

15 de Março de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 13/03/2017

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de Março. O artigo “VGBL SAÚDE - NOVO PRODUTO A CAMINHO” é o produto que promete resolver, ou pelo menos diminuir, o impacto da mensalidade dos planos de saúde na terceira idade. Tramitando a mais de 5 anos no congresso, o projeto foi aprovado pela câmara de deputados em agosto de 2016 e há uma expectativa de apreciação e aprovação do senado em 2017.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

**UNIMED-RIO TEM ATÉ O DIA 24
PARA MOSTRAR QUE CUMPRE
ACORDO**

O Globo –14/03/2017

A Unimed-Rio tem até o dia 24 deste mês para demonstrar o cumprimento das metas estabelecidas no Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). Esse é o mesmo prazo dado ao Sistema Unimed para construir o consenso sobre o desenho a ser proposto à agência reguladora para a continuidade do acordo.

Renovado ou não o acordo, os cerca de 800 mil beneficiários da cooperativa carioca estão protegidos, ressalta o promotor Augusto Lopes, do Ministério Público de Niterói, que participou da negociação do TAC:

— O TAC não tem data de término, os prazos são para a renovação dos acordos de garantia de atendimento aos usuários. Hoje, o contexto é melhor do que há 90 dias, no que diz respeito à percepção dos hospitais, clínicas de diagnósticos e dos próprios consumidores em relação à empresa. Isso não quer dizer que a situação da Unimed esteja melhor, ainda vamos analisar. Mas é importante ressaltar que, seja qual for o desfecho, o consumidor não vai ficar desamparado.

INTERESSE DE MANTER ACORDO

Entre as comprovações que deverão ser apresentadas pela Unimed-Rio nos próximos dias, uma das mais importantes é a renovação do compromisso de, pelo menos, 80% da rede prestadora de serviço de atendimento ao beneficiário da empresa. A esse respeito, Fernando Boigues, vice-presidente da Federação dos Hospitais do Estado do Rio (Feherj), afirma que a operadora carioca vem horando o combinado no TAC.

— A Unimed-Rio está conseguindo cumprir o acordo. Os atrasos estão muito reduzidos e não têm ultrapassado 15 dias. Os prestadores têm interesse em que a operadora siga em atividade. Ela tem uma carteira de planos individuais que hoje não são mais comercializados. Seria um processo de alienação complexo — afirma Boigues, acrescentando que a renovação do acordo foi aprovada em assembleia no mês passado.

Sob direção fiscal da ANS há mais de dois anos e sob risco de ser liquidada, a Unimed-Rio trabalha para reequilibrar as finanças e manter suas operações. A situação da cooperativa se agravou em outubro, quando a agência recomendou a venda da carteira de beneficiários. O acordo prevê que o Sistema Unimed assumira a carteira, a menos que haja uma proposta melhor no mercado.

REUNIÃO COM MINISTRO DA SAÚDE

O TAC reuniu o MP, a operadora, a ANS, a Defensoria Pública, entidades representativas de hospitais, clínicas, laboratórios clínicos e regionais do sistema Unimed. E prevê, por exemplo, a quitação de dívidas de curto prazo, aporte de recursos, redução de reclamações, entre outros pontos.

Em nota, a Unimed-Rio disse ter “total confiança na extensão do prazo” e afirmou que cumpriu “os pontos acordados com todas as partes”. A cooperativa também ressaltou a prudência do prazo para construção de novos passos do acordo pelo Sistema Unimed.

Na semana passada, o presidente da Unimed-Rio, Romeu Scofano teve audiência com o ministro da Saúde, Ricardo Barros, para tratar da recuperação financeira da cooperativa. Segundo a Unimed, “a empresa está melhor em todos os aspectos em comparação à sua situação há seis meses”. “A perspectiva é de uma evolução significativa ao longo de 2017, tanto no âmbito econômico-financeiro, como nas atividades assistenciais e operacionais”, acrescentou a cooperativa.

CLÁUSULA QUE ACIONA COPARTICIPAÇÃO EM PLANO DE SAÚDE É VÁLIDA

Justiça em Foco –14/03/2017

A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) acolheu recurso da Unimed e reverteu uma condenação de pagamento de danos morais porque a operadora de plano de saúde acionou cláusula de coparticipação no custeio de uma internação psiquiátrica superior a 30 dias.

O entendimento de primeira e segunda instância é que, apesar da previsão legal (artigo 16 da Lei 9.656/98), a cláusula seria abusiva, por restringir o período de internação. A Unimed foi condenada a manter a internação, além de pagar danos morais à titular do plano.

A paciente invocou o artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que considera nula cláusula contratual que restringe direito ou obrigação fundamental inerente ao contrato.

O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ), ao analisar o caso, mencionou a Súmula 302 do STJ, que considera abusiva cláusula contratual que limita os dias de internação hospitalar. Mas, para os ministros da Terceira Turma, o caso tem uma particularidade que é

a previsão expressa de quando a cláusula de coparticipação é acionada.

Previsão expressa

Para a ministra relatora do recurso, Nancy Andrighi, a Unimed não cometeu qualquer infração contratual que justifique sua condenação. A magistrada explicou que o acórdão do TJRJ está em desacordo com o entendimento da Terceira Turma, que considera legítima a cláusula de coparticipação quando previamente expressa.

Nos casos em que há previsão contratual, a cláusula que aciona a coparticipação é válida. Segundo a ministra, o dispositivo é destinado à manutenção do equilíbrio entre as prestações e contraprestações que envolvem a gestão dos custos dos contratos de planos de saúde.

A ministra lembrou que o particular que busca um plano com essas condições tem ciência das restrições e dos benefícios.

“É bem verdade que quem opta pela modalidade de coparticipação gasta menos na mensalidade quando comparado a um plano tradicional, e deve ter ciência de que arcará, conforme o contrato de seguro de saúde escolhido, com parte do pagamento em caso de utilização da cobertura”, afirmou.

Os ministros concordaram com o argumento da Unimed de que o caso não era de limitação de internação, mas sim de mensalidade com coparticipação, devido à escolha da consumidora por pagar uma prestação mais barata.

IESS RECOMENDA CAUTELA NA ANÁLISE DO MERCADO

IESS –14/03/2017

O mercado brasileiro de planos de saúde encerrou fevereiro com 47,7 milhões de beneficiários, o que representa uma retração de 2,7% ou a perda de 1,3 milhão de vínculos na comparação com o mesmo mês do ano passado. Em relação a janeiro, o número permaneceu praticamente estável, com uma leve variação positiva de 0,3%, o que equivale a 143,9 mil novos vínculos. Os números integram a nova edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar com base nos dados da ANS que acabam de ser atualizados.

Na avaliação do superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, os dados devem ser analisados com bastante cautela. “Os números de beneficiários devem ser analisados, sempre, com base na variação de 12 meses”, alerta. “A variação mensal costuma ser imprecisa, pois além de ignorar comportamentos sazonais, os dados costumam ser corrigidos depois pela ANS”, completa.

O executivo lembra que, recentemente, houve um caso muito similar. “Em agosto de 2016 o mercado ensaiou comemorar uma alta no total de beneficiários após 14 quedas consecutivas. Contudo, no mês seguinte, os números foram corrigidos indicando outra retração.”

Carneiro destaca, ainda, que não há qualquer indicação de que o mercado irá mudar a tendência e retomar o crescimento nos próximos meses. “Enquanto a situação econômica do País não mudar e, principalmente, o saldo de empregos voltar a crescer, provavelmente não teremos aumento significativo no total de beneficiários. No máximo, veremos alguns soluções”, analisa.

De acordo com a NAB, o total de beneficiários com planos coletivos empresariais (aqueles fornecidos pelas empresas para seus colaboradores) recuou 2,7% entre fevereiro de 2017 e o mesmo

mês do ano passado. O significa 862,9 mil vínculos a menos. Mesmo com a queda, esse tipo de plano responde 66,4% dos contratos dos planos de saúde médico-hospitalares no Brasil. No mesmo período, 261,3 mil beneficiários de planos individuais ou familiares romperam os vínculos com seus planos. Retração, também, de 2,7%. Com o resultado, os planos individuais respondem por 19,6% dos vínculos no País.

A redução do total de beneficiários foi puxada pelos resultados da região Sudeste, que nos 12 meses encerrados em fevereiro deste ano perdeu 1,1 milhão de vínculos. Queda de 3,6%. Apenas no Estado de São Paulo foram 676,8 mil vínculos rompidos, o que equivale a 51,9% dos 1,3 milhão de vínculos rompidos no País.

Os números do Nordeste também se destacam. A região registrou leve retração de 0,5% em 12 meses, o que significa a perda de 31,2 mil beneficiários. Contudo, três estados apresentaram resultados positivos. Foram firmados 2,7 mil novos vínculos na Paraíba, um leve avanço de 0,6%. No Piauí, 6,9 mil novos beneficiários passaram a contar com plano de saúde, um aumento de 2,4%. E no Ceará, apesar de a alta ter sido proporcionalmente mais modesta, de 0,8%, o total de novos beneficiários foi ainda maior, chegando a 10,1 mil.

Outros três estados, no Norte do País, também registraram aumento do total de beneficiários: Tocantins, com alta de 1,5% (1,6 mil novos vínculos); Acre, com avanço de 3,2% (mais 1,5 mil beneficiários); e, Amazonas, com impulso de 4,1% (21,5 mil novos vínculos).

Carneiro explica que mesmo com o avanço registrado nesses estados, ainda é cedo para projetar uma recuperação no mercado nacional de planos de Saúde. “Esses estados representam uma parcela muito baixa do total de vínculos no País, até por isso, é mais fácil de apresentarem crescimento”, aponta. “Além disso, com a revisão no total de beneficiários que normalmente ocorre, é possível que os resultados desses estados tenham sido mais modestos do que a fotografia do momento está mostrando. Também não podemos desconsiderar a possibilidade de os números, após sua revisão, indicarem uma nova retração.”

FIM DO OBAMA CARE FARÁ 24 MILHÕES PERDEREM PLANO DE SAÚDE NOS EUA

Folha de São Paulo –13/02/2017

Um relatório divulgado nesta segunda (13) pelo Congressional Budget Office (CBO), agência não partidária ligada ao Congresso americano, prevê que, se aprovado, o projeto apresentado por republicanos para substituir o Obamacare faria com que 14 milhões de americanos perdessem seu seguro de saúde até 2018 e 24 milhões nos próximos dez anos, mas reduziria o déficit federal em US\$ 337 bilhões até 2026.

Nas projeções feitas pela agência, com o plano –que já passou em duas comissões da Câmara, mas enfrenta resistência até entre republicanos–, 52 milhões de pessoas não estariam seguradas em 2026, contra 28 milhões se for mantido o Obamacare.

O programa do governo Obama aumentou em 20 milhões o número de assegurados ao adotar medidas como obrigar que todos os americanos acima da linha da pobreza contratassem um plano básico de saúde e oferecer recursos federais aos Estados para ampliar o Medicaid, sistema público voltado aos mais pobres.

Segundo o relatório do CBO, a aplicação da proposta republicana, que prevê a suspensão da obrigatoriedade para os cidadãos e o corte dos recursos para os Estados ampliarem no Medicaid, porém, resultaria em uma queda do déficit de US\$ 337 bilhões na próxima década –o equivalente a 57% do déficit de US\$ 587 bilhões registrado em 2016.

Dos 14 milhões que perderiam a cobertura de saúde até 2018, 6 milhões deixariam seus planos individuais, 5 milhões deixariam de ser atendidos pelo Medicaid e 2 milhões perderiam a cobertura paga por empregadores. O projeto republicano libera empresários que empregam mais de 50 funcionários da obrigatoriedade, estabelecida pelo Obamacare, de pagar pelo seguro de 95% dos trabalhadores.

Nos próximos dez anos, contudo, os mais afetados serão os mais pobres. Dos 24 milhões que o CBO calcula que estariam sem seguro de saúde em 2026, 14 milhões são hoje beneficiados pelo Medicaid.

Trump, que havia dito na manhã desta segunda que o Obamacare é "um desastre" e está "implodindo", continuou com as críticas após a divulgação do relatório. "Se o Obamacare é tão bom, por que eles gastaram dezenas de milhões de dólares do contribuinte para 'bombá-lo'? RUIIM!"

O presidente recebeu na Casa Branca, na tarde de segunda-feira, um grupo de americanos insatisfeitos com o Obamacare e disse que a proposta republicana permitirá aos cidadãos escolher a cobertura do plano e os médicos que quiserem. "Nós não vamos ter um modelo único para todos."

O secretário de Saúde, Tom Price, disse discordar completamente do relatório da agência, sobre o qual "não se pode acreditar". Segundo ele, a conclusão do CBO se baseia só na primeira parte do plano republicano –que é o projeto apresentado no Congresso. Só que as outras fases ainda não foram divulgadas.

"Acreditamos que o plano que estamos colocando vai assegurar mais indivíduos do que temos hoje. Então achamos que o CBO simplesmente errou", disse Price.

PLANOS DE SAÚDE TÊM AUMENTO DE BENEFICIÁRIOS EM FEVEREIRO

Exame –13/03/2017

A quantidade de brasileiros cobertos por planos de saúde em fevereiro cresceu em 144 mil pessoas em relação ao verificado em janeiro, informou nesta segunda-feira, 13, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No total, 47,655 milhões de beneficiários dispunham de plano de assistência médica no mês, o que representa uma ligeira alta de 0,3% em comparação ao mês anterior.

Apesar disso, o volume é 2,65% inferior aos 48,957 milhões de brasileiros com cobertura médica em fevereiro de 2016.

A expansão dos beneficiários de planos de saúde em fevereiro em relação a janeiro se deu principalmente, explica a ANS, pelo aumento do contingente coberto por planos do tipo empresarial.

Foi constatada a inclusão de 158,9 mil pessoas nesta modalidade de cobertura, o que corresponde a 0,5% do volume total.

O avanço, entretanto, foi parcialmente compensado pelo recuo nas modalidades de contratação – planos coletivos por adesão e individuais/familiares –, comentou a ANS em nota.

Entre janeiro e fevereiro, Amil teve crescimento de 0,71% na carteira de clientes; Bradesco, de 0,22%; Hap Vida, de 2,26%; e Notre Dame, 0,24%. A Sul America ficou praticamente estável, com recuo de 0,01%.

No mesmo período, foi verificado um aumento de 0,65%, ou 143,1 mil, no volume de pessoas cobertas por planos exclusivamente odontológicos – passando de 22,142 milhões em janeiro para 22,285 milhões em fevereiro.

A Odontoprev, com 5,46 milhões de beneficiários, teve alta de 0,03% na carteira de clientes. Amil cresceu 0,04%; Hap Vida, 2,96%; Notre Dame, 4,48%; e Met Life, 3,84%. A Sul America registrou queda de 0,66%.

Os dados foram publicados na Sala de Situação, um painel disponibilizado na página da ANS na internet que mostra dados do setor.

ANS CHAMARÁ ENTIDADES PARA AVALIAÇÃO SOBRE PLANO POPULAR

G1 –13/03/2017

Desde 2011 O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), José Carlos de Souza Abrahão, disse no dia 13 de março que deverá soltar uma portaria nos próximos dias referente aos planos de saúde populares, proposta do atual governo. Ele diz que irá convocar “todos os especialistas” para uma discussão mais ampla sobre o assunto.

“Isso vai ser mais que uma consulta popular. Vai ser uma oportunidade de uma discussão pública com a ajuda dos órgãos de defesa do consumidor, prestadores do serviço, operadoras, integrantes da academia, conselhos de medicina, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil”, disse.

De acordo com Abrahão, a agência aguarda uma resposta sobre uma parte da proposta, que tem três páginas, e precisa ser enviada pelo Ministério da Saúde. Após o envio, a portaria com mais detalhes sobre os próximos passos para a análise técnica sobre o projeto de planos populares será publicada no Diário Oficial.

“Na hora em que eu receber [o documento do ministério] publicarei a portaria. O cronograma é de, provavelmente, 60 dias para o grupo trabalhar e mais 60 dias que podem ser prorrogados. No máximo 120 dias para que a gente tenha um posicionamento de o que fazer com isso”, explicou.

Plano de saúde popular

No ano passado, o Ministério da Saúde anunciou um projeto de “planos de saúde populares”, serviços que estariam disponíveis a preços mais baixos, mas com uma cobertura menor do que é exigida hoje pela ANS. Um grupo de trabalho criado pela pasta elaborou três propostas de modelo para esses planos. Enviadas

para a avaliação da ANS, as propostas incluem um plano que não cobre internação, urgência nem exames de alta complexidade.

Agora, cabe à ANS verificar a legalidade e pertinência das medidas sugeridas e decidir se as adotará ou não.

Ainda não foi divulgada qual poderá ser a mensalidade dos planos de saúde acessíveis, mas eles devem envolver uma coparticipação maior dos usuários no pagamento dos serviços realizados, aumento do prazo para agendamento de consultas e cirurgias, maior flexibilidade para reajuste das mensalidades, planos regionalizados (com serviços disponíveis apenas em determinada região) e rede de saúde hierarquizada (semelhante ao praticado no SUS, em que o paciente só pode marcar consulta com especialista depois de encaminhamento a partir de serviços de atenção básica).

Segundo nota divulgada pelo Ministério da Saúde, as propostas enviadas para a ANS são:

Plano simplificado – cobertura inclui atenção primária (atendimento não-especializado), consultas com especialistas e exames de diagnóstico de baixa e média complexidade. Não inclui internação, terapias e exames de alta complexidade nem atendimento de urgência e emergência.

Plano ambulatorial + hospitalar – cobertura inclui atenção primária e atenção especializada de média e alta complexidade. Para ter acesso aos cuidados especializados, o paciente deve passar obrigatoriamente por uma avaliação prévia do médico da família ou da atenção primária. O sistema é semelhante ao adotado pelo SUS, em que o atendimento com especialistas só é feito mediante encaminhamento de um serviço básico de saúde.

Plano em regime misto de pagamento – paciente tem acesso a serviços hospitalares, terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial mediante pagamento dos procedimentos com os valores previstos no contrato.

Segundo o Ministério da Saúde, as propostas visam a “dar alternativa aos 2 milhões de brasileiros que perderam seus planos de saúde”.

PROPOSTA DE PLANOS ACESSÍVEIS ABRE DISCUSSÃO

FenaSaúde –13/03/2017

Já estão com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as sugestões do grupo de trabalho, coordenado pelo Ministério da Saúde, sobre a criação de planos de saúde acessíveis à população. A partir de agora, o órgão regulador irá compor um Grupo de Trabalho – formado por servidores de todas as diretorias e da Procuradoria Geral da Agência – para avaliar, de forma técnica e jurídica, a viabilidade das sugestões recebidas.

Em dois anos, entre dezembro de 2014 e o mesmo mês de 2016, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas perderam o vínculo com o plano de saúde. A queda acentuada do número de beneficiários eleva as despesas per capita das operadoras e impacta na

precificação do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar. Essa grave situação levou a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e mais outras 20 instituições vinculadas ao setor, aos Órgãos de Defesa do Consumidor e ao Ministério da Saúde a debaterem o tema com o objetivo de combater a escalada de custos do segmento e ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as reais necessidades da população.

“Este é o maior mérito de toda essa discussão. Mostrar a sociedade brasileira que a sustentabilidade do setor de saúde suplementar corre um grande risco diante do acelerado crescimento das despesas assistenciais. O consumidor precisa fazer parte desse debate para apontar que tipo de produto vai caber no seu bolso”, afirmou Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Gráfico 1 – Despesas per capita

Ano	IPCA ¹	Despesa assistencial per capita (R\$) ²	Despesa assistencial per capita Δ (%)	Despesa assistencial per capita real Δ (%)
2008	5,68	1.170,38	9,60	3,71
2009	4,89	1.274,41	8,89	3,81
2010	5,04	1.337,44	4,95	(0,09)
2011	6,64	1.483,31	10,91	4,00
2012	5,40	1.675,62	12,97	7,17
2013	6,20	1.844,30	10,07	3,64
2014	6,33	2.101,08	13,92	7,14
2015	9,03	2.378,42	13,20	3,82
2016 ³	8,74	2.788,95	17,26	7,84
Δ (%)				
Acumulado 2007 - 2016	65,79	138,29		43,73

Fontes: Sistema de informações de beneficiários - SIB/ANS/MS - Tabnet - Extraído em 1/12/16. IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor IPCA - Extraído em 25/1/17.

Notas: ¹IPCA - Variação do índice médio de cada ano. ²Considera apenas as operadoras médico-hospitalares. ³Despesa assistencial realizada até setembro de 2016 e projetada para o último trimestre do ano.

Entre as propostas apresentadas, a da Federação foca a implementação de uma rede hierarquizada – com incentivo ao cuidado primário e acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária, com profissional de saúde escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este especialista (clínico geral, ginecologista ou pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede credenciada. “Acreditamos que esta medida, além de diminuir desperdícios, promove uma atenção à saúde de forma organizada”, enfatizou Solange Beatriz.

Outro ponto defendido pela FenaSaúde é o incentivo ao fator moderador, como coparticipação. “Entendemos que a coparticipação faz com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua própria saúde”, defende a executiva. Solange Beatriz, no entanto, alerta que, para tanto, o produto deve ter um tratamento regulatório específico por parte da ANS com vista a redução do custo da regulação e redução de taxas e burocracia.

“Quando o beneficiário passa a arcar com parte do custo de determinado procedimento, ele naturalmente tende a evitar o uso desnecessário de recursos e passa a ter uma relação de maior responsabilidade e racionalidade dentro do sistema de saúde. Muitas vezes, na ausência de coparticipação, as pessoas tendem a ter pouca preocupação com a real necessidade de se buscar o atendimento e pouca ou nenhuma preocupação com os custos. A coparticipação visa reduzir esse estímulo à superutilização de alguns recursos. Como o sistema é baseado no mutualismo, todos acabam pagando pelo desperdício, uma vez que as mensalidades acabam sendo majoradas”, explicou a presidente da FenaSaúde.

A coparticipação já é bastante comum em diversos países, tanto em sistemas públicos quanto privados. Apesar de ainda pequeno o percentual de participantes com coparticipação, esse tipo de mecanismo vem crescendo com o passar dos anos. Em 1998, o total era de 17% de participantes com coparticipação, passando a pouco mais de 32% no ano de 2008. Atualmente, cerca de 23 milhões de pessoas contam com planos com coparticipação.

Gráfico 2 – percentual de participantes com coparticipação

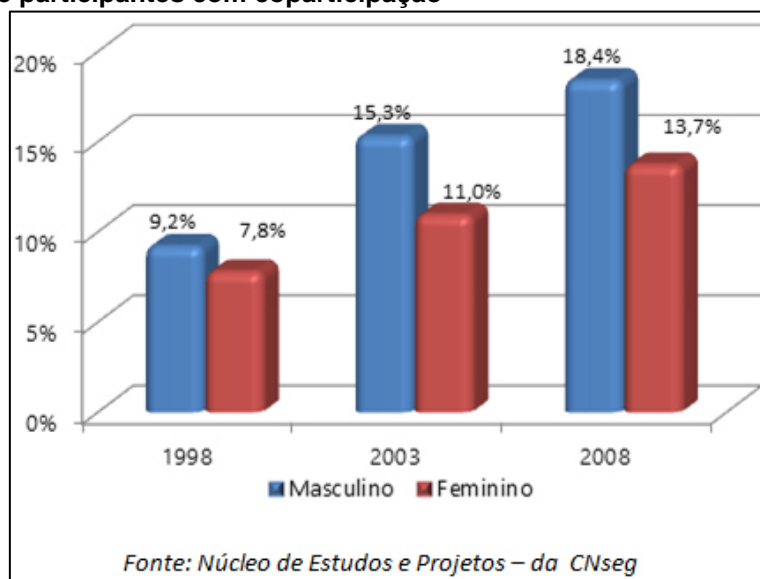
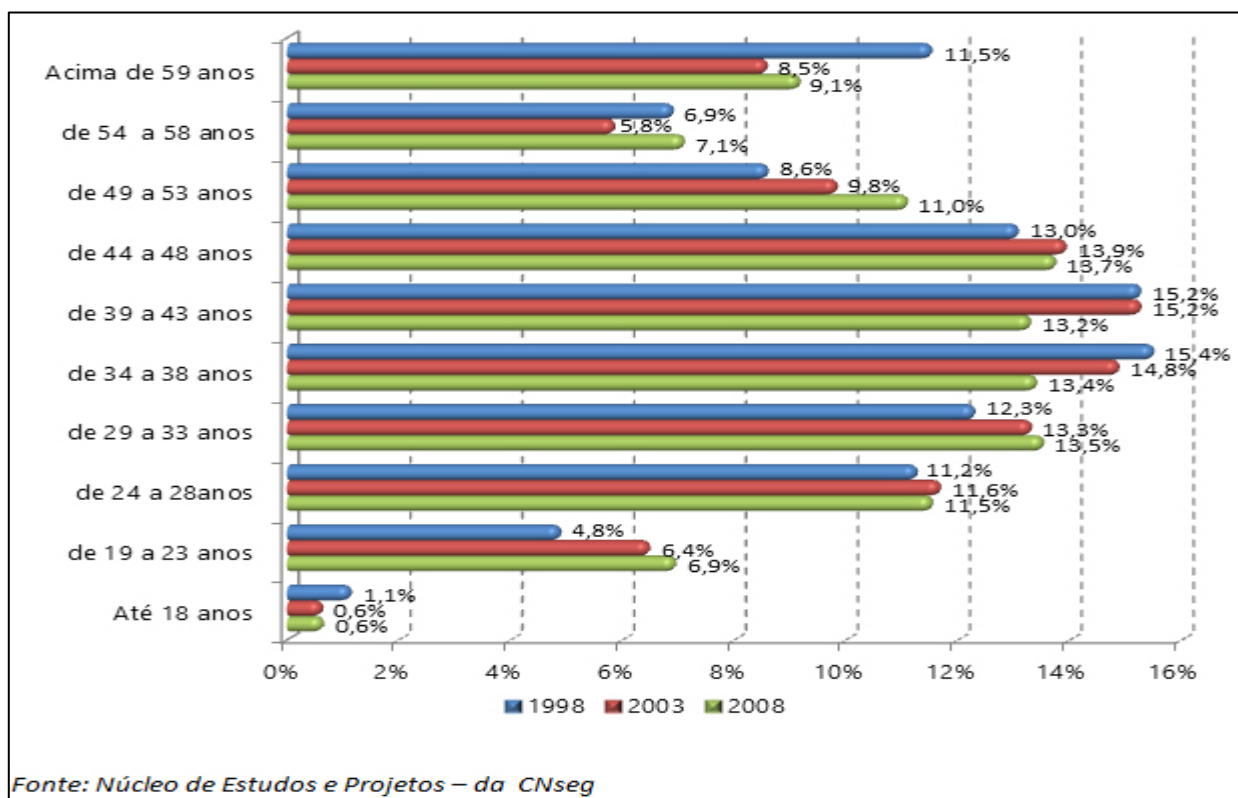


Gráfico 3 – Distribuição Proporcional dos Participantes com Coparticipação por Faixa de Idade



Outras propostas – Dentre as demais propostas apresentadas ao Ministério da Saúde, a FenaSaúde também apoia a obrigatoriedade da segunda opinião médica nos casos de alta complexidade; e a formatação de um Plano Regionalizado com cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município.

Tal ação consiste no credenciamento dos serviços existentes na região, que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde da ANS.

COMISSÃO DISCUTE A ADOÇÃO DE NOVO MODELO DE CAPITAL ANS –10/02/2017

Desde 201 Representantes do setor de planos de saúde participaram no dia 06/03 da 2ª reunião da Comissão Permanente de Solvência criada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2014 para identificar e quantificar os riscos enfrentados pelas operadoras. No encontro foi debatida a ideia de adoção de modelo de capital baseado em riscos, e apresentados os principais resultados do Questionário de Riscos elaborado pela ANS (respondido voluntariamente pelas operadoras) para compreensão dos aspectos que podem afetar as operadoras de planos de saúde.

“Estamos retomando as atividades da Comissão com dois grandes objetivos. Em curto prazo, pretendemos discutir os riscos associados à operação de planos de saúde, definindo as etapas que merecem maior atenção e incentivo. A médio e longo prazo visamos um planejamento regulatório que promova uma reforma na regra de capital do setor. A ideia é adotarmos o modelo de capital baseado nos riscos e peculiaridades do setor de saúde suplementar, com a regulação dando respaldo à adesão do mercado”, afirmou no abertura do encontro o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, Leandro Fonseca da Silva.

Segundo o diretor, a intenção não é mudar já a regra vigente (que é a de margem de solvência), mas planejar o modelo seguinte e discutir incentivos regulatórios para a adoção imediata de modelos de capital baseados em risco. “Por todos esses motivos, teremos muito trabalho a realizar nesta Comissão com representantes de operadoras e de entidades do setor. Contamos com a contribuição de todos”, garantiu Fonseca, ao lado da coordenadora da Comissão, a assessora de Normas e Habilitação das Operadoras Tatiana Lima.

Tatiana lembrou que a regra atual tem alguns problemas que merecem revisão. “Ela é baseada em fatores simples, receitas e eventos, que não necessariamente se correlacionam com os riscos que as operadoras enfrentam. Além disso, não distingue entre as características individuais de cada operadora”, explicou, enumerando as três metas principais da Comissão até 2018: instituir políticas não obrigatórias para aumento da eficiência e diminuição do risco de operadoras de pequeno e médio porte; desenvolver modelo para estimação do valor em risco (risco de subscrição) e revisar cálculo do patrimônio mínimo necessário para atuação no setor.

O 3º encontro dos membros da Comissão Permanente de Solvência será realizado no dia 05/05, quando serão debatidas políticas de aumento de eficiência e diminuição dos riscos.

Resultado do Questionário de riscos

Em dezembro de 2015, após o 1º encontro da Comissão, 1.216 operadoras foram convidadas a responder ao Questionário de Riscos elaborado pela ANS. Destas, 591 encaminharam suas respostas à Agência. Há, proporcionalmente, mais cooperativas médicas e medicinas de grupo entre as operadoras que responderam ao questionário do que na composição do setor à época. O principal segmento de atuação da maior parte das operadoras que participaram do questionário é o de planos coletivos empresariais em pré-pagamento, mas 151 operadoras afirmaram que concentram suas despesas com esforço de vendas em planos individuais.

As respostas ao questionário mostram um quadro abrangente e relevante do setor. Desde os canais de vendas utilizados e relações com prestadores até a gestão dos processos internos foram abordados. De um lado, o resultado mostra operadoras com dificuldades para planejar suas ações mesmo no curto prazo; do outro, a quantidade de operadoras que já utilizam modelos próprios para gerenciar seu capital surpreende.

Desatacam-se os seguintes resultados:

- A principal forma de gerenciamento do risco assistencial é por meio de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Muitas operadoras informaram não ter havido planejamento em relação às vendas em 2014;
- Em termos de planejamento de longo prazo, a maior parte das operadoras não efetua simulações relativas à performance futura de sua carteira, no que se refere ao envelhecimento e à performance futura da carteira;
- A maior parte não tinha nota técnica atuarial relativa a provisões técnicas aprovada na ANS;
- A maior parte não tem área responsável pelo gerenciamento de riscos, tampouco setor responsável pela avaliação do risco de subscrição;
- Quase um quarto das operadoras utiliza modelo próprio para avaliação gerencial do capital;
- A ANS exerce grande influência na escolha dos investimentos das operadoras;
- Apenas 31% das operadoras estabeleceram formalmente regras e códigos de conduta/ética que protegem sua integridade e continuidade, sendo essas regras estabelecidas de forma sistemática e incorporadas à cultura organizacional;
- 34% das operadoras não têm qualquer política de divulgação e transparência de suas informações na Internet.

[Confira aqui a apresentação com o conteúdo exposto no 2º encontro da Comissão.](#)

ANS PROÍBE VENDA DE NOVOS PLANOS DE SAÚDE DE 7 OPERADORAS

Valor Econômico – 10/02/2017

Desde 2011 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) suspendeu a venda de 35 planos de saúde de sete operadoras. Desses 35 convênios médicos, 18 são da Unimed-Rio.

A proibição de novos contratos para esses planos começa a valer no dia 17, pelo período de três meses, podendo ser renovado por mais ciclos até que os problemas apontados pelo órgão regulador sejam solucionados.

As outras operadoras proibidas de comercializar novos contratos de determinados planos de saúde são: Saúde Sim, Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas, Serra Imperial, Ecole, Associação Santa Casa de Saúde Sorocaba e Federação das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima.

GARANTIA DE ATENDIMENTO: ANS SUSPENDE VENDA DE 35 PLANOS

ANS – 10/03/2017

Desde 2011 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou a suspensão da comercialização de 35 planos de saúde de sete operadoras em função de reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento, recebidas no 4º trimestre de 2016. A medida passa a valer em 17/03, e faz parte do monitoramento periódico realizado pela ANS pelo Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento.

“O Monitoramento é um dos instrumentos da ANS para garantir o correto atendimento aos beneficiários dentro dos prazos estabelecidos pela Agência. A medida tem se mostrado eficaz especialmente quando evitamos, por meio da suspensão, o ingresso de novos consumidores em planos que não estão atendendo seus clientes de forma satisfatória. Agindo preventivamente, alertamos as operadoras para a urgência na adoção de medidas para a melhoria da assistência prestada”, esclarece a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos, Karla Santa Cruz Coelho”.

Resultados do 4º trimestre de 2016

No período de 01/10 a 31/12/2016, a ANS recebeu 16.169 reclamações de natureza assistencial em seus canais de atendimento. Desse total, 12.946 queixas foram consideradas para análise pelo programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento. São excluídas as reclamações de operadoras que estão em portabilidade de carências, liquidação extrajudicial ou em processo de alienação de carteira, cujos planos não podem ser comercializados em razão do processo de saída ordenada da empresa do mercado. No universo avaliado, 89,1% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garantiu a solução do problema a esses consumidores com agilidade.

Os planos de saúde suspensos possuem juntos cerca de 230 mil beneficiários. Estes clientes continuam a ter a assistência regular a que têm direito, ficando protegidos com a medida, uma vez que as operadoras terão que resolver seus problemas assistenciais para que possam receber novos beneficiários.

Unimed-Rio

A Unimed-Rio informou na sexta-feira, por meio de comunicado, que a proibição de venda de novos contratos de 18 planos de saúde refere-se às reclamações registradas entre outubro e dezembro do ano passado e que hoje já “superou todas as metas de redução de reclamação de clientes” determinadas pela ANS.

A cooperativa médica carioca assinou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) que exige, entre outros itens, a redução de reclamações de usuários. O TAC foi assinado com a ANS e Ministério Público e tem por finalidade a reestruturação da situação financeira da Unimed-Rio.

“Pelo documento, as metas de redução eram de 5%, 10% e 15% para dezembro, janeiro e fevereiro, respectivamente, em comparação ao volume de reclamações de setembro. Os índices atingidos pela cooperativa foram 36%, 45% e 58% também respectivamente. Lembramos que, apesar dos 18 produtos suspensos, tivemos 13 liberados para comercialização”, informa comunicado da cooperativa.

Das sete operadoras com planos suspensos neste ciclo, três já tinham planos suspensos no período anterior (3º trimestre), e quatro não constavam na última lista de suspensões. Paralelamente, 10 operadoras poderão voltar a comercializar 46 produtos que estavam impedidos de serem vendidos. Isso acontece quando há comprovada melhoria no atendimento aos beneficiários. Das 10 operadoras, sete foram liberadas para voltar a comercializar todos os produtos que estavam suspensos, e três tiveram reativação parcial.

A medida é preventiva e perdura até a divulgação do próximo ciclo. Além de terem a comercialização suspensa, as operadoras que negaram indevidamente cobertura podem receber multa que varia de R\$ 80 mil a R\$ 250 mil.

[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](#)

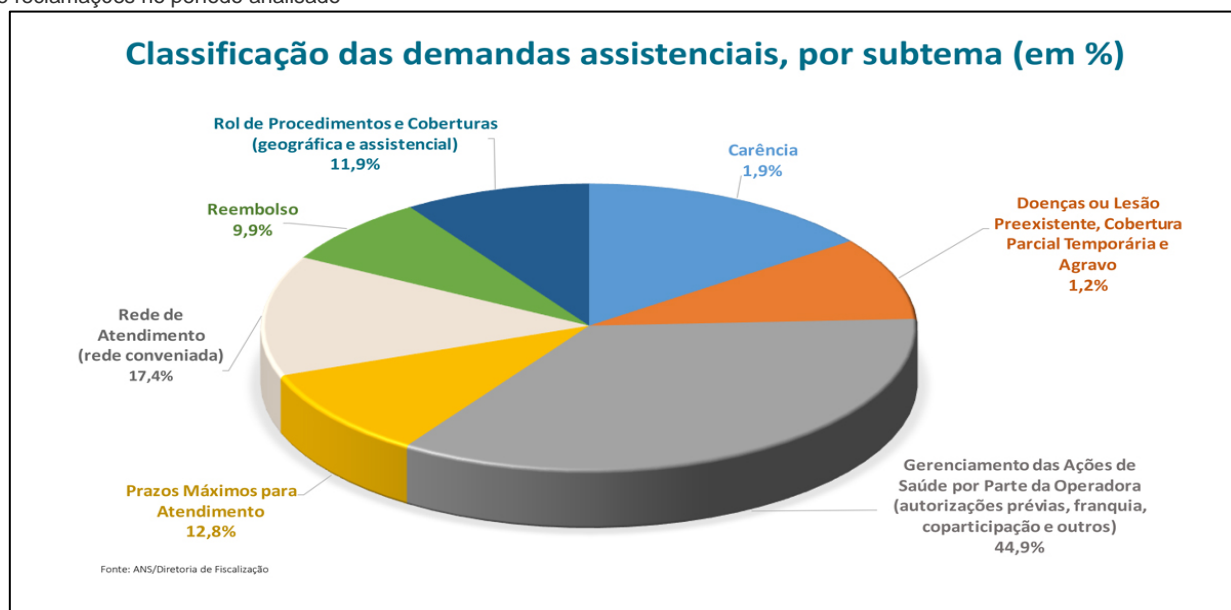
[Veja a classificação de todas as operadoras](#)

[Veja a apresentação dos resultados](#)

Resumo dos Resultados do Programa de Monitoramento – 4º tri/2016

- 7 operadoras com planos suspensos
- 35 planos com comercialização suspensa
- 229.082 mil consumidores protegidos
- 46 planos reativados
- 7 operadoras com reativação total de planos (25 produtos)
- 3 operadoras com reativação parcial de planos (21 produtos)

Perfil de reclamações no período analisado



Informações detalhadas por operadora e por faixa de classificação

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

Para dar maior 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).

[Faça a consulta por operadora de plano de saúde](#)

Perguntas & Respostas

1. Qual o objetivo do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento?

O Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento tem o objetivo de identificar, trimestralmente, o comportamento das operadoras de planos de saúde em relação à assistência prestada a seus beneficiários. Com base em reclamações realizadas junto aos canais de atendimento da ANS, é possível verificar se o serviço é feito de forma adequada e em tempo oportuno e comparar as operadoras de acordo com a modalidade.

2. Como é a metodologia do programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento?

A metodologia que vem sendo aplicada desde o terceiro trimestre de 2015 distribui as operadoras de planos de saúde em faixas que vão de 0 a 3, sendo zero o melhor resultado.

Essas faixas representam o número de reclamações consideradas procedentes sobre cobertura assistencial (negativas ou demora no atendimento, por exemplo) em relação ao total de beneficiários da operadora. A comparação entre as operadoras se dá de acordo com o tipo de assistência: médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica.

Os interessados também podem consultar a situação de todas as operadoras no programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento e analisar as empresas que prestam melhor assistência e aquelas que apresentam maior risco em relação ao

serviço que prestam aos seus consumidores. É importante esclarecer que são excluídas desse monitoramento as operadoras em processo de alienação de carteira e em portabilidade especial/extraordinária de carteiras, por estarem obedecendo ao rito de saída ordenada do mercado de saúde suplementar.

3. Como é feito o cálculo do indicador?

O cálculo do indicador que situará a operadora em determinada faixa é feito dividindo o número de reclamações que indiquem restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito NIP, pela média de beneficiários dos últimos três meses informados pela operadora. As operadoras que apresentam o maior número de reclamações assistenciais, tendo em conta o número de beneficiários e segmentação assistencial, terão um resultado maior no indicador, sendo enquadradas nas faixas superiores do monitoramento.

4. O que diferencia cada uma das 4 faixas?

Faixa 0 – operadoras sem reclamações consideradas procedentes registradas nos canais de atendimento da ANS

Faixa 1 – operadoras que apresentaram resultado abaixo da mediana

Faixa 2 – operadoras que apresentaram resultado igual ou acima da mediana e menor ou igual a 50% acima da mediana

Faixa 3 – operadoras que apresentaram resultado maior que 50% acima da mediana. Também inclui as operadoras que deixaram de prestar informações obrigatórias à ANS.

5. O que leva uma operadora a ter a comercialização de planos suspensa?

A identificação do risco apresentado pela operadora e a reincidência na faixa mais gravosa em dois trimestres seguidos são os fatores que levam uma empresa a ter a comercialização de seus planos suspensa. Em função disso, caso não tenha havido redução de pelo menos 10% no Índice da Operadora (IO) de um trimestre para o outro ou caso o seu IO tenha sido identificado como discrepante, haverá a suspensão da comercialização. É importante ressaltar que as operadoras que se encontram na faixa mais gravosa também poderão sofrer outras medidas administrativas pela ANS.

MODELO DE PLANO DE SAÚDE POPULAR É CRITICADO POR ENTIDADES

O Globo –09/03/2017

Desde 2011 a proposta de um plano de saúde popular enviada pelo governo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi mal recebida por especialistas, entidades de defesa do consumidor e até por médicos. A ideia da medida é trazer de volta os 2,8 milhões de brasileiros que perderam acesso a esse serviço nos últimos dois anos, acenando com novas modalidades de produtos que podem ter mensalidades de 20% a 38% mais baratas que as tradicionais, segundo estimativas das empresas. Para economizar todo mês, no entanto, o usuário pode ter que pagar por fora mais de 50% do valor do procedimento — a chamada coparticipação —, se submeter a reajustes sem regulamentação e se contentar com uma cobertura mais restrita. Analistas destacam que esses pontos podem significar um retrocesso de direitos e, nos casos dos modelos mais restritos, empurrar para a fila da rede pública quem precisar de atendimento de alta complexidade.

Ainda não há prazo para que as medidas entrem em vigor, e os pontos podem ser modificados nos próximos meses. A ANS informou que pediu mais informações para analisar a proposta, fruto de discussões de representantes de empresas, órgãos de defesa do consumidor e do governo. Quando receber mais material, a agência formará um novo grupo de trabalho, que terá 60 dias para discutir a viabilidade técnica e criar um produto.

Serão analisados três modelos: simplificado, ambulatorial/hospitalar e regime misto de pagamento. O mais restrito é o simplificado, que não cobre internações, exames de alta complexidade e atendimento de emergência. Só consultas e terapias de baixa e média complexidade estariam disponíveis.

‘CRISE NÃO JUSTIFICA RETROCEDER’, DIZ OAB

No plano ambulatorial mais hospitalar, não há restrição em relação à complexidade, mas o atendimento hospitalar — como uma cirurgia, por exemplo — estaria condicionado a uma segunda opinião médica. Ainda não está claro para especialistas como funcionaria o regime misto. Uma das possibilidades é que o modelo seja semelhante aos planos odontológicos, em que o consumidor paga até 100% do valor do procedimento, porém mais baixos que os praticados pelo mercado por serem negociados pelas operadoras com os profissionais.

As sugestões incluem ainda regras gerais, que seriam aplicadas a todos os modelos. Um dos pontos polêmicos é a previsão de que os reajustes sejam definidos com base na planilha de custos das

operadoras, que em 2016 ficou 17% mais cara, maior que o reajuste de 13,57% autorizado pela ANS para os planos individuais.

Para o diretor da Clínica São Vicente e fundador do site Observatório da Saúde, Luiz Roberto Londres, o projeto representa o oposto do que prevê a Constituição, que diz, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Ele lembra que a assistência à saúde pública sempre visou principalmente àqueles que não tinham possibilidades de pagar atendimentos e tratamentos.

— É a criação de uma importante diferenciação em função da capacidade financeira de cada um. Esse projeto desconsidera o que diz a Constituição, que veda a subvenção do governo às instituições privadas com fins lucrativos. Esse projeto deixa para o setor privado o atendimento à saúde básica.

Para Maria Inês Dolci, coordenadora Institucional da Proteste Associação de Consumidores, a proposta não traz vantagem para o consumidor:

— Não adianta oferecer planos baratos, criando uma falsa expectativa de atendimento no consumidor, se posteriormente o custo do plano se tornará oneroso em razão de reajustes ou de mecanismo de regulação financeira de caráter restritivo.

Para Daniela Trettel, defensora pública de São Paulo e pesquisadora, o projeto se assemelha aos falsos coletivos, planos por adesão mais baratos.

— No plano por adesão, o preço inicial é baixo e são aplicados reajustes absurdo. De repente as pessoas se veem obrigadas a sair. Nos planos populares, pode ser a mesma coisa.

Em nota, o presidente da Organização dos Advogados do Brasil (OAB), Claudio Lamachia, afirma que a alternativa é preocupante. “É absurdo imaginar que aqueles que necessitam de atendimento médico-hospitalar possam ficar à mercê da sorte com planos de saúde que não contemplam internação, urgência e exames de alta complexidade. Crise não é justificativa para retroceder”, diz a nota.

Sandro Leal, superintendente de Regulação da Fenasauúde, argumenta que a questão é discutir modelos viáveis, “que caibam no bolso da população”. Hoje, não há limites para percentual de coparticipação, mas a média nos contratos fica entre 30% e 35%.

Segundo Antonio Carlos Abbatepaolo, diretor executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o percentual de coparticipação vai depender do mercado, de cada operador:

— O foco das empresas é na participação em consultas e exames. É preciso detalhar isenções para internações ou cirurgias.

DEFENSORIA DO RIO E QUALICORP ASSINAM ACORDO

O Globo –09/03/2017

O Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) da Defensoria Pública do Rio e a Qualicorp assinam, na quinta-feira, termo de cooperação que tornará mais rápida a solução de demandas relativas aos planos de saúde coletivos administrados pela empresa, líder na comercialização e administração de planos de saúde coletivos e serviços em saúde, contando com mais de 4,6 milhões de beneficiários.

Ao assinar o documento, a Qualicorp se compromete a colocar à disposição da Defensoria um canal exclusivo pelo qual serão encaminhadas as reclamações dos clientes levadas ao

conhecimento dos defensores públicos. Os casos urgentes deverão ser respondidos em três horas; os demais, em até três dias úteis. O termo de cooperação entre a Defensoria e a administradora de benefícios não inclui demandas de urgência e emergência ocorridas fora do horário comercial e em dias não úteis, fins de semana e feriados.

– A ideia é estabelecer procedimentos e canais de comunicação eficientes, padronizados e formais entre a Defensoria e a administradora de benefícios, o que garantirá atendimento ainda mais ágil e satisfatório aos consumidores que nos procuram – explica a coordenadora do Nudecon, Patricia Cardoso.

Essa é mais uma iniciativa do Nudecon em favor da solução extrajudicial de conflitos que, ao priorizar a conciliação entre consumidores e fornecedores, colabora para reduzir o número de ações em tramitação no Poder Judiciário.

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