

**04 de abril de 2018**

## **TCU DETERMINA A ANS QUE FAÇA MUDANÇAS PARA EVITAR AUMENTO ABUSIVO DE PLANOS DE SAÚDE**

O Globo – 03/04/2018

Agência tem 120 dias para apresentar planos que inibam reajustes excessivos

BRASÍLIA - O Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não tem mecanismos eficientes para evitar aumentos abusivos nas mensalidades dos planos de saúde.

Desde a criação da agência reguladora, no ano 2000 até 2017, as mensalidades dos planos de saúde foram reajustadas em 40% acima da inflação medida pelo IPCA. No ano passado, os contratos individuais foram reajustados em 13%, enquanto a inflação foi de cerca de 3%.

O TCU determinou que a ANS realize, em um prazo de 180 dias, um plano para implementar mudanças que inibam reajustes abusivos.

A ANS informou que ainda não foi notificada da decisão do Tribunal de Contas e que aguarda o comunicado oficial do Tribunal para que possa analisar o teor da decisão e encaminhar sua manifestação no prazo estipulado.

Em nota, a agência esclarece que regula o setor de planos privados de assistência à saúde, tanto os planos individuais quanto os coletivos, conforme determina a Lei nº 9.656/1998. Com relação ao reajuste, a ANS ressalta que monitora regularmente os percentuais aplicados aos contratos coletivos e todas as reclamações registradas sobre reajuste são apuradas. Além disso, diz a ANS, obriga as operadoras a disponibilizarem a memória do cálculo do reajuste de

planos coletivos para o contratante, explicando, dessa forma, como chegaram ao percentual aplicado.

"É importante destacar que, para proteger o consumidor que está em planos coletivos com até 30 beneficiários, a ANS instituiu o chamado "pool de risco", que garante mais estabilidade aos índices praticados pelo mercado, uma vez que as operadoras são obrigadas a definir um único percentual para todos os contratos de sua carteira. Nos planos coletivos com mais de 30 beneficiários, o reajuste é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e contratantes. Nesses casos, a Agência entende que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que tende a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante", completa a nota da ANS, esclarecendo ainda que o reajuste abusivo "é aquele que não consta no contrato assinado entre a operadora e o cliente".

A ANS calcula que existem no país 47 milhões de pessoas com planos de saúde. O setor movimenta aproximadamente R\$ 161 bilhões ao ano. Para contornar os sucessivos aumentos acima da inflação, usuários de planos de saúde têm recorrido à Justiça. Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), 75% dos reajustes que vão parar na Justiça são considerados abusivos.

Ou seja, de cada quatro pessoas que recorrem ao Judiciário contra os reajustes, três conseguem suspender os aumentos. A pesquisa avaliou decisões de 11 tribunais do país entre 2013 e 2017.

O Idec recomenda aos usuários que solicitem às empresas informações sobre os motivos do reajuste. Se não houver respostas ou se as repostas forem vagas, o usuário deve procurar a Justiça comum ou os juizados especiais.

Já a ANS ressalta que, caso o consumidor julgue o percentual de reajuste irregular ou abusivo, seja em planos coletivos ou em planos individuais, deve registrar a reclamação junto à operadora e denunciar à ANS pelo Disque ANS (0800 701 9656), pela Central de Atendimento no portal [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pessoalmente, em um dos Núcleos de Atendimento da ANS.

## **ANS QUER AUMENTAR PARTICIPAÇÃO DE OPERADORAS NA PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL**

Agência Brasil – 03/04/2018

A Agência Nacional de Saúde (ANS) quer aumentar a participação das operadoras de planos de saúde na promoção de partos normais.

A partir do programa Parto Adequado, 127 hospitais e 62 das operadoras já estão engajadas no processo de redução do número de cesáreas na rede particular de saúde.

Cada uma dessas companhias tem ao menos um hospital credenciado incluído no programa, que disponibiliza infraestrutura e orienta médicos e gestantes sobre a escolha do modelo de parto.

Segundo a gerente do programa na ANS, Ana Paula Cavalcanti, a ideia é que, além de incluir mais maternidades no projeto, as operadoras também tenham ações para toda a rede de conveniadas.

"Além de expandir, monitorar os resultados no conjunto das suas beneficiárias, fazer indução em toda a rede de maternidades", disse.

### **Resultados**

Em 2017, quando foi implementada a segunda fase do programa, o número de partos normais cresceu 6,3%, com grande probabilidade de não ter as condicionantes que indicariam a necessidade de uma cesárea. Entre as mulheres nos 127 hospitais participantes do projeto, o percentual de partos vaginais chegou a 47%. Entre os itens de classificação usados para identificar as gestantes pertencentes a este grupo estão o número de filhos, a quantidade e posicionamento dos fetos e o período de gravidez. A metodologia foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde.

As cesáreas desnecessárias acabam tendo efeitos negativos para a recuperação tanto da mãe quanto do bebê. "O que acontece na cesárea desnecessária? Ela é marcada antes do trabalho de parto. A mãe não está preparada, o bebê não está preparado. O pós-operatório da mãe é muito pior do que se ela tivesse um trabalho de parto, e um parto normal", disse a coordenadora do projeto, no hospital Albert Einstein, Rita Sanchez. A instituição é um dos parceiros na construção da iniciativa.

A médica destacou que, segundo a OMS, o número de partos nos quais a cesárea seria o método mais indicado é de cerca de 15%. No entanto, ela afirmou que esse percentual chega a 85% na rede de saúde privada. "A OMS preconiza que nós precisamos só de 15% de cesáreas. Existem várias publicações novas e várias discussões chegando em torno de 20% e 25% como patamar razoável."

Para aumentar o número de partos normais, um dos pontos fundamentais, de acordo com Rita, é mudar o paradigma da cesárea entre os profissionais de saúde. "Fazer a revisão de todos os protocolos. Para aqueles que estão fazendo só cesárea nas últimas três décadas adquirirem novamente confiança no parto normal."

## NOVO ESTUDO PROJETA ALTA NOS GASTOS

IESS –03/04/2018

Falamos aqui diariamente das evoluções, desafios e necessidades dos setores de saúde em todo o mundo com um objetivo principal: fornecer informação e conhecimento para a promoção da saúde do paciente e do setor. Sendo assim, buscamos dar voz também para outros agentes que atuam na construção de um sistema de saúde mais eficaz.

É exatamente com esse objetivo que a Deloitte divulgou recentemente o estudo "[2018 Global Health Care Outlook: The evolution of smart health care](#)" em que analisa o atual cenário e levanta tendências para as diferentes áreas que impactam o setor de saúde, seja governo, prestadores de serviço, indústria e outros.

O relatório aponta que os gastos globais com saúde devem aumentar a uma taxa anual de 4,1% entre 2017 e 2021, um avanço de 2,8 pontos percentuais quando comparado ao crescimento de 1,3% ao ano entre 2012 e 2016. Os motivos são aqueles que já apontamos no

## DIFERENÇA ENTRE INFLAÇÃO MÉDICA É GERAL TERÁ REDUÇÃO EM 2018

Revista Apólice –03/04/2018

Projeção do relatório da Aon é de que a inflação médica global seja 8,4% em 2018, quase três vezes mais do que a inflação geral, 3,1%

A diferença entre a inflação médica e a inflação geral tende a cair 0,1 ponto percentual em 2018. É o que diz o Relatório Global de Tendências Médicas, realizado pela consultoria de benefícios e capital humano Aon. Apesar da queda entre as taxas, o estudo também prevê que os custos médicos globais deverão aumentar.

A projeção é de que a inflação médica global seja de aproximadamente 8,4% em 2018, quase três vezes mais do que a inflação geral, que representa 3,1%. Comparado com 2017, os dois valores eram 0,2 e 0,3 pontos percentuais mais baixos, de 8,2% e 2,8%, respectivamente.

"Embora a diferença entre os indicadores tenha a tendência a diminuir, tanto a inflação médica quanto a geral continuarão a aumentar. Alguns fatores como os avanços tecnológicos, a judicialização, desperdícios na utilização dos planos, fraudes e o envelhecimento da população, são os principais motivos da escalada dos custos da saúde", explica Raffaella Matioli, diretora de Consultoria de Saúde e Benefícios da Aon Brasil.

O diretor do Institute for Healthcare Improvement, Paulo Borem, disse que, durante a implementação, do projeto a equipe constatou que, pelo lado das gestantes, é o próprio desenho do sistema de saúde que impulsiona a preferência pelos partos cesárea.

"Percebemos que, na verdade, a maioria das gestantes do início da gestação queriam o parto vaginal, mas mudavam a cabeça a partir do primeiro contato com o sistema de saúde. Como o sistema de saúde foi, ao longo dos anos, sendo desenhado para entregar cesarianas, o sistema de saúde não quer assistir um parto vaginal, porque incomoda toda a estrutura que foi criada em torno da cesariana", afirmou.

[TD 57 – "Atualização das projeções para a saúde suplementar de gastos com saúde: envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro"](#). Envelhecimento e aumento da população, expansão do mercado e progressos tecnológicos estão entre eles.

Apontamento recorrente no setor, o estudo reitera que nem sempre os gastos mais elevados vão gerar melhores resultados e maior valor para a saúde do paciente. É necessário, portanto, uma análise mais fundamentada da relação custo e efetividade para a adoção de diferentes tecnologias. "Com a alta dos custos e a redução das margens de lucro, o setor de cuidados com a saúde busca maneiras inovadoras e econômicas de oferecer a qualidade, os resultados e o valor que os consumidores procuram", afirmou Terri Cooper, líder global do setor de Health Care da Deloitte, em divulgação para a imprensa.

Continuaremos a apresentar novas informações que auxiliem na promoção da sustentabilidade do setor por meio da produção de conhecimento para a tomada de decisão e na construção de um sistema de saúde justo. Continue acompanhando.

Neste ano, os índices de inflação médica devem permanecer mais elevados na América Latina do que no resto do mundo, chegando a 13,9%. As únicas regiões com taxas médias mais altas na saúde são Oriente Médio e África, com 15,3%. Em contrapartida, América do Norte e Europa vão apresentar um pequeno aumento nas taxas de cada região, ficando com 6,9% e 5,8%, respectivamente. Já a Ásia manteve o mesmo percentual apresentado em 2017, de 8,9%.

Mesmo com essas variações, a previsão é que as regiões ultrapassem a média regional de inflação médica em cerca de quatro pontos percentuais. De acordo com o relatório, as diferenças entre a média mundial de inflação médica e as taxas médias de inflação geral se mantiveram acima de cinco pontos percentuais ao longo dos últimos cinco anos, levando a um aumento acumulado de 69%.

"O contínuo aumento das taxas de inflação médica mundial estão ligados a fatores como o envelhecimento global da população, as condições precárias de saúde em países emergentes, mudanças dos custos em programas sociais e o aumento da utilização nos planos de saúde", afirma Matioli.

Doenças não transmissíveis

O estudo da Aon também revelou que as doenças não transmissíveis têm um impacto significativo nos custos e gerenciamento da saúde. "As patologias mais predominantes como câncer, doenças cardiovasculares, pressão alta, diabetes e condições respiratórias foram as que mais geraram reivindicações sobre os cuidados com a saúde no mundo todo", aponta a executiva da Aon.

Além disso, os hábitos nocivos à saúde praticados pelas pessoas continuam a crescer. Entre eles, os mais frequentes são: falta de atividade física, tratamento inadequado do estresse, má nutrição,

obesidade, colesterol alto e pressão arterial elevada. Nesse contexto, fatores de riscos globais e doenças crônicas elevam, com o decorrer do tempo, os custos do tratamento e, conseqüentemente, encarecem todo o sistema de saúde.

Para mitigar os custos, o estudo revelou que um número crescente de empresas está buscando estratégias diferentes. Um exemplo são os projetos realizados em conjunto com as operadoras de saúde, focados na prevenção. As mudanças sugeridas incluem programas direcionados à redução nas condições crônicas e mais ferramentas

de educação, com foco em ajudar os usuários a melhor usufruírem de seus planos de saúde.

#### Metodologia

O relatório da companhia é realizado em 99 países, a partir de expectativas e tendências médicas globais de planos médicos patrocinados, base de dados computada pelos profissionais das áreas, clientes e operadoras da carteira de negócios.

## PACIENTE PRECISA ENTENDER OS GASTOS COM SAÚDE

IESS –02/04/2018

Em [matéria](#) publicada na última semana, o Jornal Folha de Pernambuco tocou num importante tema para a saúde e algo que falamos periodicamente. Os gastos com saúde em todo o país e os diferentes motivos que elevam esses valores. Logo no início da matéria, o jornal reforça a pesquisa [IESS/lbope](#) que mostra que o plano de saúde é o terceiro maior desejo da população, atrás da casa própria e de educação. O principal empecilho, apontado por 78% dos não beneficiários, é justamente o custo do plano.

Aqui vale uma ressalva: a matéria aponta que a saúde suplementar arrecadou R\$ 161 bilhões para atender 23% da população brasileira, ou 47,4 milhões de beneficiários. Cabe lembrar, no entanto, como são empregados os recursos advindos do valor pago aos planos de saúde. Como pode ser visto [aqui](#), de cada R\$ 100 pago às operadoras, R\$ 85,58 são gastos assistenciais com serviços médicos, R\$ 11,31 são destinados para o pagamento de despesas administrativas (como tributos) e apenas R\$ 3,11 ficam de resultado. Sendo que o valor médio das mensalidades dos planos em dezembro de 2016 (o dado mais recente disponível) foi de R\$277,01 para os planos médico-hospitalares.

A publicação mostra alguns dos motivos que alavancam os gastos com saúde em todo o país, como a adoção de novas tecnologias, o processo de mudança demográfica com o envelhecimento da população e o modelo de pagamento mais recorrente no país, o fee for service (FFS), que privilegia a quantidade de atendimentos e não a qualidade e incentiva a maior utilização de procedimentos e insumos, gerando mais desperdício em toda a cadeia. Como já apontamos [aqui](#), aproximadamente 19% dos gastos assistenciais da saúde suplementar no país são consumidos por desperdícios e fraudes. Algo na casa dos R\$25,5 bilhões no ano de 2016, somando contas hospitalares e de exames.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) faz coro com nossas pesquisas e levantamentos sobre o impacto desses fenômenos nos custos com saúde no Brasil e ainda lança um alerta para a população. “A Abramge entende que a sociedade deve participar mais ativamente desta discussão com questionamentos como: ‘É realmente necessário determinado procedimento, sendo que existe outro similar mais barato? Estou disposto a arcar com os aumentos em virtude dessas novas tecnologias?’”, afirma.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para garantir a sustentabilidade do setor e uma série de medidas devem ser tomadas para isso. Algo importante nessa jornada é o empoderamento do paciente, com mais informações e ferramentas para gerenciar melhor a sua saúde, seja sobre a incorporação de novas tecnologias ou ainda no uso dos diferentes procedimentos.

## AUMENTO DOS CUSTOS MÉDICOS TORNA OS PLANOS DE SAÚDE INACESSÍVEIS

Correio Braziliense –31/03/2018

Aumento dos custos médicos acima da inflação torna convênios inacessíveis a uma parcela cada vez maior da população

Os reajustes dos planos de saúde têm sido muito superiores à inflação nos últimos anos. Mesmo com a queda expressiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que ostenta variação anual inferior a 3%, as mensalidades dos planos individuais sobem mais de 13% a cada ano, desde 2015. Representantes das operadoras alegam que os altos índices de correção das mensalidades são decorrência da inflação dos serviços médicos, que têm sido muito mais elevada que a medida pelos indicadores oficiais.

Em 2017, por exemplo, o IPCA teve variação de 2,95%. Já a inflação médica foi de 17,91%, número seis vezes maior. Em consequência dos altos reajustes dos planos, um número crescente de consumidores vem desistindo de manter os convênios, que se tornaram excessivamente caros para os padrões brasileiros. De 2014 até fevereiro deste ano, cerca de 3 milhões de pessoas ficaram sem a cobertura dos planos, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), órgão responsável pela regulamentação e fiscalização das operadoras. O problema só não é

maior porque, de todos os beneficiários do sistema, 67% são vinculados a planos empresariais.

O 1º Congresso de Saúde Disruptiva (Consadi), que ocorrerá em 27 e 28 de abril, em Brasília, promoverá uma discussão sobre as causas da escalada de custos na saúde — e o que é preciso fazer para atacá-la. Além dos reajustes dos planos, os custos da saúde envolvem também o aumento dos preços de remédios que ficaram em 4,76% em 2017 e devem subir mais 2,8% neste ano, conforme previsão do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma).

José Cechin, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) e ex-ministro da Previdência, afirma que os reajustes dos convênios precisam ser de pelo menos dois dígitos porque as despesas têm crescimento dessa ordem. “O que as operadoras gastam consigo mesmas tem caído nos últimos anos, mas as despesas de saúde, não. Em particular, as seguradoras são as que têm maiores gastos de saúde entre as empresas do setor”, afirma.

#### Insumos

Luciana Silveira, empresária e especialista em gestão e regulação de saúde e ex-diretora da ANS, argumenta que os índices de reajuste dos planos de saúde não podem ser comparados com os índices gerais de preços. “Os ‘índices de inflação medem a variação de preços dos insumos de diversos setores. O índice de reajuste dos planos de saúde não é um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços (consultas, exames

e internação), da incorporação de novas tecnologias e dos custos em saúde, o que o caracteriza como um índice de valor”, defende.

Ela concorda, porém, que as regras hoje aplicadas aos planos precisam mudar. “O modelo atual já se mostrou insustentável. Se um dos componentes dos custos é a frequência na utilização dos planos, há que se pensar, então, em ações para o uso racional e a redução do desperdício. Do mesmo modo, não se pode deixar de observar o fenômeno da longevidade, já que o aumento da expectativa de vida da população pressupõe maiores gastos com saúde”, afirma.

O engenheiro ambiental Rafael Henrique Serafim Dias, 28 anos, tem um plano de saúde individual que ele mesmo paga, mas recebe restituição de uma parte do valor de seu órgão empregador, já que o plano é vinculado à Caixa de Assistência do Conselho de Engenharia.

## **ARTIGO DA PRESIDENTE DA FENASAÚDE NA REVISTA PLURALE ABORDA A SUSTENTABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE**

FenaSaúde –29/03/2018

Solange Beatriz afirma que, para ser sustentável, é preciso equilíbrio

Existe uma relação entre o conceito de sustentabilidade e o setor de Saúde Suplementar. Seja pelos aspectos econômicos, seja pelo viés da preservação da qualidade da saúde. Nunca se discutiu tanto o desenvolvimento sustentável do setor de Saúde Suplementar - segmento privado e complementar ao sistema público.

Atualmente, cerca de 47 milhões de brasileiros têm planos de saúde – esse número já foi superior a 50 milhões. Terceiro item de maior desejo da sociedade brasileira, atrás apenas de casa própria e educação, o plano de saúde é sinônimo de segurança, conforto e cuidado, ainda mais diante das deficiências apresentadas pelo Sistema Único de Saúde.

No Brasil, temos acesso a uma medicina de primeiro mundo e a tecnologias médicas cada vez mais avançadas e, conseqüentemente, mais caras. E todo mundo quer desfrutar do que há de mais moderno e eficiente. Tanto a população quanto os profissionais médicos buscam procedimentos de última geração, mas tudo isso tem um custo e, atualmente esse custo está cada vez mais descontrolado.

Frequentemente, um dos temas que mais impacta a relação entre as operadoras e os beneficiários é o reajuste das mensalidades dos planos de saúde. A reclamação geral é que os reajustes estão muito acima da inflação. E é verdade. Mas, o que pouca gente sabe é que esse reajuste é calculado pela composição do preço do procedimento (consulta, exame, internação) e o número de vezes que o procedimento é utilizado.

Há um incentivo à realização excessiva de exames e procedimentos médicos com alta tecnologia, muitas vezes, de forma desnecessária. Na visão do cidadão, há o entendimento equivocado que quantos mais exames e consultas, melhor. Exemplo disso é o crescimento da quantidade, por beneficiário, de exames complementares, como tomografia computadorizada (21%) e ressonância magnética (25,2%) em dois anos, apesar da perda acentuada de consumidores do serviço. Resultado: o aumento das despesas assistências pressiona a inflação médica, que pesa no cálculo dos reajustes das mensalidades dos planos. Portanto, esse modelo comportamental de cuidado se volta contra a saúde financeira do consumidor, sem necessariamente promover seu bem-estar.

Ele acha que uma regulamentação dos planos individuais seria uma forma de impedir que os reajustes ultrapassem significativamente a inflação. “A contrapartida do empregador auxilia na manutenção do plano de saúde que tenho atualmente, porém os reajustes têm me levado a pesquisar por opções mais baratas”, diz.

Dias comenta que, se os reajustes continuarem com uma desproporção grande, a tendência é que os brasileiros passem a utilizar planos com coberturas menores ou recorram ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação ao fato de existirem os reajustes de remédios, além dos reajustes dos planos de saúde, ele acredita que paga duplamente pelos serviços de saúde. “Já temos uma carga tributária para cobrir a saúde pública, mas, além disso, pagamos esses planos de saúde com reajustes muito acima da inflação”, reclama.

Por outro lado, o que não é conhecido é que a remuneração dos serviços médicos incentiva a utilização, visto que a principal forma de pagamento é o chamado fee for service (pagamento por volume de procedimentos realizados). Predominante na Saúde Suplementar, esse modelo vem sofrendo uma série de críticas por estimular a superutilização dos recursos da medicina e a migração para materiais cada vez mais caros, mesmo que não façam diferença no resultado e, muitas das vezes, sem a real necessidade clínica comprovada.

Na outra vertente, a indústria de materiais e medicamentos também estimula a espiral inflacionária, a partir do comportamento social. A influência da indústria acontece na sociedade que privilegia o consumo, o inédito, a última técnica e o mais caro, sem evidências de melhores resultados comprovados; há uma confusão proposital entre quantidade e preço, e qualidade e resultado.

Soma-se a esse cenário um fenômeno conhecido como Judicialização da saúde, onde, em alguns casos, contratos que estabelecem a cobertura de procedimentos e eventos em saúde são desrespeitados por determinação judicial, o que também eleva as despesas financiadas pelas empresas de planos de saúde, além de desconsiderar o direito coletivo, prestigiando somente aquele indivíduo que recorreu ao Judiciário.

Outros fatores são relevantes para essa escalada dos custos, como o padrão de morbidade, o qual deixou de ter como causa doenças infectocontagiosas e agora a prevalência é de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. São doenças que não têm cura e suas complicações levam ao óbito, mas os tratamentos disponíveis prolongam a vida com qualidade e bem-estar.

Mais do que nunca, precisamos dar ênfase em atitudes e programas voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. De acordo o Instituto Nacional do Câncer, aproximadamente um terço das ocorrências seriam prevenidas com bons hábitos. Ou seja, em cada 10 casos de câncer, três estão relacionados ao estilo de vida que as pessoas levam e hábitos como tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade e a exposição excessiva ao sol.

Diante desse quadro, é fácil perceber que a evolução das despesas com saúde não vai acompanhar a capacidade de pagamento da população. A variação desses gastos vem aumentando acentuadamente nos últimos anos, quando comparada com os índices de inflação. Entre 2008 e 2016, o IPCA variou 65,2% contra custos na ordem de 142,8% - medido pelas despesas assistenciais per capita médico-hospitalares. Nesse período, o reajuste autorizado pela ANS foi de 104,2%. Essa conta não fecha nem para as operadoras, nem para os beneficiários e nem para as empresas contratantes de planos de saúde.

É preciso buscar o equilíbrio para ser sustentável. Nessa direção, o consumidor de planos de saúde tem papel vital nessa transformação de paradigma. Para tanto, ele precisa ser parte da discussão e ter informações sobre as conseqüências de suas ações, o que resultará em uma mudança cultural sobre a forma de cuidar da saúde. O



modelo atual de atenção à saúde prestigia o tratamento da doença, e não o cuidado, a prevenção e a promoção da saúde.

Enfim, a solução não é simples nem única. Envolve diversos atores do segmento de saúde e da sociedade. Manter o mercado sustentável passa por um processo de diálogo com responsabilidade,

onde discursos, por vezes encantadores, não serão capazes de mudar a realidade.

[>> Clique aqui para ver o PDF do artigo da presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, na Revista Plurale](#)

## **QUASE 100 MIL TRABALHADORES PODEM FICAR SEM PLANO DE SAÚDE, ALERTA UNIDAS**

Correio Braziliense –28/03/2018

Para os sindicatos que representam o setor de saúde suplementar, os servidores públicos federais e os funcionários de estatais, o objetivo final das normas é inviabilizar os planos geridos por funcionários para aumentar a carteira de planos de saúde com fins lucrativos em detrimento às autogestões. Tudo por conta de resoluções recentes, com várias inconsistências jurídicas, que podem afetar a vida de milhões de trabalhadores, muitos deles idosos com mais de 60 anos

Operadoras de saúde da modalidade de autogestão ligadas a empresas estatais com nota máxima na Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) correm o risco de fechar as portas por conta de duas resoluções da Comissão interministerial de Governança e de Administração de Participações Societárias da União (CGPAR) que obrigam empresas do governo federal a só manterem essa modalidade de assistência à saúde quando o plano tiver mais de 20 mil vidas no grupo, alerta a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas)

Na prática, de acordo com a representante do segmento, quase 100 mil trabalhadores podem ficar sem plano de saúde. No total, as

normas afetam a prestação de assistência à saúde para mais de 2 milhões de trabalhadores, incluídas as estatais com mais de 20 mil vidas.

As autogestões são operadoras sem fins lucrativos e que concentram hoje a maior parte dos idosos que possuem plano no país – a média de pessoas com mais de 60 anos no setor é de 29% contra 12% na média da saúde suplementar. As normas da CGPAR estão sendo questionadas pela Unidas e sindicatos que representam funcionários públicos federais por trazer critérios para as autogestões que se contrapõem às regras da ANS e podem extinguir operadoras sólidas e com alto nível de atendimento ao usuário.

Após duas reuniões realizadas pela Unidas com operadoras, patrocinadoras e sindicatos, os representantes das filiadas decidiram encaminhar um ofício à CGPAR questionando as inconsistências jurídicas das resoluções, que podem abrir uma série de questionamentos na justiça comum e do trabalho, além de ameaçar a assistência à saúde de beneficiários dos planos que estão na mira do órgão ligado ao Ministério do Planejamento – especialmente os mais idosos, que não conseguem pagar os valores de mercado e podem sobrecarregar o SUS.

Para os sindicatos que representam o setor, o objetivo final das normas é inviabilizar os planos geridos por funcionários para aumentar a carteira de planos de saúde com fins lucrativos em detrimento às autogestões.

**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](mailto: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](http://milliman.com.br)