizadas no Brasil sejam feitas de maneira remota. “Nos próximos 5 anos a área de telehealth deve movimentar entre US\$ 7 e 8 bilhões de dólares somente no Brasil, sendo que a grande porta de entrada para transformações em larga escala será o modelo de consultas on-line”, explica Guilherme Hummel, coordenador científico do HIMSS@Hospitalar e head mentor do eHealth Mentor Institute. Entre os 11 melhores Sistemas de Saúde do mundo, 7 serão representados na programação do congresso, com temas como “Telemedicina emergencial para Localidades Extremamente Remotas”, do Hospital Israelita Albert Einstein,

ou “Teleconsulta e Telediagnose na Espanha – caso Costaise”.

No campo de EHR e Big Data será realizado o painel “Edison, Plataforma de Inteligência Artificial – Conectando milhões de imagens para a eficácia da decisão clínica”, em que será apresentada pela primeira vez no país a Plataforma Edison, lançada pela GE, na Alemanha, em agosto de 2018. O sistema faz a busca por dados de imagem dispersos em diferentes bases de dados, estabelecendo uma correlação entre esses registros, criando valor e conhecimento inéditos sobre o histórico de saúde do indivíduo.

Outra vertente de serviço amplamente impulsionado pelos avanços digitais é o de teletriagem, área fundamental para a melhoria dos serviços de orientação e atendimento hospitalar. Atualmente, apenas 15% dos 7 mil hospitais brasileiros adotam algum serviço gerenciado de triagem, o que eleva não apenas o tempo de atendimento, como os custos dos serviços, impactando toda a cadeia de saúde. “A teletriagem chega para solucionar um dos maiores gaps nos provedores de atendimento de saúde no Brasil, uma vez que possibilita uma melhor pré-avaliação dos sintomas e avaliação diagnóstica, como também no direcionamento do paciente dentro da cadeia de saúde, que pode ser feito de acordo com a proximidade geográfica entre paciente e o especialista”, afirma Guilherme Hummel.

O Himss conta com o patrocínio da InterSystems, Salesforce, Cisco, Pixon, GE Healthcare, Abbott e Poloit.

OPERADORA DE SAÚDE ECONOMIZA MAIS DE R\$38 MILHÕES COM CORTE DE CONTRATOS PARA GARANTIR SUSTENTABILIDADE

Terra – 17/05/2019

Em apenas 4 meses, todos os planos de saúde do Brasil somaram a perda de 212.595 clientes, segundo balanço divulgado na última quarta-feira (8) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para contornar esse panorama, as operadoras de saúde estão tomando medidas urgentes visando sua sustentabilidade. Uma delas é a Geap Saúde. Em apenas um mês de início da nova gestão, a Operadora adotou cortes de despesas e reajuste orçamentário dos custos administrativos e assistenciais que já somam mais de R\$ 38 milhões. Só no setor jurídico, por exemplo, a rescisão de apenas quatro contratos foi responsável por uma redução de R\$ 22,9 milhões nas despesas.

Ainda conforme a pesquisa da ANS, em março deste ano, o número de beneficiários somou 47,053 milhões, o número mais baixo em 12 meses. Um mês antes, em fevereiro, esse número era 47,096 milhões (42.935 a mais). A diminuição

mais significativa é verificada entre os clientes de planos individuais que, em um ano, tiveram queda de 11% (menos 104 mil clientes), para 9,049 milhões em março. Já o número de clientes de planos empresariais cresceu 5% (173 mil clientes a mais) na comparação com março do ano passado, somando, atualmente, 31,4 milhões de brasileiros.

Segundo o atual Diretor-Executivo da Geap, Ricardo Marques Figueiredo, mais de 20 contratos dispendiosos já foram cancelados e todos os que ainda são onerosos para a Operadora passarão por revisão para repactuação ou cancelamento. “Esses são apenas alguns dos primeiros efeitos de uma série de ações que devem se intensificar. Todos os setores estão envolvidos na finalização dos planos de ação do Planejamento Estratégico, que têm com foco a saída da Direção Fiscal e a garantia da oferta de serviços para os beneficiários”, destacou.

O executivo apontou que já foram traçadas mais de 80 ações para dar mais garantia de sustentabilidade à Geap. Entre as ações mais imediatas apontadas por ele está a reestruturação do fluxo de pagamento, que passará a ser executado somente com 60 dias, resguardados os casos excepcionais. Outra medida adotada para garantir maior controle dos contratos é a centralização das contratações estaduais na Diretoria Executiva, em Brasília-DF.

Também estão acontecendo reuniões de renegociação com as empresas e instituições conveniadas para reajustar os valores pagos e as condições dispostas nos contratos. “Precisamos ajustar os contratos de forma que tanto essas instituições quanto a Geap sejam beneficiados. Precisamos encontrar as condições ideais, caso contrário esses convênios não se sustentarão”, enfatizou o Diretor de Finanças, Cláudio Lopes Barbosa.

Ainda está sendo providenciada pela Diretoria a reestruturação da Operadora em todos os estados brasileiros.

O Diretor-Executivo observou que está sendo feita uma análise de negócios em cada unidade federativa, mediante acompanhamento diário dos indicadores financeiros e assistenciais. São indicadores como receita, despesa, uso dos planos, sinistralidade, evasão e adesões. “As Gerências que não estiverem apresentando resultados positivos serão reestruturadas”, frisou o Diretor-Executivo.

Outra medida adotada pela atual gestão da Geap visando a sustentabilidade da instituição, é a cobrança de dívidas dos beneficiários inadimplentes. “Até então, as ações de cobranças não alcançavam o êxito desejado. A intenção é permitir que o plano se torne menos oneroso, exigindo, assim, um menor percentual de reajuste anual. Dessa forma, será evitado que o custeio sobrecarregue os beneficiários adimplentes, distribuindo melhor o fardo do mutualismo”, finalizou Cláudio Barbosa.

PROJETO PARTO ADEQUADO REFORÇA COMBATE À MORTALIDADE MATERNA

ANS – 16/05/2019

O Projeto Parto Adequado está ampliando seu foco de ação e reforçando, entre os hospitais participantes, medidas para reduzir a mortalidade materna. Inicialmente, as ações serão desenvolvidas nos 27 estabelecimentos públicos de saúde que fazem parte da iniciativa, mas até o final do ano serão expandidas aos demais 87 hospitais privados. As medidas contemplam capacitação de profissionais de saúde, melhorias de unidades de atendimento para entrega de um melhor cuidado e assistência às gestantes e o empoderamento das mulheres na tomada de decisões para que tenham acesso a um cuidado de qualidade e a um parto seguro. O Parto Adequado é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Institute for Healthcare Improvement (IHI), com apoio do Ministério da Saúde.

Recentemente, os hospitais públicos que integram o projeto se reuniram em São Paulo, em uma Sessão de Aprendizado Presencial, para dar início às atividades. A ideia é direcionar o conhecimento proporcionado através do Parto Adequado, que até agora centrou-se na diminuição das cesarianas desnecessárias, para teorias de mudanças relacionadas à redução de mortes maternas, tema de grande preocupação das autoridades de saúde. Para isso, contam com o apoio financeiro do programa global MSD para Mães, que tem como objetivo combater a mortalidade de mulheres no mundo e é parceiro do Parto Adequado.

Medidas para reduzir mortes relacionadas à gravidez e ao parto já foram testadas com sucesso no hospital Agamenon Magalhães (HAM), em Recife (PE), que alcançou resultados bastante expressivos. Agora, as boas práticas servirão de exemplo para os demais participantes do Parto Adequado. A meta inicial de 30% de redução de taxa de mortalidade de

mulheres durante a gravidez ou até 42 dias após o parto no HAM quase dobrou, chegando a 54,23%. Antes do projeto, o intervalo entre os óbitos era de quase 18 dias. Após a implementação das ações, o hospital chegou a ficar 229 dias sem registro de óbito materno.

“O Parto Adequado tem alcançado resultados muito positivos no que concerne à redução de cesáreas realizadas sem necessidade. Nosso intuito agora é evoluir em direção à melhoria do cuidado às gestantes, ampliando o foco do projeto com medidas específicas que ajudem a reduzir as altas taxas de mortalidade”, destaca o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar. “Sabemos que a maioria das complicações que resultam na morte de mulheres se desenvolve durante a gravidez e a maior parte delas pode ser evitada e tratada com cuidados pré-natais durante a gestação e o parto e com assistência qualificada nas semanas após o parto. São soluções viáveis e que salvam vidas, contribuindo para a saúde do conjunto da população”, ressalta o diretor.

O presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Sidney Klajner, reforça que além dos bons resultados já obtidos em relação ao número de cesarianas desnecessárias, os hospitais que integram o Parto Adequado avançaram também na diminuição de eventos adversos. “Houve uma queda de 35% em média dos eventos adversos com mães e bebês. Nossa meta com essa união de projetos é diminuir ainda mais esses eventos adversos e as taxas de mortalidade materna”, destaca Klajner.

Na Sessão de Aprendizado Presencial, a coordenadora do projeto na ANS, Jacqueline Torres, propôs uma dinâmica diferente e pediu que os participantes pensassem nos abraços de suas mães e trocassem esses abraços entre si.

Na sequência, lembrou aos presentes que muitas crianças nunca receberão um abraço de suas mães devido à morte materna. “Foi uma forma de mobilizar afeto, empatia e comprometimento de todos pelo fim das mortes maternas.” Comentou Jacqueline. Ao final do segundo dia, as lideranças dos hospitais foram convidadas a escolher um nome para a iniciativa e o vencedor foi “Abraço de Mãe”.

O Parto Adequado está em sua segunda fase de implementação. São 114 hospitais públicos e privados

vinculados à iniciativa, trabalhando juntos para reduzir o número de cesáreas desnecessárias e para melhorar o cuidado a gestantes e bebês de todo o país. O projeto tem como objetivo identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento por meio de mudanças nas práticas de cuidado. Desde a sua criação, em 2015, o Projeto já evitou 20 mil cesarianas desnecessárias.

[Saiba mais sobre a iniciativa e confira as instituições participantes](#)

STJ COMEÇA A JULGAR LIMITAÇÃO DE COBERTURA DE EMERGÊNCIA DE PLANO DE SAÚDE

Conjur – 16/05/2019

A 4ª turma do Superior Tribunal de Justiça começou a julgar, no dia 16/5 o limite de 12h imposto pelos planos de saúde para atendimento de urgência ou emergência. Depois desse prazo, os segurados perdem a cobertura, mesmo que o atendimento não tenha terminado. O julgamento foi suspenso após pedido de vista da ministra Isabel Gallotti.

No voto, o relator, ministro Antonio Carlos Ferreira, afirmou que o poder regulamentar é um dos poderes administrativos e em razão da hierarquia normativa, “os atos emanados do poder regulamentar estão restritos ao disposto na lei a que se subordina”.

“No caso, houve evidente exacerbação do poder regulamentar porque o artigo 35-C da Lei 9.656/98, que determina a competência da ANS, não delimitou o prazo durante o qual, após o início do atendimento emergencial o paciente deveria permanecer em tratamento”, disse.

Para o ministro, é razoável o argumento contido na sentença de que a duração limitada do tratamento, no caso de emergência ou urgência significa dizer que após doze horas com atendimento o consumidor pode ficar descoberto por falta de atendimento, “ainda que a situação de urgência ou emergência não tenha cessado e permaneça tão grave quanto no primeiro minuto”.

Assim, para o relator, há vício de legalidade na restrição do regulamento, que extrapolou a estrita observância dos limites impostos no ato normativo primário a que se subordina, “não sendo cabível positivar em seu texto uma exegese inovadora no ordenamento jurídico”.

Caso

No recurso analisado, a Amil recorre de acórdão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, com origem em ação civil pública que tinha como objetivo proibir a limitação, cumprido o período de carência.

O Tribunal rejeitou o pedido dos consumidores de que a devolução das quantias seja paga em dobro, determinando que o plano pague apenas pelo que foi desembolsado. A operadora também queria afastar o dano moral e reduzir para R\$ 10 mil o valor da multa.

O debate no STJ é saber se o acórdão recorrido violou o artigo da lei para editar norma regulamentadora (resolução 13/98), que prevê a limitação de 12h para a cobertura. Para o TJ/RJ, a resolução extrapolou os limites da lei.

CAS APROVA FIM DE CARÊNCIA DE PLANOS DE SAÚDE EM CASOS DE URGÊNCIA

Senado Notícias – 15/05/2019

O usuário de plano de saúde pode ficar isento do cumprimento dos prazos de carência nos casos de urgência e emergência. O benefício é proposto no Projeto de Lei do Senado (PLS) 502/2017, aprovado na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) nesta quarta-feira (15).

A proposta, da senadora Rose de Freitas (Pode-ES), altera a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656, de 1998) para vedar mecanismos que dificultem o atendimento de urgência e emergência. A iniciativa também reduz para 120 dias o período de carência nas internações hospitalares.

Atualmente, os prazos máximos de carência definidos pela legislação são os seguintes: 24 horas, para atendimentos de urgência e emergência; 300 dias, para parto; e 180 dias, para cirurgias.

Embora a fixação de períodos de carência proteja as operadoras contra eventuais abusos e fraudes do consumidor, Rose argumenta que essa restrição não pode inviabilizar o atendimento de saúde em circunstâncias excepcionais e imprevisíveis, que exijam solução imediata.

“É o caso das urgências e emergências, que, se não forem tratadas a tempo, podem acabar por tornar inócua a finalidade primordial do contrato celebrado entre as partes, qual seja, a de resguardar a saúde e a vida”, destacou a autora do PLS 502/2017.

O relator, senador Mecias de Jesus (PRB-RR), recomendou a aprovação do projeto. Ele considera injustificável o plano de saúde não cobrir um problema de saúde que surja nas primeiras 24 horas do contrato e exija pronta intervenção médica.

“Retirar esse direito do usuário consumidor seria colocar em risco sua vida ou incolumidade física. Evidentemente, não se

trata de permitir fraudes ao plano de saúde, que, no momento da contratação, poderá verificar se o potencial consumidor está em situação de urgência ou emergência previamente constituída”, ponderou.

Mecias apresentou emenda de redação para retirar do texto a palavra “regulação”. Ele explicou que o termo poderia gerar interpretação dúbia e ser confundido com “proibir classificações de risco e priorização de pacientes em serviços de urgência e emergência”, o que poderia causar desorganização no atendimento.

Aprovado em caráter terminativo, caso não haja recurso da decisão da CAS, o projeto seguirá direto para a Câmara dos Deputados.

PLANOS ODONTOLÓGICOS ESTÃO PRESTES A ROMPER A MARCA DE 24,5 MILHÕES DE VÍNCULOS

IESS – 15/05/2019

O mercado de planos exclusivamente odontológicos segue crescendo e, de acordo com a [última edição da NAB](#), está prestes a superar a marca de 24,5 milhões de beneficiários. Apenas nos 12 meses encerrados em março deste ano, o segmento cresceu 7,7%. O que representa o acréscimo de 1,8 milhão de vínculos deste tipo com as Operadoras de Planos de Saúde (OPS). Com o resultado o setor passou a atender 24,48 milhões de beneficiários.

Analisando o resultado por faixa etária, os beneficiários com 19 anos a 58 anos respondem pela maior parcela dos novos vínculos, 68,5% ou 1,2 milhão. Contudo, o crescimento dos beneficiários com mais de 59 anos merece destaque. Não apenas pelo resultado porcentual, que é afetado pela base muito menor do que a das demais faixas etárias, mas pelo resultado absoluto. Entre março de 2019 e o mesmo mês do ano passado, 294,5 mil vínculos foram firmados entre operadoras de planos exclusivamente odontológicos e beneficiários nesta faixa etária. Um montante superior às novas contratações por beneficiários com até 18 anos, 258,4 mil.

Assim como acontece com os planos médico-hospitalares, já analisados [aqui](#), o Estado de São Paulo foi o que registrou maior crescimento de beneficiários. O avanço de 6,6% representa 535,5 mil novos vínculos. O Estado do Rio de Janeiro teve um crescimento proporcional mais expressivo, de 13,9%, mas, em números absolutos, o resultado representa 397,7 mil novos vínculos. No total, São Paulo conta com 8,6 milhões de beneficiários e o Rio de Janeiro, 3,3 milhões.

Fora do Sudeste, Ceará e Paraná foram os Estados com o maior número de novos vínculos. Com crescimento de 10,9%, o Ceará acrescentou 94,4 mil usuários em sua base e, agora, atende 959,1 mil beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Já o Paraná tem 1,3 milhão de beneficiários, aumento de 7,7% ou 90,9 mil.

Apenas dois Estados registraram recuo no total de beneficiários deste tipo de plano no período analisado. O Amapá deixou de atender 3 mil vidas, queda de 6,4%. Já Rondônia teve o rompimento de 7,9 mil vínculos, retração de 7,2%.

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.



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

© 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.