

ÍNDICE INTERATIVO

[Custos médico-hospitalares sobem 17,3% em 2018](#) - Fonte: IESS

[21 anos da regulação dos planos de saúde: é urgente uma agenda comum positiva](#) - Fonte: Conjur

[Planos de saúde individuais subiram 382% em 18 anos, aponta Ipea](#) - Fonte: G1

[Nova versão do Padrão TISS - Maio/2019](#) - Fonte: ANS

[Núcleo Belém da ANS promove ação em shopping da cidade](#) - Fonte: ANS

[Hapvida anuncia acordo para a aquisição do rival Grupo América](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Cresce total de beneficiários de planos médico-hospitalares com 59 anos ou mais](#) - Fonte: IESS

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

[PL sobre carência põe a vida acima dos interesses dos planos de saúde](#) - Fonte: Estadão

[ANS suspende venda de 51 planos de saúde no país](#) - Fonte: ANS

[Planos odontológicos avançam, já os médico-hospitalares permanecem estáveis](#) - Fonte: IESS

[Câmara finaliza reuniões sobre contratualização de planos](#) - Fonte: ANS

[O Brasil precisa da telemedicina](#) - Fonte: IESS

[Atenção à saúde do cliente é premissa básica para sustentabilidade de uma Operadora de Saúde, afirma especialista](#) - Fonte: Terra

CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES SOBEM 17,3% EM 2018

IESS - 12/06/2019

Alta da despesa das operadoras de planos de saúde é impulsionada pelo aumento na utilização de serviços médicos e custo de procedimentos, especialmente terapias

As despesas assistenciais per capita de operadoras de planos de saúde com exames, consultas, terapias, internações e serviços ambulatoriais de beneficiários de planos médico-hospitalares voltaram a acelerar e encerraram 2018 com alta de 17,3%, de acordo com o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Em relação a 2017, o índice registrou avanço de 0,8 ponto porcentual.

José Cechin, superintendente executivo do IESS, explica que o aumento da VCMH resulta de múltiplos fatores. “Diversos elementos influenciam a VCMH. Entre eles, o aumento da frequência de utilização e o aumento dos preços unitários de materiais, medicamentos, honorários, taxas e diárias. Fatores como incorporação de novas tecnologias e o envelhecimento populacional também têm impacto”. Entre 2018 e 2017 os itens de despesas que mais cresceram foram as Terapias (exemplos: hemoterapia, Litotripsia Extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal etc.), com aumento de 31,3%, seguida de Serviços Ambulatoriais com aumento de 19,7%.

O item de internação, que tem um peso elevado na composição do índice, e por isso, sua variação fica muito próxima da média. Em 2017 e 2018 o valor ficou ligeiramente abaixo da média de todo o setor, em 16,5%. Resultado da elevação de 8,6% da frequência de utilização e do aumento no custo médio, de 7,4%. Cechin aponta que a variação da internação hospitalar só não foi maior em função do movimento das operadoras e prestadores de serviços médicos em iniciar uma migração para pacotes, diárias globais etc.

O executivo reforça que o aumento da frequência de itens de consultas, internações e outros procedimentos foram fatores que justificaram o reajuste de planos em um nível superior ao da inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ou mesmo uma de suas componentes que apura a variação de preços de produtos de saúde, como o

IPCA Saúde. Para se ter uma ideia do peso da frequência de uso na conta, pode-se imaginar uma situação em que os custos de serviços de saúde caíam, mas a despesa aumenta devido ao aumento da frequência. Por exemplo: se as consultas médicas custassem, em média, R\$ 100 e passassem a custar R\$ 95, indicadores como a inflação registrariam uma queda de 5% (deflação). Contudo, se no mesmo período a frequência de realização de consultas passar de 5,0 para 5,5 o custo per capita passa de R\$ 500,00 para R\$ 522,50, com aumento de 4,5%. “Claro, a tendência não é que os custos médios de cada procedimento caiam, assim como não temos deflação no País. Mas o exercício lógico mostra porque a VCMH continua acima da inflação. O que não é natural é esperar que a VCMH fosse semelhante ou igual ao IPCA, isso porque inflação mede apenas variação de preços enquanto a VCMH mede a combinação da variação de preços com a variação de frequência”, argumenta Cechin.

Outros motores da VCMH

A crescente judicialização que se observa tanto no setor público quanto na saúde suplementar é um poderoso promotor das despesas e acrescenta iniquidades pois, em muitos casos, privilegia o individual à custa do coletivo. Outro fator que responde pelo aumento de custos é a incorporação de tecnologia, um fenômeno que acontece no mundo inteiro e com impactos semelhantes.

Esta incorporação sem a exigência de estudos de custo-efetividade e análise da capacidade do sistema em absorver o incremento de despesas é outro ponto que pesa nessa conta. Especialmente porque, diferentemente de outros países e no próprio SUS, por meio da Conitec, a saúde suplementar não dispõe de requisitos técnicos que definam critérios claros para o ingresso de uma nova tecnologia.

Importante lembrar também que o processo de transição demográfica, com a maior participação de idosos no total da população, impacta diretamente na demanda de serviços de saúde, em especial de internações. E a faixa etária de idosos é a que mais cresce no mercado brasileiro de saúde suplementar.

21 ANOS DA REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE: É URGENTE UMA AGENDA COMUM POSITIVA

Conjur – 12/06/2019

No último dia 3, comemorou-se os 21 anos da Lei 9.656/1998, que disciplina os planos privados de assistência à saúde, mais conhecidos como planos de saúde. Essa lei é resultado de um processo de construção de um conjunto de direitos do cidadão/consumidor, cujas raízes estão na Constituição de 1988, e os fundamentos, inscritos no Código de Defesa do Consumidor, lei de cunho geral e principiológico.

O mercado de saúde suplementar é regulado e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde.

Não há dúvida de que nestes anos muitos avanços foram alcançados, mas como o Direito, tal qual os movimentos da sociedade, é dinâmico, ainda se observam pontos de dissonância, especialmente em relação à proteção do consumidor estruturada no Código de Defesa do Consumidor, que acabam sendo dirimidos pelo Poder Judiciário.

O atual cenário da judicialização da saúde é desanimador. Recentemente, foi divulgada uma pesquisa[1], encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça ao Instituto de Ensino e Pesquisa – Insper, sobre o direito à saúde em primeira instância, apontando um crescimento de aproximadamente 130% nas demandas entre 2008 e 2017, e em segunda instância, um aumento de 85%, entre 2009 e 2017. Cabe destacar que, no mesmo período, a quantidade de ações sem distinção de tema subiu 50%.

No que tange à saúde privada, em primeira instância, 51,4% das demandas se referem a planos de saúde, sendo que a Justiça estadual de São Paulo é uma das responsáveis por esse grande número de processos[2], e o restante sobre saúde pública, seguidos de fornecimento de medicamentos ou de tratamento médico-hospitalar. Apenas 4,48% das ações judiciais foram consideradas improcedentes na primeira instância, e em 75% dos casos os juízes deram ganho de causa aos pacientes.

Além do Judiciário, a sociedade busca a satisfação de seus direitos lesados no âmbito administrativo, por meio dos Procons e das agências reguladoras. Segundo dados do Sindec/MJ[3], em 2018, o assunto referente aos planos de saúde representa 1,3% das reclamações recebidas pelos Procons. A ANS, por sua vez, também recebe inúmeras reclamações de consumidores que não são atendidos adequadamente por suas operadoras.

Entendemos que a insegurança jurídica que permeia o setor de saúde suplementar é um dos fatores preponderantes que ocasiona a judicialização da saúde suplementar. Isso se dá porque se trata de um tema complexo, onde a solução dos problemas não está clara nas regras vigentes e, também, por ser uma relação de consumo diferenciada, porque afeta um bem constitucionalmente indisponível que é a vida. Outro ponto é que a prestação da saúde envolve questões que têm impacto econômico e social. Dessa forma, os conflitos, em vez de serem solucionados, perpetuam-se.

A jurisprudência referente aos planos de saúde também não é pacífica: ora as decisões observam os contratos de planos de saúde à luz dos ditames do CDC e do marco regulatório, ora se pautam somente de acordo com as regras regulatórias da saúde suplementar.

As demandas, tanto do Executivo como do Judiciário, sobre a saúde suplementar dizem respeito a negativas de coberturas, descumprimento de contratos, reajustes e diferença regulatória entre planos individuais/familiares e coletivos. Muitas se referem a problemas pontuais, da Lei dos Planos de Saúde e de sua regulamentação, que não se compatibilizam com os princípios que norteiam os comandos do Código de Defesa do Consumidor.

Diante desse cenário que permeia o conflito, urge buscar soluções imediatas para reduzir as demandas judiciais sobre saúde. O ideal é que as soluções para esses conflitos sejam dirimidas no que couber no âmbito do Poder Legislativo e do Poder Executivo, como também pelas operadoras de planos de assistência à saúde e pelos fornecedores de serviços de saúde, de forma adequada e consensual, pautadas na ética e levando em conta a confiança que somente se conquista com respeito, transparência, boa-fé e legalidade.

A judicialização não é a alternativa mais adequada para a garantia dos direitos à saúde dos consumidores. É necessário buscar meios alternativos para a redução dos conflitos.

Como resolver esse impasse? Quais são os desafios que podem contribuir para a desjudicialização da saúde suplementar?

Entende-se que um desses problemas refere-se às falhas na regulação da saúde suplementar, que precisa ser aperfeiçoada para harmonizar as relações entre as operadoras de planos de assistência à saúde e seus consumidores. Pois o que se quer para a regulação é que o foco da atenção esteja centrado no consumidor e voltado para a produção de saúde.

Para tanto, é primordial invocar a sustentabilidade com uma visão holística, na busca do equilíbrio de um desenvolvimento economicamente viável, socialmente justo e ambientalmente correto. O que significa dizer, em outras palavras, com operadoras devidamente remuneradas, prestadores de serviços qualificados, consumidores adequadamente atendidos e o meio ambiente equilibrado, visando a excelência assistencial da saúde.

Em questões ligadas à saúde, o consumidor deve ser considerado pelo fornecedor como paciente, parceiro e aliado, jamais pode ser tratado como adversário, inclusive por ser ele fonte de recursos para a empresa, como também para a economia como um todo.

A prestação da atenção à saúde deve ser humanizada, pois o material com que os fornecedores trabalham é o humano, a pessoa, que deve ter respeitada sua dignidade. O paciente, consumidor, nessas circunstâncias, está fragilizado, pelo que necessita de um tratamento diferenciado.

Outro aspecto essencial é a informação, que deve ser a mais clara e transparente possível, pois nessa sociedade pós-moderna é prioritário a necessidade de manter o diálogo aberto entre todos os atores envolvidos, o que dá a importância da ampliação do debate. O diálogo é a principal ferramenta para a construção de práticas jurídicas e sociais adequadas e responsáveis, levando em conta os valores e os princípios éticos. Pois o diálogo deve ser a base de sustentação do equilíbrio da relação de consumo.

É necessário que esse debate se amplie no intuito de aperfeiçoar o sistema, resolvendo as incompatibilidades legais existentes à luz da lei consumerista. É fundamental que essa discussão seja levada ao Congresso Nacional para aperfeiçoar o marco regulatório, sem que haja retrocessos no que já se avançou.

Outra medida importante como mecanismo da redução de conflitos é a criação de varas e câmaras cíveis especializadas em saúde, onde os juízes devem ter capacitação e formação em saúde. Deve-se também investir nas formas alternativas consensuais, como mediação e conciliação.

Na tentativa de obter soluções para reduzir a judicialização da saúde, algumas iniciativas começam a despontar, tais como os Núcleos de Apoio Técnico e de Mediação (NATs)[4], e.NAT-jus[5] e o consumidor.gov.br[6].

Outro tema que merece ser incorporado ao marco legal é a tipificação dos crimes contra fraudes e desvios de recursos na saúde.

Para que os desafios propostos sejam alcançados, faz-se urgente, a ampliação do debate, com a participação e o envolvimento de todos os atores desse setor. É imprescindível que esse debate se amplie, imediatamente, no intuito da consolidação de um mercado de saúde responsável, transparente, ético e justo, para a efetiva construção de um setor virtuoso, com ganhos positivos, em que todos os agentes possam se beneficiar, buscando o tão almejado equilíbrio econômico, social e ambiental.

Portanto, faz-se urgente uma agenda comum positiva para a sociedade deixar de ser conflituosa e ser mais cordial.

PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS SUBIRAM 382% EM 18 ANOS, APONTA IPEA

G1 – 11/06/2019

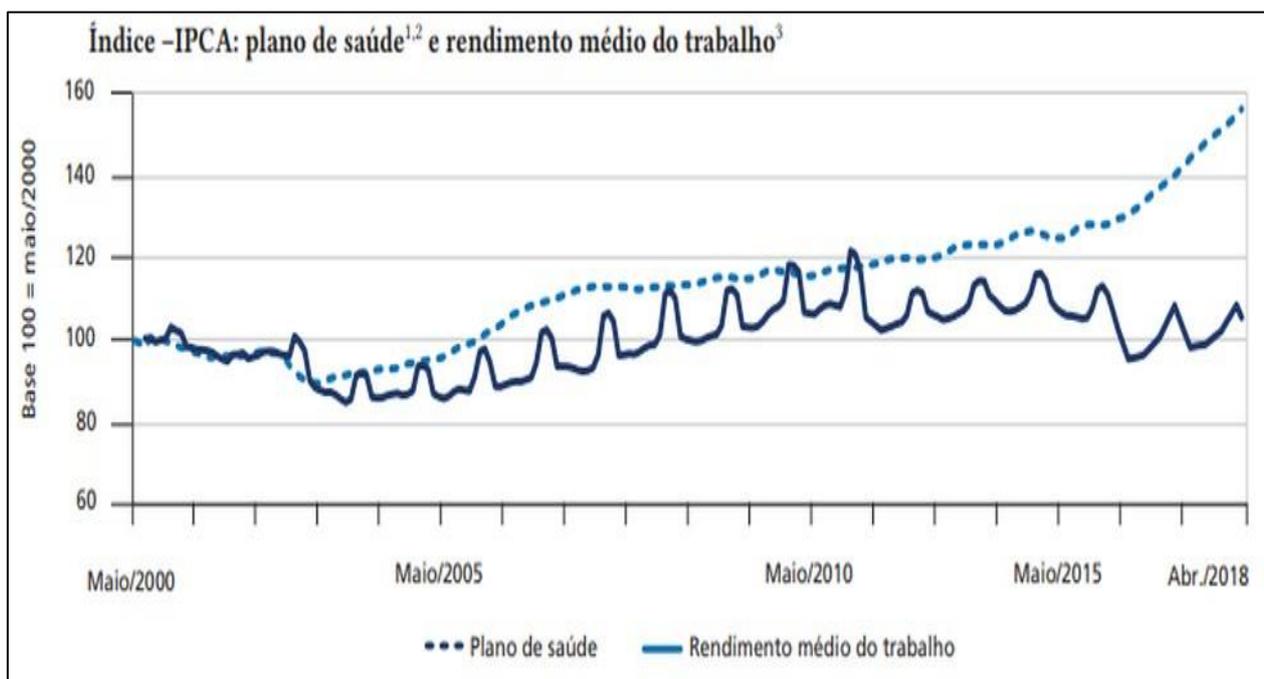
Taxa foi superior à inflação do período, que ficou em 208%, de acordo com o IPCA.

Os planos de saúde pesam mais no bolso do consumidor do que há 18 anos. Segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), os preços dos planos individuais subiram 382% no período, bem acima da inflação, que ficou em 208%.

Segundo o estudo, a diferença é ainda maior em relação à inflação da saúde no período, que ficou em 180% excluídos os reajustes de planos de saúde e cuidados pessoais.

“Em função do aumento do desemprego e da queda da renda, nos últimos quatro anos, mais de três milhões de pessoas deixaram de ter planos de assistência médica”, diz o Ipea em nota.

O levantamento aponta ainda que os preços dos planos de saúde subiram bem acima da renda média dos trabalhadores no mesmo período, **como mostra o gráfico abaixo:**



Dentre os componentes da inflação da saúde, os planos lideraram com folga as altas entre 2000 e 2018. Depois desse item, a maior alta foi registrada em serviços médicos e dentários, de 230%, seguida por produtos farmacêuticos e óticos (165%) e serviços laboratoriais e hospitalares (159%).

“Cabe destacar, o crescimento médio anual dos preços dos planos de saúde (8,71%) foi maior que o dos serviços médicos e dentários (6,45%), dos produtos farmacêuticos e óticos (4,93%) e dos serviços laboratoriais e hospitalares (4,50%)”, diz o Ipea.

ANS

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) afirmou que considera tecnicamente inadequadas as

comparações feitas entre o índice de reajuste dos planos de saúde individuais e índices de preços ao consumidor.

“Conforme ocorre em outros países, os preços dos serviços de saúde tendem a crescer acima da média dos demais preços da economia. Além disso, as despesas com assistência à saúde variam tanto em razão de alterações no preço dos procedimentos (consultas, exames e internações) como em razão de alterações na quantidade e tipos de serviços utilizados. Sendo assim, se entre um período e outro há aumento na realização de exames mais complexos, naturalmente haverá aumento nas despesas assistenciais”, diz a agência em nota.

NOVA VERSÃO DO PADRÃO TISS - MAIO/2019

ANS – 11/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comunica a publicação da nova versão do Padrão TISS - maio/2019, destacando as seguintes atualizações:

- 1) Atualização do componente organizacional, para correção da lista de mensagens do processo de autorização de procedimentos e de três quadros de exemplos de lançamentos, nas regras de envio de dados para a ANS.
- 2) Atualização do componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS) para alteração das terminologias de Medicamentos (tabela 20), Materiais e OPME (tabela 19) e forma de envio de procedimentos e itens assistenciais para a ANS (tabela 64).

As versões dos componentes de Comunicação (03.04.00 e 01.00.00), Conteúdo e Estrutura (201902) e Segurança e Privacidade (201712) ficam mantidas.

Todas as alterações estão descritas no histórico das versões, disponibilizado no portal da ANS, inclusive os arquivos dos componentes da competência maio/2019 do Padrão TISS, conforme previsto no artigo 3º da Instrução Normativa DIDES IN Nº 51/2012.

No Componente de Representação de Conceitos em Saúde (TUSS), os termos têm início de vigência e fim de implantação identificados individualmente.

Conforme publicado neste portal, desde 01/06/2019 a ANS só recebe arquivos na versão 01.00.00.

[Confira aqui](#) o Ofício-Circular nº: 2/2019/COEST/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES, que trata das atualizações do padrão TISS, disponibilizado no PTA/ANS.

Esclarecimentos a respeito do Padrão TISS devem ser solicitados via [Central de Atendimento da ANS](#) ou pelo Disque ANS 0800 7019656.

NÚCLEO BELÉM DA ANS PROMOVE AÇÃO EM SHOPPING DA CIDADE

ANS – 11/06/2019

O Núcleo Belém/PA da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou nos dias 06 e 07 de junho, no Shopping Pátio Belém, a 6ª Edição da Semana de Orientação aos Beneficiários de Planos de Saúde, com amplo atendimento ao público das 10h às 22h.

O evento tem como objetivo levar informações da saúde suplementar aos consumidores, de forma a orientá-los sobre seus direitos e deveres. Nos dois dias de evento foram prestados esclarecimentos a dezenas de pessoas, e os temas mais questionados foram portabilidade de carências e reajuste dos planos de saúde. Também foram distribuídas cartilhas da ANS sobre temas de interesse do consumidor.

De acordo com os dados da Sala de Situação da ANS, disponíveis no portal da agência, é crescente o número de beneficiários de planos de saúde no Pará. Em abril deste ano, havia 806 mil beneficiários em planos de assistência médica (14,5 mil a mais em relação a abril de 2018) e 424 mil em planos exclusivamente odontológicos (29 mil a mais em relação a abril de 2018).

Além do Pará, o Núcleo Belém, atende a consumidores do Amapá, Amazonas e Roraima, e, assim como os demais Núcleos da ANS existentes no país ([veja os endereços aqui](#)), realiza atendimento aos consumidores de planos de saúde de segunda à sexta, das 8h30 às 16h30. [Saiba mais](#) sobre os canais de atendimento ao consumidor da ANS.

HAPVIDA ANUNCIA ACORDO PARA A AQUISIÇÃO DO RIVAL GRUPO AMÉRICA

Correio Braziliense – 11/06/2019

Ação é mais um passo na estratégia de consolidar sua operação em várias regiões do país

“Temos uma ousada estratégia de aquisições e estamos bem confiantes em que este ano ainda vamos anunciar mais operações.” A declaração do presidente e herdeiro da operadora de planos de saúde cearense Hapvida, Jorge Pinheiro de Lima, no começo de maio, sinalizava um ciclo de grandes negócios para a empresa.

A previsão está se confirmando. Depois de fechar a compra do Grupo São Francisco, um dos maiores conglomerados de saúde do interior paulista, em um negócio de R\$ 5 bilhões, a Hapvida anunciou um acordo para a aquisição do rival Grupo América, de Goiás, por R\$ 426 milhões. Embora seja dada como certa, o fechamento da operação está sujeito à aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), além da aprovação por parte da assembleia-geral de acionistas da companhia.

Com a operação de quase R\$ 500 milhões, o Sistema Hapvida passará a deter, indiretamente, 100% do capital votante das empresas Hospital Jardim América, Hospital Multi Especialidades, Jardim América Saúde, América Clínicas, AME Planos de Saúde, Promed Assistência Médica, Hospital Promed, Clínica de Oftalmologia Jardim América, Centro de Diagnóstico e Laboratório Santa Cecília e 47% do capital votante da empresa Saúde – Instituto de Análises Clínicas.

“A aquisição trará sinergias operacionais relevantes que serão aproveitadas pela companhia, além de expandir geograficamente seu perfil de atuação, intensificando esforços na Região Centro-Oeste do Brasil, em linha com a estratégia de expansão e crescimento da companhia de abrangência nacional”, disse Bruno Cals, diretor-superintendente financeiro e de relações com investidores do Hapvida. Já o presidente Jorge Pinheiro não concedeu entrevista por estar em período de silêncio.

Fundado em 1982, na cidade de Goiânia, o Grupo América tem intensa atuação no setor de saúde suplementar na Região Metropolitana de Goiânia e na cidade de Anápolis, atuando também na prestação de serviços hospitalares, de análises clínicas e diagnóstico por imagem. O Grupo América é a operadora mais verticalizada da região Centro-Oeste, com carteiras de planos de saúde de cerca de 190 mil vidas, cuja receita líquida foi de aproximadamente R\$ 320 milhões, referente ao exercício social encerrado em 31 de dezembro de 2018.

A compra do Grupo América, embora seja menor, é complementar à aquisição do mês passado. Isso porque o Grupo São Francisco vem em ritmo forte de aquisições e deve

seguir nesse patamar nas regiões em que já atua. A Hapvida estima que o negócio vá gerar sinergias na casa dos R\$ 170 milhões ao ano nos próximos quatro anos.

Para financiar a operação, os executivos da empresa contaram que a Hapvida vai emitir, no mercado de capitais, debêntures de R\$ 2 bilhões. Além disso, vai usar recursos em caixa, e o Grupo São Francisco ficou com ações da empresa. Após o negócio, a companhia ainda vai dispor de um caixa de R\$ 500 milhões.

Desde o IPO (oferta pública inicial), em abril do ano passado, as ações da Hapvida subiram 25%. O valor de mercado da empresa, antes do anúncio da aquisição do Grupo América, chegava a R\$ 23,5 bilhões. “As recentes aquisições integram um movimento de consolidação de empresas que já estão bem posicionadas no mercado. Para elas, não existe outro caminho para crescer se não for através de aquisições”, disse o economista Sérgio Melo, presidente da SM Consultoria.

Saúde financeira

O plano de expansão é sustentado por uma invejável saúde financeira. No quarto trimestre do ano passado, a empresa apresentou desempenho impressionante: lucro líquido de R\$ 234,1 milhões, 35,1% acima do mesmo período de 2017. No ano, foi a R\$ 788,3 milhões, o que representa aumento de 21,2% sobre o ano anterior.

O Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) cresceu 2,9%, no comparativo trimestral, para R\$ 270 milhões. No acumulado de 2018, somou R\$ 990 milhões, 11,1% superior ao ano anterior.

As recentes investidas da Hapvida confirmam um período de grande movimentação no ambiente de negócios do país. Há 20 dias, a fabricante brasileira de cosméticos Natura comprou a concorrente americana Avon, tornando-se, assim, a quarta maior empresa do setor no mundo. Há duas semanas, BRF e Marfrig confirmaram que estão em processo de fusão, o que faria do grupo resultante o segundo maior da área de proteínas do Brasil.

Levantamento divulgado na semana passada pela consultoria KPMG confirma que o mercado está aquecido. Segundo o estudo, o número total de fusões e aquisições manteve tendência de crescimento no primeiro trimestre de 2019. Nos três primeiros meses do ano, foram registradas 250 operações, contra 243 do trimestre imediatamente anterior (alta de 3%) e 234 registradas no mesmo período de 2018 (alta de 7%).

Os setores com o maior número de transações no começo do ano foram companhias de internet (53), tecnologia da informação (32), mídia e telecomunicações (13) e companhias de energia (13).

Longevidade das empresas de saúde

O processo de fusão de aquisição no setor de saúde pode ajudar as empresas a ganharem mais musculatura para enfrentar as turbulências no mercado de assistência médica privada. Desde 2015, mais de 3 milhões de pessoas perderam seus planos de saúde, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso é resultado de uma retração de cerca de 1,5 milhão de postos de trabalho.

“O plano de saúde é um produto altamente desejável, mas é sensível às variações de emprego e desemprego”, diz Marcos Novais, economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe).

A explicação é simples. Como a maior parte dos beneficiários tem seu convênio vinculado à empresa em que trabalha, quando as demissões crescem, os planos de saúde naturalmente perdem clientes. Segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), os contratos coletivos empresariais correspondem a 67% do total de planos comercializados. A boa notícia é que, depois de três anos de queda, o número de beneficiários parou de cair no fim do ano passado.

Outra luz para as empresas do setor é a recente alteração da legislação, em vigor desde o início deste mês. As novas regras

valem para portabilidade de planos de saúde, que permitem aos beneficiários de contratos coletivos empresariais a possibilidade de troca de operadora sem a necessidade de cumprir novo prazo de carência para utilizar os serviços médicos.

A determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está na Resolução Normativa 438, que foi publicada em dezembro pela agência reguladora. Outra mudança é a extinção da “janela” para a troca de plano, ou seja, um prazo determinado pela operadora para fazer a mudança.

Migração

A ANS também retirou a necessidade de a cobertura entre os planos antigo e novo ser compatível para fazer a migração, abrindo a possibilidade para a contratação de coberturas mais amplas, mas mantendo a faixa de preço na maioria dos casos. Com isso, o consumidor só precisa cumprir a carência dos serviços a mais que o novo plano oferecer.

O guia de compatibilidade de preços está disponível no site da agência. Para o diretor de normas e habilitação dos produtos da ANS, Rogério Scarabel, a concessão desse benefício para consumidores de planos empresariais era uma demanda importante na regulação do setor, já que a modalidade representa quase 70% do mercado.

CRESCER TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES COM 59 ANOS OU MAIS

IESS – 10/06/2019

No total, 171,9 mil vínculos foram firmados entre as operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e beneficiários com 59 anos ou mais entre abril de 2019 e o mesmo mês do ano anterior. Uma alta de 2,5%. Com isso, esse grupo já totaliza 6,9 milhões de beneficiários no País.

Entretanto, de acordo com a [última edição da NAB](#), apenas esta faixa teve aumento do total de vínculos no período analisado. No total, o setor permaneceu praticamente estável, com ligeira variação positiva de 0,01% ou alta de 5,8 mil beneficiários.

Isso aconteceu porque enquanto o total de beneficiários na última faixa etária avançou, o de beneficiários mais novos recuou. O total de vínculos com beneficiários de até 18 anos recuou 0,4% de abril de 2019 ante abril de 2018. O que representa o rompimento de 45,2 mil vínculos. Já na faixa etária de 19 anos a 58 anos, que responde pela maior parcela de beneficiários no Brasil, registrou recuo também de 0,4%. Em abril de 2018 havia 29 milhões de beneficiários nesta faixa etária e, em abril este ano, 28,9 milhões. Uma perda de 120,9 mil vínculos. Claro, a redução de beneficiários nas duas faixas

não se deve exclusivamente ao rompimento de vínculos com planos de saúde médico-hospitalares, mas também ao envelhecimento da população. Contudo, não há dados para aferir precisamente quantos beneficiários migraram de faixa etária no período.

Também é importante notar que o crescimento acelerado de beneficiários nas faixas etárias mais avançadas simultaneamente ao declínio de beneficiários mais novos pode gerar descompasso financeiro no longo prazo. Especialmente em função do pacto intergeracional. Um critério fundamental para os cálculos atuariais de formação de preço e sustentabilidade financeiro-econômica dos planos de saúde, como já comentamos [aqui no blog](#).

Os números da NAB também estão disponíveis para consulta detalhada, de forma rápida, prática e interativa, no [IESSdata](#). Se você precisa de informações sobre o setor, seja para pesquisas acadêmicas ou para apoiar a tomada de decisões dos gestores de sua empresa, não deixe de conhecer essa importante ferramenta.

IDEC PEDE REGULAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

IDEC – 08/06/2019

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.

PL SOBRE CARÊNCIA PÕE A VIDA ACIMA DOS INTERESSES DOS PLANOS DE SAÚDE

Estadão – 08/06/2019

A aprovação pela Comissão de Assuntos Sociais do Projeto de Lei do Senado (PLS) 502/2017, no sentido de isenção de carência em plano de saúde nos casos de emergência precisa ser devidamente compreendida. Isso porque, de fato, o tema já está resolvido na Lei 9.656/98, artigo 12, inciso V, alínea c, que diz que a fixação contratual dos prazos de carência deve obedecer ao prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura nos casos de urgência e emergência. O mais importante é que o PL altera a isenção de carência em qualquer caso de emergência ou urgência, entendendo que assim vedará aos planos de saúde a negativa de intervenções emergenciais necessárias a sobrevivência do segurado.

Do ponto de vista de prático, do que se passa nos corredores dos hospitais, esse projeto se alinha com o entendimento jurisprudencial dos tribunais, que já deferem automaticamente qualquer pedido de tutela de urgência em face dos planos de saúde, quando negam o atendimento aos que necessitem de atendimento emergencial para “salvar” a sua vida.

Julgados recentes nesse sentido ainda condenam os réus aos danos morais suportados pelos requerentes em face da negativa de cobertura dos planos.

“A recusa indevida à cobertura devida ao contratante de seguro ou plano de saúde gera o dever de reparação do dano moral, pois, mercê deste ilegal proceder, agrava sua situação de aflição psicológica e de angústia. Jurisprudência do STJ e deste TJSP.”

E, ainda, além de já haver Súmula do STJ (103), que considera abusiva a negativa de cobertura em atendimento

de urgência e/ou emergência, toda a jurisprudência dessa casa é também nesse sentido de que:

“Ídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida” (Resp. 466.667/SP, Rel. Ministro Aldir Passarinho Júnior, Quarta Turma, julgado em 27.11.2007, DJ 17.12.2007).

Portanto, o PL torna norma aquilo que até agora era transformado, todos os dias, em briga no plantão judicial.

Mas tem algo melhor. A proposta para alteração da lei cuida da necessidade de clareza nos contratos de seguro de saúde que “omitem” nas entrelinhas os verdadeiros direitos e deveres de ambas as partes, inclusive as carências neles estabelecidas. Agora deverão conter claramente a ISENÇÃO das carências para TODOS os atendimentos necessários em caso emergenciais ou de urgência, preenchendo lacunas ou dúvidas que possam existir nesses contratos.

A cobertura sobressai a situação de real urgência/emergência alheia à vontade do conveniado. Afinal, quando se estabelece prazo de carência para situações de emergência cria-se risco a vida do segurado, onde o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse.

Portanto, o PSL 502/2017, sendo aprovada, colocará a vida acima dos interesses particulares dos planos de saúde.

ANS SUSPENDE VENDA DE 51 PLANOS DE SAÚDE NO PAÍS

ANS – 07/06/2019

A partir do dia 14/06/2019, 51 planos de saúde não poderão ser vendidos ou receber novos clientes em todo o país, por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A medida, anunciada nesta sexta-feira (07/06), é resultado do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha o desempenho do setor e atua na proteção dos beneficiários. Neste ciclo, a reguladora determinou a suspensão temporária da comercialização de planos de 11 operadoras em função de reclamações assistenciais recebidas de consumidores no período, tais como: cobertura assistencial, prazo máximo de atendimento e rede de atendimento, entre outras.

Juntos, os planos atendem cerca de 600 mil beneficiários, que ficam protegidos com a medida e têm mantida a garantia à

assistência regular. Paralelamente à suspensão, a Agência liberou a comercialização de 27 planos de saúde de 10 operadoras que haviam sido suspensos em ciclos anteriores. A liberação indica que esses planos poderão voltar a ser vendidos para novos clientes a partir do dia 14/06/2019.

O Monitoramento da Garantia de Atendimento avalia as operadoras a partir das reclamações registradas pelos beneficiários nos canais da ANS. O objetivo do programa é estimular as empresas a garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS de acordo com o que foi contratado.

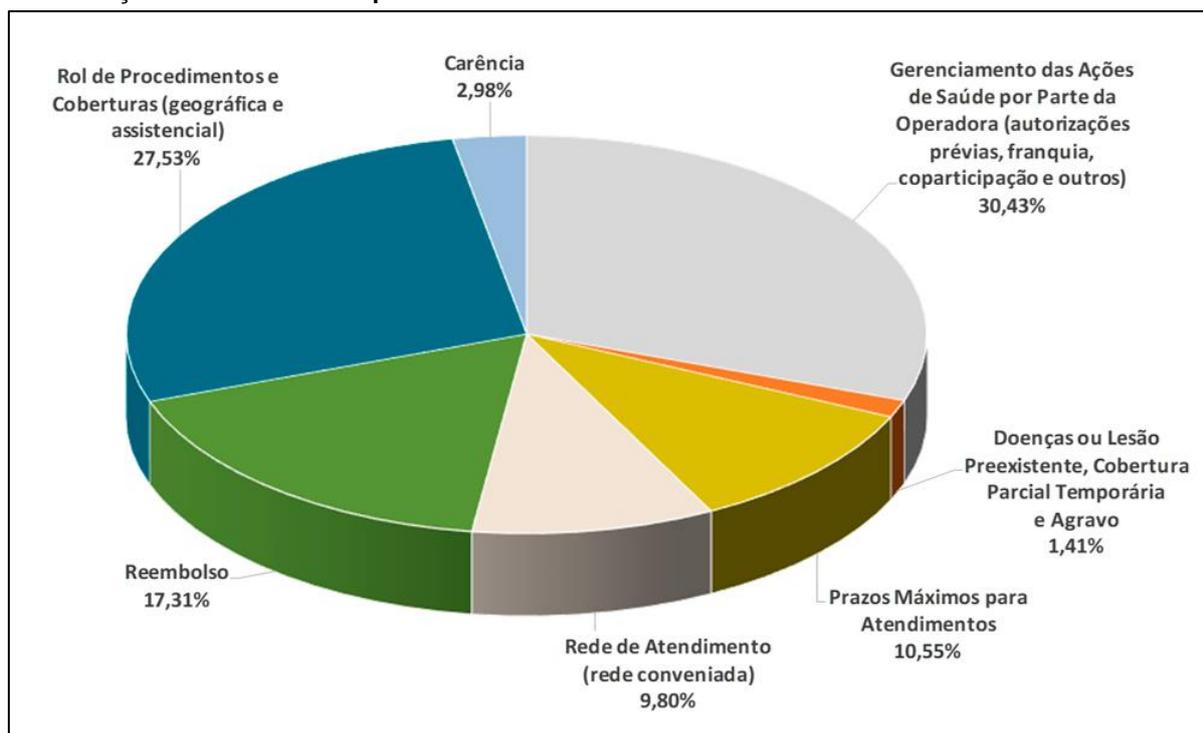
Assim, os planos suspensos só podem voltar a ser comercializados quando forem comprovadas melhorias. “Ao proibir temporariamente a comercialização dos planos que estão sendo alvo de reclamações, a ANS obriga as operadoras se esforçarem para garantir o acesso do beneficiário aos serviços que foram contratados. Somente com a adequação do atendimento, as operadoras poderão receber novos clientes”, explica o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel.

Reclamações

Nesse ciclo, foram consideradas as reclamações (como negativas de cobertura e demora no atendimento) recebidas entre 01/01/2019 a 31/03/2019. No período, foram registradas 19.411 reclamações de natureza assistencial nos canais de atendimento da ANS. Dessas, 18.789 foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento, excluindo-se as demandas finalizadas por motivos como duplicidade.

No período, 93,56% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), índice que regularmente tem se mantido superior a 90% em resolutividade, garantindo resposta ao problema dos beneficiários.

Perfil das reclamações assistenciais no período



Resumo dos resultados do Programa de Monitoramento – 1º trimestre/2019

- 51 planos com comercialização suspensa
- 11 operadoras com planos suspensos
- 598.864 consumidores protegidos
- 10 operadoras com reativação de planos
- 27 planos reativados

[Acesse aqui a lista de planos com comercialização suspensa](#)

[Acesse aqui a lista de operadoras com planos totalmente reativados](#)

[Acesse aqui a lista de operadoras com planos parcialmente reativados](#)

[Veja a classificação de todas as operadoras](#)

[Veja a apresentação com os resultados](#)

Informações detalhadas por operadora e por faixa de classificação

Os beneficiários também podem consultar informações do monitoramento por operadora, conferindo o histórico das empresas e verificando, em cada ciclo, se ela teve planos suspensos ou reativados.

Para dar mais transparência e possibilitar a comparação pelos consumidores, a ANS disponibiliza ainda um panorama geral com a situação de todas as operadoras, com a classificação das empresas nas quatro faixas existentes (que vão de 0 a 3).

[Clique aqui e faça a consulta por operadora de plano de saúde.](#)

PLANOS ODONTOLÓGICOS AVANÇAM, JÁ OS MÉDICO-HOSPITALARES PERMANECEM ESTÁVEIS

IESS – 07/06/2019

Mais de 1,6 milhão de beneficiários passaram a contar com planos exclusivamente odontológicos em abril de 2019 ante o mesmo mês do ano anterior. Segundo a [última edição da NAB](#), o segmento cresceu 7,1% no período analisado, totalizando 24,6 milhões de vínculos no País.

O maior avanço ocorreu no Sudeste, que registrou 1,1 milhão de novos vínculos, com destaque para Rio de Janeiro e São Paulo. No Rio de Janeiro foram registrados 409 mil novos beneficiários, o que elevou o total de vínculos no Estado de 2,9 milhões para 3,3 milhões, alta de 14,2%. Já em São Paulo, o incremento registrado foi de 5,2%, levando a base no Estado de 8,3 milhões para 8,7 milhões, com 429,6 mil novos vínculos.

Além de serem mais acessíveis do que os médico-hospitalares, os planos exclusivamente odontológicos têm sido, cada vez mais, ofertados pelos contratantes como forma de atrair e reter talentos. Então, com o aumento registrado pelo Caged no saldo total de postos de trabalho com carteira assinada em abril, é natural que a procura por esses planos também avance. Além disso, com mais pessoas empregadas, também aumenta a capacidade de as famílias contratarem esses planos com recursos próprios.

Embora os planos exclusivamente odontológicos avancem com vigor, os planos médico-hospitalares começam a sentir os efeitos desse saldo positivo do emprego em abril, mês em que apresentaram o primeiro avanço, desde novembro de 2018, de 59,1 mil novos beneficiários comparado com março.

Já na comparação anual, o número de beneficiários ficou estável, com avanço de apenas 5,8 mil novos vínculos nos 12 meses encerrados em abril de 2019 (aumento 0,01%). Apesar de o segmento apresentar um crescimento ainda pouco expressivo, o resultado pode ser comemorado, especialmente após o período de forte perda em 2015 e 2016, de mais de 3 milhões de vínculos. Vale lembrar, em dezembro de 2014 o setor contava com mais de 50 milhões de beneficiários.

Esperamos que o movimento de abril tenha continuidade daqui para a frente e, se o mercado de trabalho continuar neste ritmo, a contratação de planos de saúde médico-hospitalares tende a avançar e engatar o processo de retomada dos beneficiários perdidos. Claro, essa não será uma jornada rápida.

CÂMARA FINALIZA REUNIÕES SOBRE CONTRATUALIZAÇÃO DE PLANOS

ANS – 06/06/2019

Nesta quarta-feira (05), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concluiu os trabalhos da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), espaço técnico que desde dezembro de 2018 debate problemas regulatórios oriundos desta relação com representantes de operadoras, prestadores e entidades de defesa do consumidor. No total, foram realizadas cinco reuniões e uma [audiência pública](#), em março deste ano.

Ao longo dos encontros, a ANS abordou temas como remuneração de procedimentos, pagamentos por pacotes e tabelas, casos de glosa (cobrança contestada) e não-pagamento e outras dificuldades relacionadas à negociação contratual. A Câmara Técnica teve a finalidade de colher subsídios para avaliação da necessidade de revisão e aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre as operadoras e prestadores de serviços. A proposta é uma regulação mais indutiva do que interventiva, primando pela adoção de boas práticas na relação entre as partes, com fomento à transparência, à negociação e à mitigação dos conflitos.

“Todas as contribuições que recebemos na CATEC servirão para enxergarmos com clareza a dimensão desse tema. Há

barreiras jurídicas e legais que inviabilizam a implementação de medidas esperadas por ambas as partes, mas a partir dos subsídios colhidos a Agência poderá se aprofundar e fundamentar suas propostas para novamente apresentá-las aos membros da câmara, antes que qualquer medida regulatória seja adotada”, reforçou o diretor Rodrigo Aguiar, à frente da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS. Também participou da agenda o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, que garantiu a sinergia entre diretorias para a construção do tema e avanço do setor.

Na reunião, o gerente Gustavo Macieira retomou item sobre a proposta da agência reguladora de estudar as glosas e não-pagamentos e com relação ao reajuste anual do pagamento dos prestadores pelas operadoras, apresentando as opções propostas pelo grupo e consideradas viáveis pela equipe técnica da ANS, dentre as quais será escolhida, após avaliação de cada um dos impactos, aquela a ser incluída na proposta final da CATEC. O diretor-adjunto de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira, explicou que a reguladora entende ser necessária mais transparência nos contratos. “A legislação é clara, mas é possível trazer

cláusulas mais assertivas em contrato, reforçando o espírito da lei e atendendo à demanda do setor”, disse.

Uma das propostas oriundas da CATEC é a atualização do canal de relacionamento entre prestadores e operadoras. O canal já existe, mas hoje é executado de forma analógica. A ANS quer digitalizar todo o processo, do registro até o retorno dado pela operadora, qualificando o processo. Para isso, será definida uma agenda na reguladora para a realização da mudança e aplicada análise de impacto regulatório, de modo a fundamentar a atualização. Também foi abordada na última reunião a rescisão contratual, tema que provoca grande divergência entre as partes.

O BRASIL PRECISA DA TELEMEDICINA

IESS – 06/06/2019

Ontem, [aqui no Blog](#), lançamos o TD 74 – “[A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos](#)” apresentado durante o Seminário Internacional de Saúde da População, organizado pelo Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getulio Vargas (FGV). Hoje, queremos apresentar duas das experiências reportadas no estudo e que demonstram a importância deste recurso, tanto para saúde suplementar quanto pública.

A primeira delas aconteceu na China. Um projeto local que durou de 2003 a 2012 conectou 249 hospitais na região rural de Sichuan, que conta com uma população de 81,1 milhões de pessoas, a 112 centros altamente especializados localizados na capital. Durante o período, foram realizadas quase 12 mil teleconsultas dedicadas principalmente ao diagnóstico de neoplasias, lesões e doenças cardiovasculares. Como resultado, 39,8% dos diagnósticos originais realizados nos hospitais rurais foram modificados após a consultoria com os hospitais especializados e 55% dos tratamentos originais foram alterados. Ou seja, a telemedicina influenciou diretamente a qualidade assistencial.

Do ponto de vista financeiro, o projeto também teve ótimos resultados: gerou uma economia líquida de cerca de US\$ 2,3 milhões para pacientes (que não precisaram se deslocar para outros locais para serem atendidos) e de US\$ 3,7 milhões para especialistas (que não precisaram se deslocar entre cidades para completar o diagnóstico ou validar o tratamento).

Já os benefícios de teleconsultas (relação direta entre médico e paciente) – que ainda carecem de regulação no Brasil, vale lembrar – podem ser observados em um projeto conduzido nos Estados Unidos, entre julho de 2012 e julho de 2014, que possibilitou que 296 pacientes veteranos de guerra que

Com a conclusão da Câmara Técnica, a ANS vai preparar um relatório com os entendimentos e encaminhamentos regulatórios. O documento será apresentado aos membros do grupo e, posteriormente, à toda a sociedade. Além de representantes de operadoras e prestadores, participaram de reuniões da CATEC integrantes do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), do Ministério Público Federal (MPF), da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) e do Ministério Público do Consumidor (MPCON).

moram em zona rural da Flórida realizassem 755 consultas com especialistas em oncologia de grandes centros urbanos. Os pacientes tiveram uma redução de 80,7% na distância percorrida ao se consultar em um centro médico local ao invés de se deslocar para a instalação especializada em Miami. O que resultou em uma economia de US\$ 155,6 mil (US\$ 88, 4 mil em deslocamento e US\$ 67,2 mil em hospedagem).

Além disso, uma pesquisa de satisfação com os pacientes revelou que eles concordaram quase unanimemente que puderam receber todos os benefícios de uma consulta presencial por meio da telemedicina, incluindo a revisão de resultados de exames, aconselhamento adequado sobre sua doença e discussão dos riscos e benefícios de diferentes opções de tratamento.

Nos parece claro que as novas tecnologias estão aumentando, cada vez mais, as possibilidades para a telemedicina, inclusive para a realização de teleconsultas. Por isso, apesar de entendermos a decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM) de suspender a resolução 2.227/2018 em função do volume de mudanças sugeridas, acreditamos que é fundamental retomar agenda de regulação dessa possibilidade de atendimento. Ainda que em um primeiro momento alguns profissionais se incomodem com a nova realidade.

Se considerarmos o potencial deste recurso para levar atendimento assistencial de qualidade para brasileiros em regiões afastadas, como áreas rurais e a Amazônia, por exemplo, a iniciativa se torna ainda mais importante não apenas para a Saúde Suplementar, mas também para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Resumindo, o Brasil precisa da telemedicina.

ATENÇÃO À SAÚDE DO CLIENTE É PREMISA BÁSICA PARA SUSTENTABILIDADE DE UMA OPERADORA DE SAÚDE, AFIRMA ESPECIALISTA

Terra – 05/06/2019

Os planos de saúde continuam perdendo clientes. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de dezembro (2018) a março, deste ano, as operadoras perderam um total de 212.595 beneficiários. Para mudar essa realidade, gestão e organização da atenção à saúde dos usuários são medidas urgentes que podem garantir sustentabilidade, segundo a especialista em Saúde Suplementar, Luciana Rodriguez Teixeira de Carvalho.

“O maior problema é que as Operadoras de Planos de Saúde permanecem pautadas na fragmentação de seus serviços e programas, de suas ações e de práticas clínicas pouco definidas, o que vem a ocasionar discrepância entre a oferta de serviços e as reais necessidades de atenção ao cliente”, destaca Luciana.

Estudos apontam que os custos do benefício de assistência médica fornecido pelos empregadores aumentem, ainda mais, em 2019, de acordo com uma pesquisa realizada pela Willis Towers Watson envolvendo seguradoras, que atuam no segmento de saúde. O alto custo da tecnologia médica, o uso excessivo e a prescrição exagerada de serviços são os principais responsáveis por esse aumento. De acordo com o levantamento da Global Medical Trends 2019, as seguradoras de saúde estão projetando, para 2019, um aumento de 7,6% do custo médico global, um aumento pouco maior que os 7,1% de 2018. Para o Brasil, esse índice deve ser de 15,3%, representando quase quatro vezes a taxa geral de inflação.

Para a especialista, o mercado precisa investir em uma gestão de cuidado do seu cliente por meio de uma rede organizada, que permite o acompanhamento desde o seu acolhimento até a sua reabilitação final. “Esse é o único caminho possível de se alcançar o que se almeja. É preciso estabelecer fluxos de atendimentos assistenciais seguros e garantidos ao seu cliente. Pensemos em uma linha de trem com suas estações interligadas e bem monitoradas”, avalia Luciana.

Doutora em Bioética pela UNB, Luciana Rodriguez Teixeira de Carvalho ressalta que a solução passa pela reinvenção das atuais estruturas implementadas, além da alteração de fluxos e processos. “É preciso construir uma rede específica para atender seus clientes definindo as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede considerando os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) tornando-se efetiva o cumprimento da linha do cuidado”.

“Outro ponto que cabe destacar é a necessidade de se estabelecer protocolos baseados em evidências, que é o conjunto de atos assistenciais pensados e validados para resolver determinado problema de saúde do cliente”, diz Luciana.

Em relação as linhas de cuidados estabelecidas, de acordo com a Dra. Luciana, as ações de gestão da assistência devem atuar centradas, exclusivamente, nas necessidades dos seus clientes e respeitando suas peculiaridades: “Para cada morbidade há a definição da modalidade de atendimento específico a oferecer, bem como os procedimentos necessários e ratificados seja para prevenir, detectar ou tratar precocemente. O cumprimento das linhas do cuidado serve, basicamente, como um roteiro a seguir para orientar os profissionais de saúde os tornando, inclusive, mais eficientes no controle e no tratamento das doenças, além dos pontos de atenção que são corresponsáveis no processo assistencial”.

Luciana encerra reforçando a importância de um monitoramento eficaz para garantir referências qualificadas entre a rede estabelecida. “É preciso estabelecer todo o cuidado por meio de fluxos na rede, seja de apoio diagnóstico e terapêutico ou dos serviços de urgência, emergência e hospitalares”, finaliza.

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.