

03 de Janeiro de 2018

PLANO DE SAÚDE TERÁ DE ARCAR COM MEDICAMENTO PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA

O Estado de São Paulo –02/01/2018

Convênios. A partir de hoje, 8 remédios para câncer também passam a ser incluídos no rol de procedimentos obrigatórios; associação reclama do impacto financeiro para operadoras. Lista é atualizada a cada 2 anos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Oito novos medicamentos para o câncer e um remédio imunobiológico para o tratamento da esclerose múltipla são algumas das novas terapias que os planos de saúde serão obrigados a cobrir a partir de hoje, quando entra em vigor o novo rol de procedimentos, documento elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que define a cobertura mínima dos convênios médicos.

Atualizado a cada dois anos, o rol traz, em 2018, 18 novos medicamentos ou tratamentos, além da ampliação de cobertura de outros sete procedimentos. Todos os clientes de planos de saúde com contratos firmados a partir de 1999 têm direito à cobertura prevista no rol. As operadoras que não cumprirem a regra estão sujeitas a multa de R\$ 80 mil por episódio de descumprimento. A especialidade com o maior número de incorporações é a de oncologia. São oito novos medicamentos orais contra seis tipos de câncer: pulmão, melanoma, próstata, mielofibrose, leucemia e tumores neuroendócrinos. Pacientes com este último tipo de câncer também passarão a ter direito ao exame PET-CT.

Esclerose. Outro destaque do novo rol é a inclusão do natalizumabe, primeiro medicamento para esclerose múltipla a ser oferecido pelos planos de saúde. “É uma doença progressiva que vai afetando músculos e algumas capacidades do paciente. Esse medicamento retarda a progressão da doença e melhora a qualidade de vida do doente”, diz Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS.

Até hoje, quem necessitava do medicamento precisava entrar com ação judicial contra a operadora ou buscar o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a droga já é oferecida. Na rede pública, no entanto, há períodos de falta em que o paciente pode ficar sem o tratamento, como aconteceu com o estudante universitário Pedro Camargo Lorenzon, de 26 anos.

Diagnosticado com esclerose múltipla há cinco anos, ele iniciou o tratamento com o natalizumabe em abril de 2017, após outros medicamentos não serem mais capazes de controlar as crises. Como o plano de saúde não fornecia o remédio, o paciente procurou o SUS mas, em setembro, houve desabastecimento no sistema público. “Foram passando as semanas e nada do remédio chegar. Acabamos comprando a dose no mês de outubro, mas o custo é de R\$ 6 mil, não dá para bancar todo mês”, diz a mãe de Pedro, a psicóloga Terezinha de Jesus Santos Camargo Lorenzon, de 59 anos.

A família decidiu, então, entrar com processo contra o plano de saúde para o fornecimento do remédio. O juiz deu decisão favorável ao paciente. “Com a inclusão do remédio no novo rol, eu fico mais tranquila porque, se falha novamente no SUS, temos a opção de conseguir pelo plano sem ter de buscar a Justiça”, afirma Terezinha.

Críticas. Apesar das 18 incorporações, o novo rol também é alvo de críticas. Para Pedro Ramos, diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), a ANS não considera o impacto

financeiro das inclusões para as operadoras. “A agência teria de calcular quanto esses novos procedimentos vão custar ao consumidor no aumento de mensalidades. Quanto mais tecnológica fica a saúde, menos as pessoas têm acesso”, diz ele.

Já para Renata Vilhena, advogada especialista em Direito à Saúde do escritório Vilhena Silva, há procedimentos que já deveriam estar disponíveis, mas ainda não entraram no rol. “Os exames PET-CT, por exemplo, deveriam ser oferecidos para todos os tipos de câncer”, afirma.

O Positron Emission Tomography (PET-CT) – ou Tomografia por Emissão de Positrons – é um diagnóstico por imagem que permite avaliar funções do corpo, como o fluxo sanguíneo, o uso do oxigênio e o metabolismo do açúcar (glicose). Permite diagnósticos mais precisos sobretudo nas áreas de oncologia, neurologia e cardiologia.

De acordo com Karla Coelho, diretora da ANS, o processo de decisão sobre as novas incorporações leva em consideração as evidências científicas sobre a eficácia de determinada terapia e o custo-benefício. “É uma discussão transparente, bastante técnica, com a participação de representantes de conselhos de profissionais de saúde que discutem esses critérios. Além disso, ainda temos um processo de consulta pública que, neste último rol, teve mais de 5,3 mil contribuições”, diz.

Serviço. Para saber se o procedimento receitado pelo médico está entre os obrigatórios, [basta consultar o site da ANS](#). No mesmo local, é possível encontrar informações sobre as carências e os prazos máximos de atendimento.

Para os casos de eventuais descumprimentos de rol, o consumidor deve entrar em contato com a agência e fazer a reclamação pelo Disque ANS: 0800-7019656 – atendimento telefônico gratuito, disponível de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas (exceto feriados); pelo site da ANS (onde ainda é possível consultar a Ouvidoria dos Planos de Saúde); ou pelos Núcleos da ANS, que funcionam com atendimento presencial de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 16h30 (exceto feriados), em 12 cidades do País.

Câncer

O novo rol de procedimentos passa a incluir oito medicamentos orais para tratamento de tumores – pulmão, melanoma, próstata, neuroendócrinos, mielofibrose e leucemia (afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo, ruxolitinibe, ibrutinibe e tramatinibe).

Exame PET-CT para diagnóstico de tumores neuroendócrinos

Esclerose múltipla

Medicamento imunobiológico natalizumabe

Olhos

Quimioterapia com antiangiogênico e tomografia de coerência óptica para tratamento de edema macular secundário, retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina.

Radiação para tratamento do ceratocone

Saúde da mulher

Cirurgia laparoscópica para: tratamento de câncer de ovário (debulking), restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal),

desobstrução das tubas uterinas, restaurar a permeabilidade das tubas uterinas

Para crianças

Endoscopia para tratamento de refluxo vesicoureteral, doença relacionada a infecções urinárias.

Terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe)

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

INVESTIGAÇÃO SOBRE A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Globo –02/01/2018

O Ministério Público Federal do Rio abriu inquérito para investigar autorização dada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) aos planos de saúde para reajuste de até 13,55% no valor cobrado de clientes, entre maio de 2017 e abril de 2018. A apuração começou depois de reclamação sigilosa alegando que o percentual é muito maior que a inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que fechou 2016 em 6,29%.

Nº DE CLIENTES DE CONVÊNIOS É O MENOR DESDE 2011

O Estado de São Paulo –02/01/2018

Em comparação com os números de novembro de 2016, a queda no fim do ano passado foi de 526 mil integrantes

Com a crise econômica e o desemprego, o número de beneficiários de planos de saúde continuou em queda no ano passado. Segundo os dados mais recentes fechados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 47.281.046 brasileiros possuíam convênio médico até o mês de novembro de 2017, o menor índice desde 2011, considerando os dados do fim de cada ano.

Como quase 70% dos clientes são de planos corporativos, ou seja, bancados pelas empresas, a alta do desemprego fez com que muitos trabalhadores perdessem o emprego e o benefício, passando a depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Em comparação com os números de novembro de 2016, a queda no fim de 2017 foi de 526 mil clientes. Apesar desse quadro, nove Estados apresentaram aumento no número de usuários de convênios: Acre, Amazonas, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Piauí, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Tocantins. No Estado de São Paulo, onde 17,2 milhões possuem convênio médico, a queda no número de beneficiários entre 2016 e 2017 foi de cerca de 257 mil.

Odontológicos. No caso dos planos exclusivamente com fins odontológicos, houve aumento de 1,5 milhão de usuários em relação ao mesmo período do ano anterior em todo o País, atingindo a marca de 23.112.608 beneficiários em novembro de 2017. A maioria dos clientes também conta com plano empresarial.

PROJETO PREVÊ ISENÇÃO DE CARÊNCIA DOS PLANOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Agência Senado –29/12/2017

O beneficiário de planos de saúde pode ficar isento do cumprimento dos prazos de carência nos casos de urgência e emergência. É o que estabelece o projeto de lei da senadora Rose de Freitas (PMDB-ES), que tramita na Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC), onde aguarda relatório.

O projeto ([PLS 502/2017](#)) altera a Lei dos Planos de Saúde ([Lei 9.656/1998](#)) para vedar mecanismos que dificultem o atendimento de urgência e emergência. A proposta também reduz para 120 dias o período de carência nas internações hospitalares.

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

Para Rose de Freitas, embora o estabelecimento de períodos de carências proteja as operadoras contra abusos e fraudes por parte do consumidor, isso não pode inviabilizar o atendimento de saúde em circunstâncias excepcionais e imprevisíveis, que exijam solução imediata.

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

A senadora entende que a fixação de prazos de carência não pode redundar em prejuízo manifesto para o consumidor, a ponto de impedir que o contrato com o plano de saúde cumpra a sua função social de prover o acesso do beneficiário aos tratamentos previstos.

“Nesse sentido, consideramos que é necessário rever os períodos máximos de carência estabelecidos em lei, pois eles alteram sobremaneira o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema em prol das operadoras, prejudicando o usuário”, argumentou.

ANS DISPONIBILIZA NOVA EDIÇÃO DE INFORMATIVO COM DADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO SETOR

ANS –29/12/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza uma nova edição do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar com informações relativas ao 2º trimestre de 2017. A publicação traz o perfil econômico-financeiro do setor com dados por segmento, modalidade e porte das operadoras de planos de saúde.

Segundo o relatório, as contraprestações efetivas das operadoras de planos de saúde somaram o montante de R\$ 169,45 bilhões no histórico dos últimos 12 meses (até junho de 2017), já as despesas assistenciais totalizaram R\$ 143,05 bilhões no mesmo período. Tanto receitas como despesas cresceram praticamente no mesmo patamar (cerca de 11%) em relação à série histórica do ano anterior.

A margem de lucro líquido das operadoras do segmento médico-hospitalar permaneceu estável em 4%, ou seja, para cada R\$ 100 de receitas com planos de saúde, as operadoras obtiveram R\$ 4 de lucro.

César Serra, diretor-adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, destaca que o Prisma é uma importante ferramenta para avaliar o cenário econômico-financeiro do setor. O diretor aponta que os dados de sinistralidade permaneceram estabilizados no período. Já a variação de custos médico-hospitalares (VCMH), pela primeira vez sugere tendência de redução, informação que precisa ser acompanhada de perto no próximo período.

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

IESS (Blog) –29/12/2017

A incorporação de novas tecnologias é um dos temas mais latentes para os sistemas de saúde. Exatamente pelo impacto no setor, este também é um dos assuntos mais recorrentes aqui no blog, eventos do IESS e em estudos, como o [TD 56 – A avaliação das tecnologias em saúde e as suas incorporações no sistema de saúde nacional e em internacionais](#). A adoção de novas tecnologias é um dos principais fatores que impulsionam os custos de saúde e impactam a vida de pacientes no mundo todo e daí a importância de se repercutir o tema com diferentes iniciativas.

Ainda pouco discutido, no entanto, é a participação do paciente em todo o processo de incorporação de novas tecnologias. Por mais que alguns países tenham esforços para integrar o envolvimento do paciente nos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde

No segmento médico-hospitalar, o resultado financeiro continuou contribuindo de forma positiva para a melhora dos indicadores econômico-financeiros. Porém, tal trajetória não se mostrou tão acentuada como em períodos anteriores, possivelmente em virtude da tendência de baixa dos juros na economia. Já o segmento exclusivamente odontológico historicamente não conta com a contribuição tão significativa dos resultados financeiros em suas contas, por possuir menos ativos garantidores e historicamente recorrer mais a empréstimos.

Provisões técnicas - Ao final do 2º trimestre de 2017, o volume de provisões técnicas totalizava R\$ 36,35 bilhões e o de ativos garantidores vinculados à ANS superou R\$ 35,47 bilhões. Tais números representam aumento nominal de 9% e 48%, respectivamente, em relação ao final de 2016. Cabe ressaltar que os ativos garantidores são o lastro financeiro das reservas do setor (provisões técnicas), importante ferramenta de segurança e solidez.

Na avaliação do diretor-adjunto, a despeito do menor retorno financeiro, já explicado pela tendência de queda dos juros, o aumento da vinculação de ativos garantidores à ANS pode ser resultado da necessidade de adequação às alterações regulatórias promovidas pela RN nº 419, de 26/12/2016.

A edição atual do Prisma compreende três capítulos: Dados Consolidados do Setor de Saúde Suplementar; Ativos Garantidores e Provisões Técnicas; e Indicadores Econômico-Financeiros. Os valores e indicadores econômico-financeiros e de garantia do Prisma são todos extraídos de demonstrações contábeis, Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e outras informações obrigatoriamente reportadas trimestralmente pelas operadoras à ANS nos últimos oito trimestres, o que corresponde a quase três anos de levantamento.

Confira aqui o Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar na íntegra. O material também está disponível para consulta na [Biblioteca ANS](#).

(ATS), este ainda é um novo debate na área e alguns países ainda estão apenas iniciando esta discussão.

Exatamente por isso, o artigo [“Why patients should be involved in health technology assessment”](#) (Porque os pacientes devem ser envolvidos na avaliação da tecnologia da saúde) publicado na [19ª edição do Boletim Científico](#) tem o objetivo de apresentar os aspectos que justificam esta necessidade.

Os autores elencam algumas perspectivas para isso. A primeira diz respeito aos direitos dos pacientes, já que eles merecem uma voz nos planejamentos de saúde. A segunda aponta que os princípios do tratamento precisam estar de acordo com valores morais do paciente e da comunidade. A terceira fala exatamente da perspectiva do paciente, com sua percepção única do que é viver com condições e patologias específicas. Por fim, a quarta aponta que o envolvimento deste participante na cadeia de saúde facilita o avanço metodológico da ATS, em especial para áreas cujo o conhecimento científico ainda é recente.

Pelo seu alto impacto em toda o sistema, a discussão sobre a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem que fazer cada vez mais parte da rotina de debates do setor, favorecendo a tomada de decisão e envolvendo os diferentes agentes desta cadeia de valor, sejam pacientes, formuladores de políticas e profissionais de saúde.

VOLUME DE ATIVOS GARANTIDORES VINCULADOS À ANS CRESCE 48%

O Estado de São Paulo –29/12/2017

Enquanto o setor de saúde suplementar ainda tenta consolidar uma trajetória de crescimento de usuários, o volume de ativos garantidores vinculados à Agência Nacional de Saúde (ANS), tais como imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários, superou a casa dos R\$ 35 bilhões ao final do segundo trimestre deste ano. O

montante, que será divulgado amanhã, dia 29, no Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, documento que traz um raio-x deste mercado, é 48% superior ao observado no final de 2016.

Sem alternativa

Esses ativos podem ser utilizados por operadoras apenas para garantir o pagamento de passivos quando deixam o setor de saúde privado. Recentemente, a ANS, que regula o segmento, permitiu que pequenos grupos com dificuldade financeira também acessassem tais recursos para quitar dívidas com a rede assistencial.

AGÊNCIA REGULAMENTA PLANO DE SAÚDE PARA EMPRESÁRIO INDIVIDUAL

ANS –28/12/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual. Com a medida, a ANS busca coibir abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim – e dá mais segurança jurídica e transparência ao mercado, ao estabelecer as particularidades desse tipo de contrato.

O normativo determina que a operadora ou administradora de benefícios deve informar ao contratante as principais características plano a que está se vinculando, tais como o tipo de contratação e regras relacionadas. Um dos pontos importantes nesse aspecto trata da rescisão unilateral pela operadora. A resolução estabelece que o contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após um ano de vigência e na data de aniversário (mediante notificação prévia de 60 dias).

Para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal - e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente - pelo período mínimo de seis meses. E, da mesma forma, para manter

o contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal. As operadoras e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.

Se for constatada a ilegitimidade do contratante, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia (60 dias de antecedência), informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes. A operadora deverá apresentar ao contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

A comprovação anual da condição de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados também deverá ser exigida nos contratos celebrados antes da vigência dessa resolução.

A celebração e a manutenção de contrato coletivo empresarial que não atenda ao que é disposto na norma equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê a RN nº 195, de 2009.

A proposta de resolução passou por Consulta Pública no período de 15/08 a 14/09 e recebeu 181 contribuições. [Os resultados podem ser consultados no portal da ANS.](#)

A RN nº 432 foi publicada nesta quinta-feira no Diário Oficial da União e entrará em vigor em 30 dias. [Confira a íntegra do documento.](#)

OPERADORAS TÊM 180 DIAS PARA AJUSTAREM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Valor Econômico –28/12/2017

RIO - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deu um prazo de 180 dias para que as operadoras verifiquem a regularidade e promovam ajustes dos contratos existentes de plano de saúde coletivo empresarial por meio de microempresas individuais (MEIs).

O prazo será contado a partir da publicação da nova norma nesta quinta-feira.

Segundo denúncia da Associação Brasileira de Combate à Falsificação. (ABCF), corretores estavam criando microempresas em nome dos consumidores para a venda do plano de saúde. Isso acontecia, em muitos casos, sem a ciência dos consumidores de que seriam donos de uma empresa ou das implicações burocráticas de terem uma MEI.

Esses casos chamaram a atenção da Receita Federal, que suspendeu, temporariamente, cerca de 1,4 milhão de registros de microempresas que há dois anos estão inadimplentes com taxas mensais, não declararam Imposto de Renda e não têm movimentação de ganhos e despesas. Segundo a ABCF, o único registro de movimentação de 80% dessas MEIs foi a contratação do convênio.

Segundo a ANS, em resposta ao Valor, a manutenção de contrato de plano de saúde coletivo empresarial que não atenda às exigências da nova norma equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar.

"Uma vez verificada a ilegitimidade do contratante, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes", acrescentou a agência.

"A regularidade será aferida no momento da contratação e no mês de aniversário do contrato, inclusive para os contratos firmados antes da vigência da norma", informou a ANS.

Sobre eventual punição a operadoras ou administradoras de benefícios, a ANS informou que elas estão "sujeitas às penalidades cabíveis". "Pela legislação vigente, a multa prevista para a operadora

que mantiver contrato coletivo em desacordo com a regulamentação é de R\$ 50 mil", acrescentou a agência, em resposta ao Valor.

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