

15 de Fevereiro de 2017

DESTAQUE DA SEMANA:**NOTA DE FALECIMENTO: EDSON DE GODOY BUENO**

A Equipe da Milliman informa, com extremo pesar, o falecimento do fundador do Grupo Amil, Edson Bueno, na manhã do dia 14 de fevereiro de 2017.

Durante sua trajetória, Edson Bueno inovou e reinventou a saúde suplementar no Brasil trazendo a este mercado produtos inéditos e exclusivos. Atualmente, ele ocupava função de Presidente da United Health Group na América Latina e Vice- presidente da FENASAUDE.

Equipe Milliman

**MEDICINAS DE GRUPO
AMPLIARAM EM 1,2% O NÚMERO
DE BENEFICIÁRIOS****FOLHA DE SÃO PAULO –13/02/2017**

As empresas de medicina de grupo —que fazem a maior parte de seus atendimentos em redes próprias—, ampliaram em 1,2% o número de beneficiários em 2016, segundo a ANS, que regula o setor.

Entre as modalidades de operadoras de planos de saúde, essa foi a única que cresceu no ano passado. A carteira das cooperativas médicas, como as Unimed, caiu 5,4%.

“Há uma migração de cooperativas para convênios”, afirma Lício Cintra, diretor-presidente do grupo São Francisco, de Ribeirão Preto, que aumentou em 18,6% o total de clientes em 2016.

A crise das Unimed contribuiu para esse movimento, segundo Cintra.

O custo dos convênios também teve influência, principalmente no setor empresarial —com a crise, caiu o valor dos benefícios concedidos a funcionários, o que beneficiou planos mais baratos.

“A média de preço da medicina de grupo é de 30% a 40% mais baixa que a de planos em que o cliente tem liberdade para escolher onde fazer seu atendimento, como os seguros”, afirma Jorge Pinheiro, presidente da Hapvida.

A operadora aumentou em 9,6% a venda de planos coletivos (empresariais) no ano.

No caso da São Francisco, cresceu o total de empresas que contratam planos, mas caiu número de funcionários por companhia, diz Cintra.

“Com uma retomada do emprego, o número de beneficiários deverá crescer de forma significativa, sem necessidade de um esforço nosso de buscar novos clientes.”

**1ª OFICINA REGIONAL DE
PRODUTOS REUNIU OPERADORAS
EM FORTALEZA****ANS –10/02/2017**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na quinta-feira, 09/02, em Fortaleza, a 1ª Oficina Regional de Produtos, do Comitê Permanente de Regulação dos Produtos. Participaram do encontro representantes de 30 operadoras do Norte e Nordeste, além de especialistas da ANS e da diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Karla Santa Cruz Coelho.

“Foi uma oficina bastante participativa, um momento de troca com as operadoras. Discutimos questões operacionais e também as relativas à regulação de produtos. O mesmo se repetirá nas três

outras oficinas programadas, São Paulo, Curitiba e Rio de Janeiro”, explicou Karla Coelho.

As oficinas abordam três principais temas: monitoramento do georreferenciamento (divulgação das redes assistenciais nos portais das operadoras por meio de imagens ou mapas que indiquem a localização espacial geográfica dinâmica de cada prestador de serviço de saúde); cancelamento a pedido do beneficiário do contrato de plano de saúde individual/familiar, e exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão (Resolução Normativa nº 412/2016, que entra em vigor em 10/05); e o novo aplicativo para envio do pedido de reajuste individual, que entra em vigor em 01/03.

Os demais encontros acontecerão nos dias 15/02 (São Paulo), 17/02 (Curitiba) e 21/02 (Rio de Janeiro). Operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios de Curitiba interessadas em participar devem fazer inscrição pelo e-mail eventos@ans.gov.br. Devido à grande procura as oficinas de São Paulo e do Rio de Janeiro já estão com inscrições encerradas.

GRUPOS TÉCNICOS DA ANS SE REÚNEM NESTA SEMANA

ANS – 10/02/2017

Três Grupos Técnicos (GTs) coordenados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se reunirão no Rio de Janeiro para dar encaminhamento a discussões que estão em curso. Na terça-feira (14/02), estarão em debate os temas remuneração de prestadores (pela manhã) e coparticipação e franquia (à tarde). Na quarta-feira (15/02), será a vez da Lei 13.003 – que trata das regras para os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

Todos os encontros serão transmitidos ao vivo pelo aplicativo Periscope. Para acompanhar, é preciso fazer download do aplicativo no celular ou computador e, depois de se cadastrar como usuário, acessar o perfil do evento (basta digitar ANS reguladora na ferramenta de busca) ou então seguir o perfil da ANS no Twitter: @ANS_reguladora.

Confira mais detalhes das reuniões:

14/02/17 – GT de Remuneração

- **Horário:** 9h às 12h
- **Local:** Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa – Rua do Passeio, 42 – 3º andar – Centro – Rio de Janeiro

- **Pauta:** Design Thinking (metodologia de construção conjunta de modelos inovadores); panorama dos modelos de remuneração no mundo – levantamento de experiências internacionais (FenaSaúde); contribuição do Diagnoses Related Groups (DRG) como ferramenta de indução da qualidade na prestação e remuneração dos serviços

14/02/17 – GT de Coparticipação e Franquia

- **Horário:** 14h às 18h
- **Local:** Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, localizado na Rua do Passeio, 42 – 3º andar – Centro – Rio de Janeiro
- **Pauta:** Proposta de Resolução Normativa sobre mecanismos de regulação e franquia

15/02/17 – Lei 13.003

- **Horário:** 9h30 às 13h
- **Local:** Confederação Nacional do Comércio – Av. General Justo, 307 – Centro- Rio de Janeiro

CNJ PROMOVE TREINAMENTO PARA ENFRENTAR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

AGÊNCIA CNJ DE NOTÍCIAS – 09/02/2017

A judicialização da saúde é tema que desafia os juizes brasileiros. Para enfrentar o problema, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sediou reunião na quarta-feira (8) sobre a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar magistrados de todo o país em ações judiciais na área da saúde. A medida atende a termo de cooperação com o Ministério da Saúde (MS) assinado em 2016.

O conselheiro Arnaldo Hossepian, coordenador do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ, reuniu-se com integrantes do Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde para definir detalhes da primeira oficina que ocorrerá este ano no Hospital Sírio-Libanês, nos dias 13, 14 e 15 de março.

Também participaram a Diretora substituta do Departamento de Atenção Especializada, Maria Inez Pordeus Gadelha, e de Clarice Alegre Petramale, do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, ambas do MS. Além disso, por meio de teleconferência com Luiz Fernando Reis, diretor do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, houve o detalhamento do programa dos três dias de oficina.

Além da apresentação dos formulários de solicitação de notas técnicas a serem preenchidos pelos profissionais da área de saúde, a oficina também contará com a elaboração, em grupos, de notas técnicas de casos reais.

O sistema conterà notas técnicas e pareceres técnico científicos elaborados com base na medicina baseada em evidência, emitidos pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATs) e de

Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), além de outros pareceres já existentes em outros bancos de dados. Os documentos serão elaborados com o apoio de bibliotecas especializadas como a do Centro Cochrane do Brasil (instituição sem fins lucrativos) e outras fontes científicas.

A capacitação dos integrantes dos NAT-Jus será realizada pelos profissionais que atuam nos NATs existentes no Brasil e selecionados pelo projeto e ocorrerá no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, que investirá, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, cerca de R\$ 15 milhões, ao longo de três anos, para criar a estrutura da plataforma. Caberá ao CNJ resguardar as informações e torná-las acessíveis aos juizes. Atualmente, nove tribunais contam com NATs-Jus para dar apoio aos juizes.

Varas especializadas – Desde a aprovação da Resolução 238/2016, que prevê a especialização de varas de saúde nas comarcas em que houver mais de uma vara de fazenda pública, seis unidades já foram instaladas no país. Os tribunais do Piauí, do Maranhão, de Tocantins, de São Paulo, de Rondônia, do Amapá, de Alagoas e o Tribunal Federal da 1ª Região (DF, MT, GO, M, BA, PE, MA, TO, PA, AP, RR, AM, RO) estão em fase de estudo para a implementação das varas.

A resolução também prevê a implementação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATs) nos tribunais de Justiça em que eles ainda não existam.

Gastos elevados – De 2010 até julho de 2016, os custos da União totalizaram R\$ 3,9 bilhões com o cumprimento das sentenças. Só neste ano já foram desembolsados R\$ 730,6 milhões. Somados os gastos da União, estados e municípios, a previsão é de que o montante chegue a R\$ 7 bilhões em judicialização este ano. Em 2015, foram gastos R\$ 5 bilhões.

MEIO MILHÃO DE PESSOAS DEIXARAM DE TER PLANOS NO ÚLTIMO TRIMESTRE

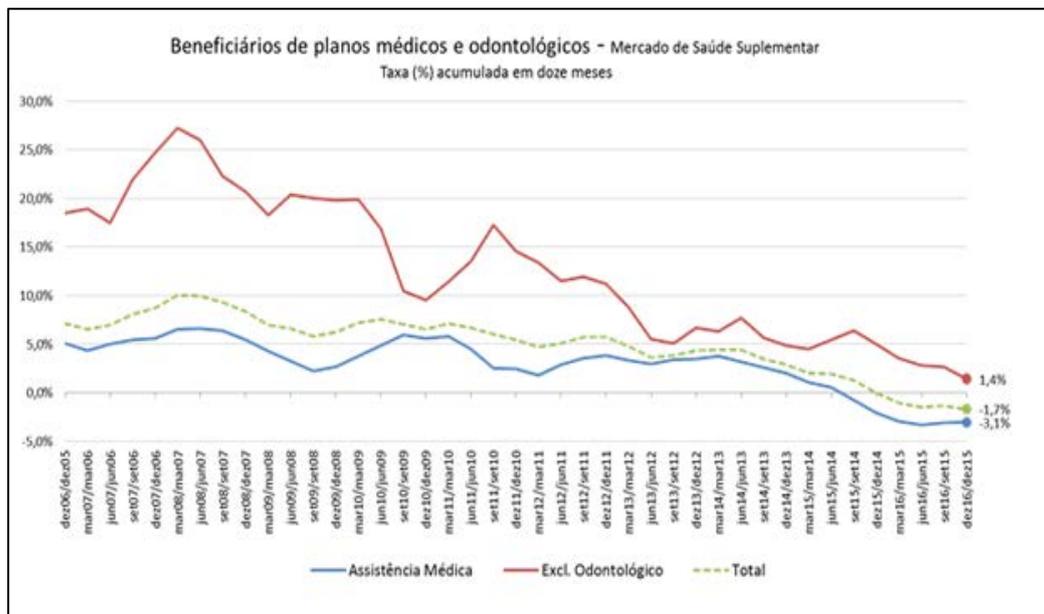
FENASAÚDE –09/02/2017

O mercado de saúde suplementar contabilizou 69,9 milhões de beneficiários em dezembro de 2016, com redução de 1,7% na comparação com dezembro de 2015. Os planos de assistência médica totalizaram 47,9 milhões de beneficiários (68,5% do mercado) e tiveram retração de 3,1%.

Nos últimos doze meses terminados em dezembro de 2016, o setor de saúde suplementar perdeu 1,5 milhão de beneficiários de planos de assistência médica.

Vale ressaltar que nos planos de assistência médica, o resultado demonstra que o ritmo de desaceleração permanece estável, considerando que a taxa de variação foi de -3,1% nos últimos doze

Confira os gráficos abaixo:



meses terminados em dezembro de 2016 comparando-se a taxa de -3,1%, no igual período terminado em setembro de 2016.

Como reflexo da crise econômica enfrentada pelo país, os planos empresariais registraram uma redução de -3,2% de dezembro de 2015 a dezembro de 2016, em um cenário que apresenta mais de 12 milhões de desempregados.

“A contratação de um plano de saúde depende de dois fatores: renda e emprego. Há uma clara relação entre a dinâmica do mercado de trabalho e o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Para que haja recuperação do setor, é necessária a retomada das atividades econômicas, a volta das vagas formais de emprego e, conseqüentemente o acesso ao plano de saúde. E tudo isso passa pela aprovação das propostas de reformas estruturais, como da previdência”, avalia Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Na contramão da crise – Os planos exclusivamente odontológicos, com 22,0 milhões de beneficiários (31,5% do mercado), aumentaram 1,4%. Nos últimos doze meses terminados em dezembro de 2016, o segmento absorveu 312 mil novos beneficiários.

SUL AMÉRICA NEGOCIA COMPRA DA GOLDEN CROSS

EXAME –09/02/2017

A SulAmérica está negociando a compra da operadora de saúde [Golden Cross](#).

A operadora de saúde tem cerca de 500 000 clientes. A Golden Cross opera apenas planos corporativos. A carteira de planos individuais e familiares foi vendida, há três anos, para a [Unimed Rio](#).

Procurada, a empresa nega qualquer negociação e a [SulAmérica](#) diz que “não comenta rumores de mercado”.

SIP – ENVIO DO ARQUIVO RELATIVO AO 4º TRI. DE 2016 DEVE SER FEITO ATÉ DIA 27/02

ANS –09/02/2017

SIP – Envio do arquivo relativo ao 4º tri. de 2016 deve ser feito até dia 27/02

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lembra que o prazo limite para envio do arquivo referente ao 4º trimestre de 2016 do Sistema de Informações de Produtos (SIP) terminará no último dia útil de fevereiro (27/02/2017), segunda-feira de Carnaval. Operadoras devem ficar atentas para não perder a data.

POR QUE HÁ UMA DANÇA DAS CADEIRAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

EXAME –09/02/2017

O ano começou com grande número de substituições de executivos na área de saúde, segundo levantamento realizado pela consultoria de recrutamento Core Executive.

A pesquisa mostra que em janeiro surgiram 62 vagas para gerentes e diretores em empresas de planos de saúde, hospitais e centros diagnósticos, 25,5% mais oportunidades do que no mesmo mês de 2016. Em 80% dos casos houve troca de executivos e 20% são novas vagas.

Gerentes são os mais procurados, a posição responde por 72% das vagas. Rafael Revert, diretor executivo da Core Executive, diz que as empresas querem profissionais mais qualificados e que garantam resultados. Os salários para gerentes variam entre 12 mil e 18 mil reais e entre 22 mil e 45 mil para diretores.

A consolidação do setor, com a entrada de capital de fundos de investimento é um dos fatores que faz subir a régua para os executivos. A implementação de novo modelo de remuneração das operadoras de saúde para hospitais, clínicas e empresas de diagnósticos, segundo ele, é outro fator que explica a dança das cadeiras.

“O modelo é por performance e não, mais por atividade. Se por um lado o custo é menor, por outro o tratamento precisa ser mais eficaz para evitar que haja recidiva”, explica. Até então a regra que dominava o mercado era a que definia que hospitais, clínicas e centros de saúde recebessem pagamentos com base no número de procedimentos efetuados no paciente.

Na nova modalidade, a remuneração é por paciente tratado, com valor fixo para caso clínico. Se a pessoa tiver o mesmo problema de saúde pouco tempo depois o hospital não vai receber mais para o tratamento.

A mudança tem sido a solução para seguradoras e operadoras de planos de saúde preservar a rentabilidade de suas carteiras, diante da diminuição do número de usuários. “Os profissionais que mais se destacam nos processos seletivos são aqueles que conseguem aceitar e se adaptar a esse perfil de gestão”, diz Revert.

Executivos das áreas comerciais, de operações, auditoria, precificação e diretoria clínica são o foco das substituições. Hospitais são os que mais estão recrutando, com 55% das vagas. Seguradoras e operadoras de planos de saúde vêm em seguida, com 30% das oportunidades e empresas de diagnóstico ficam com 15% restantes.

“Essa diferença é porque o número de hospitais no Brasil é maior. São por volta de 6 mil hospitais para um número entre 800 e mil operadoras de saúde, por exemplo”, diz Revert.

PLANOS PROCESSAM ‘MÁFIA DAS PRÓTESES’

FOLHA DE SÃO PAULO –09/02/2017

A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) está processando oito fabricantes multinacionais de dispositivos médicos sob o argumento de que fraudaram o comércio de órteses e próteses no Brasil.

A entidade ingressou com as ações civis em cinco Estados norte-americanos (Nova York, Minnesota, Dallas, Ohio e Delaware) em que pede reparação de danos e indenização às empresas Boston Scientific, Arthrex, Zimmer Biomet Holdings, Abbott, Biotronik, Orthofix, Stryker Corporation e St Jude Medical.

Segundo a denúncia, por meio de suas subsidiárias e distribuidores no Brasil, as empresas pagaram propinas a médicos (de até 30% do valor do produto) e a hospitais, com a intenção de influenciá-los a usar seus dispositivos em detrimento de outros mais baratos ou mais adequados.

As empresas negam as acusações, dizem que estão comprometidas com a ética e que se defenderão nos tribunais (leia texto nesta página).

É a primeira vez que o setor de planos entra com ação coletiva contra fabricantes de próteses.

“Temos provas robustas, dossiês do Brasil todo. São dois anos de investigação e mais de 3.000 documentos”, afirma Pedro Ramos, diretor da Abramge.

Segundo ele, as ações reúnem, por exemplo, notas fiscais de um distribuidor em que o preço de um mesmo produto variou de R\$ 100 mil a R\$ 300 mil.

A estimativa é que o prejuízo causado aos planos ultrapasse US\$ 100 milhões.

INVESTIGAÇÃO

Conhecida como “máfia das próteses”, a prática é investigada pela Polícia Federal há dois anos. Ao menos 40 pessoas já foram detidas.

A fraude traz prejuízos aos planos e ao SUS, que pagam por produtos superfaturados.

Em alguns casos, cirurgias foram indicadas sem necessidade ou sabotadas para que pacientes fossem reoperados e, com isso, gerassem mais lucros.

Em setembro, 13 pessoas foram presas numa operação da PF no Distrito Federal, entre elas sete médicos.

Em razão das fraudes, a variação de preços de um mesmo produto no país chega a mais de 3.000%, revelou estudo da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Ramos afirma que as más práticas, além de aumentar o custo da saúde (e da mensalidade do plano), induzem médicos a fazer procedimentos desnecessários só para obter vantagens das empresas.

“Isso causa dor e sofrimento desnecessários aos pacientes e pode até levar à morte.”

Em uma investigação feita pela PF no DF, suspeita-se que cem pessoas tenham sido vítimas do esquema.

REGULAÇÃO

Segundo Ramos, o esquema se beneficia de regras regulatórias, como a da ANS que obriga que cirurgias eletivas de grande complexidade sejam feitas em até 21 dias.

“As compras desses produtos [dispositivos médicos] têm de ser feitas a toque de caixa.”

Em nota, a ANS diz que a resolução que trata dos prazos máximos de atendimento foi concebida com o intuito de proteger o consumidor.

“A norma em nada tem a ver com práticas lesivas e comportamentos do mercado. As soluções para as distorções devem ser tratadas com a reorganização do modelo assistencial e de remuneração”, afirma a agência reguladora.

Ramos também cita como outros fatores que favorecem as fraudes os múltiplos registros de órteses e próteses na Anvisa e a falta de uma base de preços desses produtos.

Em nota, a Anvisa diz que a legislação vigente não veda os múltiplos registros para um mesmo produto para saúde e que, em termos práticos, ela pouco ocorre, pois requer o pagamento de múltiplas taxas regulatórias por parte das empresas.

Sobre a precificação de produtos para saúde, a agência diz que não há previsão legal para o assunto.

Mas afirma que estão em curso medidas para a reestruturação e a ampliação da transparência do processo de produção, distribuição e utilização dos dispositivos médicos, além da regulação de preços e de acesso desses produtos.

DADOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS –08/02/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou na quarta-feira (08/02) o conjunto de ferramentas disponíveis em seu site para consulta aos dados do setor de planos de saúde. Foram inseridos os números relativos ao quarto trimestre de 2016 – competência dezembro – no ANS Tabnet, na apresentação Dados Consolidados da Saúde Suplementar e na seção Dados Gerais.

As ferramentas contemplam informações sobre a evolução do número de beneficiários, operadoras e planos de saúde, além das demandas de consumidores – pedidos de informações e registros de reclamações – feitas através dos canais de atendimento da ANS. A consulta deve ser feita no item Perfil do Setor, no menu da página inicial do site da Agência, em Dados e Indicadores do Setor.

O [ANS Tabnet](#) é um tabulador de dados que permite ao usuário, a partir da definição de critérios de seu interesse, consultar a evolução de beneficiários em estados, municípios e regiões metropolitanas, por sexo e faixa-etária, assim como dados de operadoras (como

receitas e despesas), volume e tipos de reclamações de beneficiários, entre outras informações.

A apresentação [Dados Consolidados da Saúde Suplementar](#) sintetiza em gráficos e mapas as informações do setor. O arquivo no formato PowerPoint permite que o usuário salve as imagens para utilizá-las em suas próprias apresentações, apontando a ANS como fonte.

Os [Dados Gerais](#) apresentam de forma ampla os números do setor, reunidos em tabelas e mapas contendo informações sobre beneficiários, operadoras e taxa de cobertura dos planos.

O usuário que tiver interesse em um maior detalhamento do setor poderá baixar as bases de dados da Agência para realizar suas próprias consultas e tabulações.

Em dezembro de 2016, o setor registrou 47,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica (sendo 31,8 milhões na modalidade coletivo empresarial; 9,4 milhões na modalidade individual/familiar; e 6,5 milhões na modalidade coletivos por adesão) e cerca de 22 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos.

Confira abaixo um resumo das funcionalidades de cada ferramenta:



ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar | A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Principal | A ANS | Planos e Operadoras | Legislação | Participação da Sociedade | Prestação em Saúde

Buscar no site da ANS

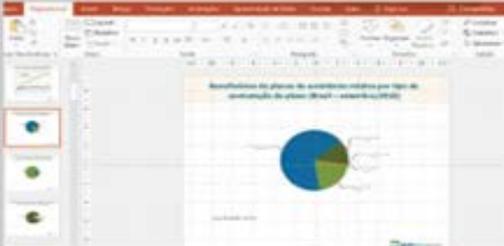
Perfil do Setor

- ### 1 ANS Tabnet

Tabulador de dados. Permite consultar número de beneficiários em estados, municípios e regiões metropolitanas, por sexo e faixa-etária, dados de operadoras, volume e tipos de reclamações de beneficiários, entre outras informações.


- ### 2 Dados Consolidados da Saúde Suplementar

Gráficos e mapas com as principais informações do setor em formato PPT. Permite que o usuário salve as imagens para utilizá-las em suas próprias apresentações, apontando a ANS como fonte.


- ### 3 Dados Gerais

Tabelas e mapas com os principais números do setor (beneficiários, operadoras e taxa de cobertura dos planos).


- ### 4 Base de Dados

Acesso aos dados detalhados do setor, permitindo consultas e tabulações específicas de interesse do usuário.



STJ REINTEGRA MULHER COM CÂNCER A PLANO PARA MANTER TRATAMENTO

CONSULTOR JURÍDICO –08/02/2017

Usuários de plano de saúde coletivo têm legitimidade ativa para ajuizar individualmente ação contra cláusula de contrato de plano de saúde. Com base nesse entendimento, o vice-presidente do Superior Tribunal de Justiça, ministro Humberto Martins, concedeu tutela provisória para possibilitar que uma mulher seja reintegrada a um plano de saúde, e, dessa forma, continue seu tratamento de quimioterapia contra um câncer.

O ministro destacou que o pedido feito pela segurada apresenta “plausibilidade jurídica”, além de se tratar de uma paciente com doença grave, correndo riscos caso a tutela não fosse concedida e o tratamento continuasse interrompido.

Após a rescisão unilateral de contrato, a mulher entrou com um pedido para ser reintegrada no plano, restabelecendo a cobertura que a permitia tratar o câncer. A tutela foi concedida pelo juiz de primeira instância e depois revogada pelo Tribunal de Justiça de São Paulo.

LEGITIMIDADE ATIVA

ANS REALIZA O PRIMEIRO ENCONTRO DO GT-DEBATES FISCALIZATÓRIOS

ANS –08/02/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na terça-feira (07/02) a primeira reunião do Grupo de Trabalho (GT) Debates Fiscalizatórios, cujo objetivo é promover a discussão sobre os procedimentos adotados pela Agência para a criação de novos modelos e ações fiscalizatórias. Participaram do encontro representantes de operadoras e de órgãos de defesa do consumidor.

“Nossa proposta é criarmos juntos uma ação fiscalizatória que traga o resultado esperado de alteração de conduta. Queremos sugestões da sociedade para elaborarmos um plano de fiscalização a partir de insumos que não apenas a NIP (Notificação de Intermediação Preliminar). Embora seu resultado seja muito positivo – em 2016 tivemos 90% de resolutividade, ou seja, problemas de beneficiários resolvidos – queremos expandir e fazer com que a NIP sirva de base para uma ação fiscalizatória maior e mais efetiva. A Agência tem outros indicadores e programas que podem ser contabilizados para mostrar como as operadoras se comportam no mercado. A ligação do beneficiário não deve ser o único ponto a deflagrar uma ação fiscalizatória”, explicou Simone Sanches Freire, diretora de Fiscalização da ANS, que conduziu o encontro ao lado do diretor-adjunto, Rodrigo Aguiar.

Simone Freire destacou a negativa de cobertura como um dos maiores problemas hoje no setor, que exige, portanto, que a Agência adote ações fiscalizatórias mais efetivas a fim de reverter este quadro: “Recebo pleito para que o valor da multa cobrada à

O entendimento do TJ-SP é que a segurada não tinha legitimidade ativa para propor a ação, já que era apenas beneficiária de um plano celebrado por intermédio da Fecomércio de São Paulo com a Qualicorp e a Golden Cross.

No recurso especial, a mulher questiona a conclusão do tribunal paulista. O ministro Humberto Martins destacou que o STJ possui entendimento de que os usuários de plano de saúde coletivo têm legitimidade ativa para ajuizar individualmente ação contra cláusula de contrato de plano de saúde, demonstrando a plausibilidade do pedido com a probabilidade de o recurso ser provido pelo tribunal, quando o mérito for apreciado.

No caso analisado, a cláusula combatida é a que prevê a rescisão unilateral e imotivada do contrato, o que ocorreu, deixando a segurada sem cobertura em meio a doença.

EFEITO SUSPENSIVO

O ministro atribuiu efeito suspensivo ao REsp para reintegrar a paciente ao plano de saúde nas condições anteriores, sem carência ou cobertura parcial, mediante pagamento da mensalidade até o julgamento em definitivo do recurso especial.

Com a decisão, a paciente terá acesso ao Fulvestran, medicamento utilizado nas sessões de quimioterapia, além de outros serviços necessários ao tratamento.

O mérito do recurso que discute a cobertura da segurada será analisado pelos ministros da 3ª Turma do STJ. A decisão do ministro Humberto Martins se deu no exercício da Presidência, durante o plantão judiciário.

operadora seja compatível ao valor do procedimento que foi negado. A princípio essa parece a forma mais justa de se estabelecer uma sanção, mas a ideia é de difícil operacionalização. A questão é: quem determinaria o custo do procedimento? Não cabe à Agência tabelar custos para o país inteiro”, defendeu Simone.

PROPOSTAS E BENCHMARKING

No encontro, a ANS apresentou algumas ideias iniciais para um novo sistema regulatório de fiscalização, a serem aprimoradas, estudadas e debatidas junto com os membros que compõem o GT, como “Fiscalização por Faixa de Desempenho” e “Fiscalização Indutora de Boas Práticas”. Em ambos, a ANS agregaria aos insumos extraídos da NIP outros componentes para a formação de indicadores, que deflagrariam novas ações.

No primeiro sistema, a Agência monitoraria o desempenho das operadoras através dos dados e indicadores já produzidos pela ANS (Indicador de Fiscalização, Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, base da Troca de Informações de Saúde Suplementar, Monitoramento da Garantia de Atendimento), e enquadraria as operadoras em faixas de desempenho (escalonamento de ações, medidas e sanções conforme o enquadramento na faixa, conferindo isonomia e proporcionalidade). Já no segundo modelo, “Fiscalização Indutora de Boas Práticas”, seriam fixadas: atuação integrada entre as diretorias e órgãos da ANS e ações punitivas mais rigorosas concentradas nos casos de graves desenquadramentos, além do efetivo retorno ao beneficiário e à sociedade.

A agenda de Debates Fiscalizatórios foi iniciada em 2016, com a realização de encontros nos quais foram apresentados resultados de ações da agência reguladora que impactaram na redução do tempo médio de apuração e de decisão de processos

administrativos – como as mudanças promovidas pela Resolução Normativa nº 388, vigente desde fevereiro de 2016.

Além disso, através de benchmarking, a ANS avaliou as ações fiscalizatórias dos principais órgãos e entidades do poder executivo federal, incluindo demais órgãos regulatórios, para se inspirar nas boas práticas já realizadas no país. Tais práticas foram apresentadas aos membros do Grupo Técnico.

Na próxima reunião, prevista para ser realizada no final de março, cada membro do Grupo Técnico terá a oportunidade de apresentar suas propostas e sugestões presencialmente, possibilitando, assim, a ampliação dos debates e a construção conjunta de um novo modelo fiscalizatório mais efetivo, racional e indutor de boas práticas..

TCU IDENTIFICA FALHAS EM FISCALIZAÇÕES DA ANS

AGÊNCIA BRASIL –08/02/2017

Uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) para avaliar a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) identificou deficiências na realização de fiscalizações pelo órgão. Segundo o tribunal, foi observado que não há um programa de fiscalização in loco sistematizado e estruturado, e as ações de fiscalização são provocadas por demandas dos beneficiários, com o objetivo de esclarecer pontos específicos.

Segundo o relator do processo, ministro Bruno Dantas, uma mudança na sistemática da ANS deixou um vácuo nas fiscalizações proativas realizadas pela agência. “É compreensível a necessidade de reformulação dos processos de trabalho da diretoria, contudo, diante da natureza das irregularidades identificadas nas visitas até então realizadas e considerando a importância desse instrumento, não é compreensível como o programa foi suspenso antes da implantação de outro instrumento que o substituísse”, disse Dantas em seu voto.

VISITAS PARALISADAS

O TCU constatou que as visitas técnicas assistenciais da ANS estão paralisadas desde 2014. Essas visitas têm o objetivo de averiguar informações relacionadas aos produtos, constatar anormalidades assistenciais e traçar um diagnóstico para analisar a atenção prestada aos beneficiários, em conformidade com as exigências da ANS e com os produtos contratados.

Também foi identificada uma redução considerável das visitas técnicas econômico-financeiras a partir de julho de 2010. Elas servem para revisar os processos de controles internos e de governança das operadoras e para verificar a confiabilidade das demonstrações contábeis e das informações enviadas periodicamente à ANS.

A ANS deverá encaminhar ao TCU, em 90 dias, um plano de implementação das medidas recomendadas e um programa de ação para a retomada das visitas técnicas assistenciais e econômico-financeiras.

OUTRO LADO

Segundo a ANS, algumas recomendações do TCU para a implementação de melhorias no trabalho da agência já estão sendo realizadas ou elaboradas. Ela diz que foram realizadas três visitas técnicas econômico-financeiras no ano passado e outra está prevista para as próximas semanas. A agência também cita a criação do programa de Intervenção Fiscalizatória, que tem periodicidade semestral e já está entrando em seu terceiro ciclo.

Outra ação em andamento citada pela ANS é a publicação de normas relativas ao monitoramento do risco assistencial das operadoras para a adoção de medidas voltadas ao acompanhamento e avaliação das operadoras no que diz respeito ao acesso ou continuidade da assistência prestada aos beneficiários.

“A ANS ressalta ainda que o aprimoramento permanente da regulação do setor e da atuação do órgão regulador é prioridade para esta agência”, diz a ANS, em nota, lembrando que recentemente o TCU aprovou, sem ressalvas, as contas anuais da agência relativas a 2014.

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

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

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

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br