

ÍNDICE INTERATIVO

[Realidade tributária do setor da saúde é apresentada em estudo](#) - Fonte: Jornal do Comércio

[Aviso de inadimplência com plano de saúde pode ser entregue a terceiro](#) - Fonte: Conjur

[Operadoras querem planos de saúde com cobertura para doenças específicas](#) - Fonte: Estadão

[Como deveria funcionar a telemedicina?](#) - Fonte: IESS

[ANS recebe menção honrosa no II Prêmio FGV Direito Rio – Melhores práticas em regulação](#) - Fonte: ANS

[Saúde é uma só e não pode estar fragmentada entre SUS, saúde privada e saúde ocupacional, afirma especialista](#) - Fonte: Saúde Business

REALIDADE TRIBUTÁRIA DO SETOR DA SAÚDE É APRESENTADA EM ESTUDO

Jornal do Comércio - 23/10/2019

Em novo estudo sobre a realidade tributária no setor da saúde, no período compreendido entre os anos de 2013 a 2018, realizado a pedido da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Confederação Nacional de Saúde, o Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT) revela como os tributos afetam o acesso a serviços de extrema importância para os brasileiros, especialmente a saúde. "Embora a saúde seja um direito fundamental, verifica-se que a carga tributária incidente nos produtos da saúde é extremamente elevada. Ela dificulta que o governo cumpra o que determina a Constituição Federal", diz o advogado tributarista e coordenador de estudos do IBPT, Gilberto Luiz do Amaral.

A tributação no setor é incoerente e facilmente demonstrada, uma vez que os medicamentos para uso humano têm uma carga tributária de 33,87%, uma ambulância 35,56%, aparelhos de raio-X ultravioleta ou infravermelho 40,30%, ou, ainda, uma cama hospitalar com carga tributária de 42,78%.

O peso dos tributos é grande, em especial para as empresas privadas; elas são responsáveis por 95,11% de toda a arrecadação tributária do setor, a sua carga tributária correspondeu, em 2017, a 38,44%, e, no ano de 2018, foi de 39,55% do PIB do setor saúde.

Para se ter uma ideia, a arrecadação tributária nas três esferas de governo, o setor apresentou, ao longo dos anos estudados, um crescimento significativo. Em 2014, era de R\$ 77,7 bilhões, passando para R\$ 83,8 bilhões no ano de 2015. Em 2016, foi na ordem de R\$ 89,7 bilhões. Nos anos de 2017 e 2018, a arrecadação tributária do setor saúde foi de R\$ 95,9 bilhões e de R\$ 103,6 bilhões, respectivamente.

Grande parte dessa arrecadação se dá pela maior incidência de tributos federais, os principais são o Imposto de Renda Pessoas Jurídicas (IRPJ), o Programa de Integração Social (PIS), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e a Contribuição Previdenciária. "Toda essa carga tributária é responsável pelo fechamento de hospitais, falta de investimentos em tecnologia médica e impossibilidade do aperfeiçoamento ao atendimento do cidadão", afirma Amaral.

Para demonstrar essas dificuldades, no período compreendido entre os anos de 2010 e 2019, foram abertos 1.567 hospitais privados no Brasil, enquanto houve o fechamento de um total de 2.127 hospitais privados. A maioria destes hospitais fechados está localizada na região Sudeste, especialmente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, no interior (66,7%), em municípios de grande porte - com mais de 500 mil habitantes - (38,5%). Além disso, são hospitais gerais (63,5%) de até 50 leitos (69,9%), que não atendem o SUS (50,8%) e, em sua grande maioria, são privados com fins lucrativos (73,3%).

O estudo técnico foi desenvolvido no intuito de mensurar, identificar possibilidades e vislumbrar alternativas que permitam o crescimento e a reestruturação da rede hospitalar no Brasil, e está disponível para consulta no site do IBPT (www.ibpt.com.br).

AVISO DE INADIMPLÊNCIA COM PLANO DE SAÚDE PODE SER ENTREGUE A TERCEIRO

Conjur - 22/10/2019

O princípio da boa-fé que norteia o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil deve ser respeitado pelos fornecedores e prestadores de serviços. Quanto a isso, não há muita discussão – ou nenhuma.

Mas, quando se trata do cumprimento do princípio por parte do consumidor, esse (des)respeito pode – infelizmente – ser mitigado para justificar um benefício paternalista, fruto da nossa cultura protetiva reforçada por aquele Diploma.

Para exemplificar e direcionar o raciocínio da exposição, destaco a exigência trazida pelo artigo 13, parágrafo único, II, da Lei Federal 9.656/1998, que trata sobre a possibilidade de extinção do contrato de plano de saúde individual ou familiar em caso de inadimplemento do consumidor.

Diz o texto que é vedada “a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência”.

Parte da jurisprudência entende que o consumidor deve ser pessoalmente notificado da sua mora, concedendo-lhe, por conseguinte, prazo para a quitação da mensalidade atrasada. É sobre esse fato que pretendo trazer o debate e a hermenêutica em dias atuais.

Segundo levantamento realizado em 2018, aproximadamente 33% da população brasileira reside em

condomínios. Grande parte, também, não está em sua residência durante o horário comercial.

A boa-fé citada logo no início da exposição trata da lisura e da veracidade das informações declaradas pelo consumidor ao aderir um contrato – aqui especificamente de plano de saúde, tanto quanto à sua saúde quanto ao seu endereço residencial e para recebimento de correspondências. É responsabilidade dele, também, dar ciência de eventual alteração ou mudança de endereço a todos os seus contratantes (cartão de crédito, concessionárias de serviços, plano de saúde, órgãos de classe etc.).

Alguns entendimentos são extraídos sobre a validade da notificação remetida para o consumidor inadimplente, cuja assinatura no aviso de recebimento (AR) está aposta por um terceiro, no seu próprio endereço residencial declarado.

A Lei Processual trouxe norte para o debate em seu artigo 274, parágrafo único, ao afirmar que “presumem-se válidas as intimações dirigidas ao endereço constante nos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir das juntadas aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço”.

Esse entendimento pode ser aplicado, por analogia, ao caso da notificação de inadimplemento nos contratos de planos de saúde individuais e familiares, entendendo-se como válida a notificação do consumidor no endereço constante em seu contrato (ou substituído durante o seu curso), mesmo que tenha sido recebida por terceiro.

Para reforçar o direcionamento da opinião e valendo-se do princípio da boa-fé, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Súmula Normativa 28, de 30 de novembro de 2015, que expõe o entendimento do órgão regulador do governo sobre a validade da notificação do consumidor de plano de saúde individual ou familiar em caso de inadimplemento.

Deixou claro a ANS que “no caso de notificação por via postal com aviso de recebimento, entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se, até prova em contrário, que o consumidor contratante foi notificado, não sendo necessária a sua assinatura no aviso de recebimento”.

Interpretação análoga pode ser extraída da notificação obrigatória decorrente de mora em contratos de financiamento, com garantia fiduciária[1]. O Superior Tribunal de Justiça consolidou, há tempo, jurisprudência sobre o assunto e firmou o entendimento de que a necessidade de notificação extrajudicial do devedor, para caracterizar a mora, pessoalmente, é dispensável, bastando ela ter sido encaminhada e recebida no endereço constante do contrato[2].

Outro raciocínio semelhante deu origem à Súmula 404 daquele Superior Tribunal. Diante da judicialização excessiva

sobre a negatização do nome do consumidor em cadastros de restrição ao crédito, e com o fito de direcionar as discussões e decisões nos tribunais[3], o STJ esclareceu que “é dispensável o aviso de recebimento (AR) na carta de comunicação ao consumidor sobre a negatização de seu nome em bancos de dados e cadastros”.

Alguns anos antes da sedimentação do assunto por parte do STJ, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, naquele mesmo sentido, publicou a Súmula 93[4] e sacramentou que é desnecessária a comprovação do recebimento da comunicação do devedor inadimplente através do aviso de recebimento (AR), bastando prova da postagem ao endereço constante no contrato e fornecido pelo consumidor.

Se trouxermos a questão para a comunicação do consumidor inadimplente através de mensagem eletrônica (e-mail ou correio eletrônico) ou SMS, valeria, ao meu sentir, a mesma orientação traçada nos parágrafos acima destacados, desde que tais endereços e números de telefones correspondessem aos informados pelo consumidor quando da assinatura do contrato.

A hermenêutica que faço das normas utilizadas para essa opinião (Lei Federal 9.656/98, artigo 13, parágrafo único, II; CDC, artigo 43, parágrafo 2º; CPC artigo 274, parágrafo único; Decreto-Lei 911/69, artigo 2º, parágrafo 2º) não obriga que as comunicações direcionadas aos consumidores inadimplentes devem, obrigatoriamente, ser entregues pessoalmente. Nenhum dos textos destacados traz essa exigência.

Por isso, aplicando-se o princípio constitucional da legalidade (artigo 5, II da CRFB), não há qualquer obrigatoriedade estampada na Lei dos Planos de Saúde e no CDC (aplicado subsidiariamente por força do artigo 35-G da LPS) da comunicação pessoal ao consumidor inadimplente.

Há, porém, a obrigação de remessa do comunicado ao consumidor, bastando, para tal, a prova do respectivo envio ao endereço fornecido no contrato.

O Direito é uma ciência subjetiva, cujas normas abertas podem trazer interpretações diversas por parte dos profissionais e da jurisprudência. Além disso, as rápidas mudanças que nos cercam em dias atuais merecem reflexões constantes, com o objetivo de adequar processos e entendimentos uniformes, trazendo cada vez mais segurança jurídica para toda a sociedade.

O que não pode ser admitido é a violação ou o questionamento desse princípio basilar do Direito, criando paradoxos que atinjam diretamente mercados e a própria economia do país.

A interpretação das normas deve ser única, mesmo diante de eventuais subjetividades. Somente assim o Poder Judiciário conseguirá garantir a todos, uniformemente, deveres e direitos, mitigando a judicialização.

OPERADORAS QUEREM PLANOS DE SAÚDE COM COBERTURA PARA DOENÇAS ESPECÍFICAS

Estadão – 18/10/2019

Setor enviou para o governo e congresso proposta que flexibiliza as regras que regulamentam os planos individuais

Congresso e governo receberam de operadoras de saúde uma proposta para abrandar as regras que regulamentam o setor. A ideia apresentada pelo grupo é facilitar a oferta de planos individuais, permitindo a criação de contratos com menor cobertura e mensalidades mais baixas. Caso a solicitação seja atendida, será possível a oferta de planos para atender apenas determinados tipos de doença – como cardíacas ou renais – ou para procedimentos específicos. A ideia é fazer uma espécie de “pay-per-view” da saúde, em que clientes montam o plano de atendimento conforme seu interesse e pagam de acordo com as opções que incluírem.

Se a proposta for aceita, poderá haver no mercado planos que não façam atendimento para câncer ou problemas renais, por exemplo. Pacientes que necessitarem o tratamento e não tiverem previsão de cobertura, terão de recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Especialistas em saúde preventiva e direito do consumidor ouvidos pelo Estado dizem temer que, uma vez aceita essa modalidade, planos deixem de colocar no mercado modalidades de coberturas que impliquem tratamentos muito caros. Ou, então, que cobrem para esses contratos preços proibitivos.

Pela proposta, esses novos contratos não responderiam às regras atuais para o reajuste. Os percentuais seriam determinados caso a caso, de acordo com a característica de cada carteira.

Operadoras reivindicam ainda o fim da proibição do reajuste por idade para usuários com mais de 60 anos, a possibilidade de o setor privado “alugar” equipamentos do SUS para atender seus clientes, a permissão do uso da telemedicina, prazos mais longos para a regra que fixa um limite de espera para a obtenção de uma consulta ou terapia e punições mais leves em caso de descumprimento.

Uma carta com as diretrizes gerais foi encaminhada para o presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia (DEM-RJ). O assunto também já é debatido por um grupo restrito de parlamentares. De acordo com assessores de Maia, ele ainda não fez uma análise aprofundada do tema. A intenção de operadoras de saúde é de que a pauta comece a ser debatida tão logo a reforma da Previdência seja concluída.

O Estado apurou que parte das mudanças conta com o apoio do ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que no passado foi presidente da Unimed. O setor tem ainda com outro aliado no governo: Rogério Marinho, atual secretário

especial de Previdência. Há dois anos, durante seu mandato de deputado federal, Marinho foi relator de um projeto na Câmara dos Deputados para reformular a Lei de Planos de Saúde.

Em vigor desde 1998, a lei de planos fixa garantias mínimas de atendimento para usuários. Atualmente não é permitida a existência de planos segmentados, que ofereçam, por exemplo, apenas alguns tipos de consultas. Há ainda a garantia de acesso a um rol mínimo – uma lista de exames e terapias que são de oferta obrigatória. O rol é atualizado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O relatório apresentado por Marinho apresentava muitas semelhanças das sugestões agora feita pelas operadoras de saúde. Na época, no entanto, a discussão não avançou em virtude de resistência de empresas que atuam como administradoras de planos. Em nota, a Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab) nega ter oferecido resistência na época, afirma ser a favor “do debate aberto e transparente” e diz atuar para “preservar os interesses dos consumidores”. Questionada pelo Estado sobre se apoiou o relatório de Marinho, a entidade não se manifestou.

O presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), Reinaldo Scheibe, avalia que o relatório inicial era muito extenso, o que aumentava os riscos de pontos divergentes. A estratégia do setor, agora, é apresentar uma proposta enxuta, com pontos que todos integrantes do setor estejam de acordo.

O Estado teve acesso à carta encaminhada para o Legislativo com as principais reivindicações. Com 11 páginas, o documento sugere ainda a reativação do Conselho de Saúde Suplementar, uma instância que, para analistas, esvaziaria as atribuições da ANS. Caberia ao conselho definir as estratégias principais do setor, incluindo as regras para reajustes de planos.

Especialistas veem risco

Especialistas ouvidos pelo Estado consideram o conjunto de propostas uma ameaça para o usuário.

“Planos segmentados são um engodo. Não há como fragmentar a saúde”, afirma o professor da Universidade de São Paulo (USP) Mário Scheffer, especialista na área. “Muito menos saber que tipo de doença você pode estar suscetível”, completou.

A proposta das operadoras é que planos individuais possam ter o que Scheibe classifica como “plano de entrada”. São planos que oferecem, por exemplo, apenas consultas. Aqueles interessados em ter uma assistência maior,

poderiam agregar módulos – seja por especialidade médica, seja por tipo de atendimento – internação ou consultas com médicos especialistas.

“É uma forma de garantir plano de saúde para aqueles que atualmente dependem exclusivamente do SUS”, afirma a diretora executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Valente. Segundo ela, a criação de planos limitados a determinados tipos de patologia não é a proposta da FenaSaúde. O modelo considerado plausível pela federação seria criar módulos, que permitissem planos apenas de consultas, planos de cobertura de todas as especialidades, planos de internação e, ainda, a possibilidade de combiná-los – o que a entidade batiza como planos “customizados”.

A federação representa 15 grupos de operadoras de planos, que representam 36% do mercado e defende as alterações. Na próxima semana, num evento organizado pela federação, as mudanças serão apresentadas formalmente. Mandetta e Marinho estão na lista de palestrantes.

Para a professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Lúgia Bahia, a proposta de planos segmentados altera a relação do mercado de seguros.

“Quando sofre um acidente, o reembolso do seguro ocorre qualquer que seja o outro carro envolvido, caminhão, moto ou outro veículo. A proposta agora apresentada é como se você somente recebesse atendimento se o seu veículo tivesse batido em outro carro”, compara.

Lúgia considera que a regra seria trágica quando aplicada para a área da saúde.

“Uma criança com crise de asma, por exemplo. Se ela tem um plano simples, ela não teria atendimento no hospital. Será que isso de fato é o que uma família gostaria?”

De acordo com Vera Valente, pesquisas indicam que uma dos maiores sonhos da população brasileira é ter um plano de saúde. Com as regras atuais, afirma, não há como ofertar um contrato com preços mais acessíveis a essa população que hoje depende do Sistema Único de Saúde. O professor da USP, contudo, afirma que um contrato de abrangência limitada estaria longe de atender esse sonho, muito menos de evitar uma fila de espera no Sistema Único de Saúde.

“A satisfação vai até esse usuário precisar de fato de um atendimento mais complexo”, disse Scheffer.

Como o plano de saúde não apresenta cobertura maior, no momento da identificação da doença mais grave, o cliente teria de recorrer novamente ao SUS. E enfrentar as filas que tanto ele gostaria de evitar.

O presidente da Abramge admite que planos “porta de entrada” não resolveriam o problema de acesso a

procedimentos mais caros nesse momento. Mas ponderou que a maior parte dos atendimentos pode ser resolvida na atenção básica. “Estimamos que 80% possam ser resolvidos ali”, disse Scheibe.

Presidente do Conselho Diretor do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), Marilena Lazzarini, considera a proposta como um todo extremamente preocupante.

“Significaria voltarmos ao caos que prevalecia antes da lei que regulamenta o setor, de 1998”, afirmou.

Marilena argumenta, por exemplo, que planos segmentados não atendem às necessidades dos usuários.

“Todos sabemos que é impossível prever o que pode acontecer com nossa saúde; um acidente que podemos sofrer, uma doença inesperada, como um câncer”, lembrou.

Ela critica ainda a liberdade para praticar reajustes abusivos e o “aluguel” de instalações do SUS. Scheibe afirma haver aparelhos ociosos. Para Lúgia, no entanto, essa justificativa não faz sentido.

“O argumento não é justamente tentar reduzir a demanda do SUS, desafogar? Como será feito isso justamente usando a infraestrutura pública?”

Procurado, o ministro da Saúde afirmou que não teria como comentar as propostas. Mandetta argumentou que planos são de responsabilidade da ANS, quando envolvem resoluções e normas para o setor e o Congresso Nacional, quando o assunto é relacionado à legislação.

Veja abaixo as reivindicações das operadoras de planos de saúde:

- Estímulo ao formato de coparticipação
- Permissão de venda de coberturas específicas por tratamento e procedimento
- Revisão da tabela de prazos máximos obrigatórios para consultas e serviços
- Revisão das punições para caso de descumprimento de prazos
- Institucionalização da segunda opinião para pacientes com indicação de órteses, próteses e materiais especiais
- Adoção de mecanismos que permitam a revisão de contratos individuais
- Revisão da política de reajustes para que mensalidades reflitam a evolução de custos assistenciais
- Reativação do Conselho de Saúde Suplementar

COMO DEVERIA FUNCIONAR A TELEMEDICINA?

IESS – 17/10/2019

O TD 74 – “A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos” – destaca o potencial de uso de telemedicina com base em sua utilização por outros países, como China e Estados Unidos, [já comentadas aqui](#). Mas como isso poderia ser aplicado aqui, se as teleconsultas estivessem reguladas?

Acreditamos que a tecnologia traria grandes benefícios para o sistema de saúde nacional, tanto público quanto privado. O mais fácil de ser notado seria a diminuição dos espaços ou, sendo mais preciso, a redução do tempo de deslocamento e das dificuldades enfrentadas para conseguir uma consulta. Especialmente para os brasileiros que moram mais afastados dos grandes centros, em regiões rurais ou em meio à Amazônia, por exemplo.

Imagine ter que enfrentar horas de estrada, de barco ou precisar pegar um avião para se consultar em um centro médico. Se o problema for realmente grave, ok. Era algo necessário. Mas como saber se uma febre é motivada apenas por um resfriado ou outra doença mais perigosa? A resposta, claro, é “consultando um médico”. Exatamente por isso, acreditamos que é preciso democratizar o acesso aos serviços de saúde por meio da telemedicina. Imagine que ao invés de se deslocar 2 horas de carro você só precisou andar 15 minutos até o posto mais perto para ser atendido pelo mesmo profissional. Não parece bom?

As experiências internacionais apontam que é possível equipar as regiões mais afastadas com centro de atendimento em que os pacientes sejam acompanhados por enfermeiros e recebam atendimento por telemedicina. E, então, caso seja necessário o deslocamento para um centro especializado, a remoção se daria de forma mais organizada e segura, com o paciente já recebendo cuidados médicos necessários.

Outra vantagem é a redução de custos. Seja para o paciente, que não tem que gastar com deslocamento e, muitas vezes, estadia; seja para o sistema, que não tem que manter uma estrutura mais cara em diversas regiões. O que, acaba se revertendo em mais investimento para ampliar a qualidade assistencial de modo geral ou, ao menos, em uma redução do ritmo de reajustes dos custos de saúde.

Outra vantagem do modelo é estimular a criação de grandes centros de excelência para a realização das teleconsultas e atendimento presencial, caso necessário. Espaços com uma elevada concentração de profissionais e tecnologia que poderiam propiciar o desenvolvimento de estudos e estimular a troca de conhecimento, melhorando a qualidade da saúde como um todo. Mas isso é assunto para outro blog.

ANS RECEBE MENÇÃO HONROSA NO II PRÊMIO FGV DIREITO RIO - MELHORES PRÁTICAS EM REGULAÇÃO

ANS – 16/10/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recebeu, nesta segunda-feira (14/10), menção honrosa do II Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação, pelo Projeto Parto Adequado, desenvolvido junto com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI). O projeto, que conta com o apoio do Ministério da Saúde, visa identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar.

Na premiação, a ANS foi representada pelo diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, que destacou a importância do reconhecimento ao projeto. “Para mim, é uma grande satisfação receber essa menção honrosa ao Projeto Parto Adequado. Trata-se de um estudo extremamente importante da ANS, que foi cunhado por muitos anos a partir de um trabalho acadêmico. Ele faz parte do nosso principal foco de ações, que é criar formas inovadoras de regulação para produzir melhores resultados na saúde suplementar”, disse.

Em seguida, a gerente-executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, Ana Paula Cavalcante, apresentou as principais diretrizes do Projeto Parto Adequado. “Atualmente, o Brasil é líder mundial em cesáreas sem indicações clínicas. Para os leigos sobre tema, isso significa dizer que são cirurgias sem necessidade que colocam em risco a saúde da mulher e do bebê. A ANS tem trabalhado para melhor atender o sistema de saúde em matéria infantil, desde 2004. Ao longo do tempo fomos coroados com o Projeto Parto Adequado, que busca coibir os excessos de cesarianas sem qualquer orientação técnica, valorizando as melhores práticas em prol da saúde da mulher”, destacou Ana Paula.

O “Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação”, que é ligado ao projeto de pesquisa Regulação em Números, desenvolvido pelo Centro de Pesquisa em Direito e Economia (CPDE) da FGV Direito Rio, tem como proposta reconhecer e dar destaque às melhores práticas de regulação adotadas por agências reguladoras no Brasil, premiando iniciativas

inovadoras em matérias como transparência, governança, participação, gestão e proteção aos direitos dos consumidores ou usuários. Concorrem ao prêmio as iniciativas realizadas nas agências reguladoras federais, estaduais ou municipais, tanto individualmente quanto em parceria com outros órgãos e entidades. A importância da iniciativa consiste, em garantir contribuições capazes de gerar avanços do Direito da Regulação no país.

Sobre o projeto

O Projeto Parto Adequado tem como objetivo apoiar e instrumentalizar a implementação de ações baseadas em evidências científicas, para aumentar a qualidade e a segurança da atenção obstétrica, reduzindo o percentual de cesarianas desnecessárias e os riscos delas decorrentes. Atualmente, o setor suplementar de saúde registra um número alarmante de cesarianas: 83% do total de partos (dados de 2018).

O projeto utiliza a metodologia conhecida como ciência da melhoria para estimular a reorganização do sistema de saúde. Dessa forma, busca oferecer a mulheres e bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo de toda a gestação, durante o trabalho de parto e no pós-parto, considerando estrutura e preparo da equipe multiprofissional, medicina baseada em evidências e condições socioculturais e afetivas de gestantes e famílias. Desde sua criação, em 2015, até maio de 2019, o Parto Adequado já evitou mais de 20 mil cesarianas desnecessárias. Agora, a iniciativa está entrando na Fase 3, que contempla medidas para promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em grande escala, envolvendo todas as maternidades do Brasil.

Clique e confira mais informações sobre o [Projeto Parto Adequado](#).

SAÚDE É UMA SÓ E NÃO PODE ESTAR FRAGMENTADA ENTRE SUS, SAÚDE PRIVADA E SAÚDE OCUPACIONAL, AFIRMA ESPECIALISTA

Saúde Business – 15/10/2019

Um sistema de saúde eficiente está diretamente relacionado com o desenvolvimento do país. No Brasil, segundo o estudo Global Burden of Disease, de 2017, se perde 28 anos de vida produtiva por incapacidades e morte precoce a cada 100 habitantes em um cenário em que as empresas são responsáveis por 70% da cobertura em saúde privada. Mas de que forma a gestão da saúde corporativa pode ajudar a melhorar esse cenário? É essa discussão que Emmanuel Lacerda, gerente executivo de saúde do SESI (Serviço Social da Indústria), fará durante o 22º Congresso Internacional UNIDAS.

Para Emmanuel, a gestão do plano de saúde, da saúde ocupacional e do programa de promoção da saúde e qualidade de vida está fragmentada dentro das empresas, que, além do plano de saúde, também investem em programas como vacinação, gestões de absenteísmo, estresse, crônicos, entre outros.

“Integrar a gestão da saúde implica em ter uma visão mais ampliada do sistema, redesenhar processos e reduzir ineficiências, melhorando a qualidade e os resultados desse investimento. A gestão de saúde integral, eficiente e sustentável pelas empresas implica em menos mortes precoces e menos pessoas incapacitadas e excluídas do mundo do trabalho. Neste contexto, a saúde é um valor para as pessoas, para as empresas, para os governos e para a sociedade”, afirma.

Emmanuel acredita que o maior desafio do setor é a integração da saúde, tanto no âmbito do sistema, como da estratégia corporativa de saúde: “A saúde da pessoa é uma só e não pode estar fragmentada entre as estruturas do SUS, da saúde privada e da saúde ocupacional”.

“Do ponto de vista das empresas, é preciso transitar da saúde ocupacional e oferta de benefícios para um programa de saúde corporativa centrado na saúde integral do trabalhador e seus familiares. Para isso, é condição fundamental a integração e melhor gestão de dados, o redesenho das relações entre empresas e demais atores do sistema de saúde para aquisição de soluções que entreguem resultados que realmente importam às pessoas e o fortalecimento da atenção primária com ênfase em promoção da saúde e prevenção de incapacidades”, acrescenta.

Emmanuel acredita que alguns fatores como os custos diretos com a saúde, que crescem três vezes mais que a inflação, ameaçando a sustentabilidade do acesso a saúde privada; a carga dos auxílios doença e aposentadoria, que pressionam o sistema previdenciário; os índices de reabilitação e retorno ao trabalho, que são muito baixos; e o envelhecimento da população e a necessidade de prolongar a vida produtiva dos trabalhadores estão impulsionando a mudança no sistema de saúde tradicional, público e privado, e na gestão da saúde corporativa.

Em relação ao futuro dos planos de saúde, o especialista acredita que será necessário passar por uma maior e melhor gestão populacional da saúde orientada para resultados; maior engajamento de empresas, inclusive lideranças

estratégicas, e de usuários no autocuidado, uso, suporte e controle social da saúde; uso de tecnologias para facilitar o autocuidado, o acesso, o diagnóstico e o acompanhamento em saúde e pela Atenção Primária à Saúde.

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

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

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

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.