

18 de abril de 2018

PLANO DE SAÚDE PODERÁ TER UMA FRANQUIA COM O MESMO VALOR DA MENSALIDADE

O Estado de S. Paulo –17/04/2018

Medida em análise final pela ANS adota mecanismo similar ao de seguro de automóveis. Segundo as operadoras, será possível reduzir custos desnecessários e baratear convênios em até 30%; especialista teme prejuízos para quem usa mais os serviços

A partir do segundo semestre, as operadoras de planos de saúde poderão cobrar dos segurados franquia de valor equivalente ao da mensalidade, em mecanismo similar ao praticado no mercado de seguros de veículos. As mudanças estão em nova norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com previsão de publicação até junho. Entidades de defesa do consumidor alegam que as mudanças podem prejudicar os consumidores.

A ideia é regulamentar nos contratos de convênios médicos a adoção de franquia e coparticipação (quando o cliente arca com uma parte dos custos do procedimento toda vez que usa o plano de saúde). Ambas as modalidades já estavam previstas em resolução do setor de 1998, mas não tinham normas bem definidas. A coparticipação já vem sendo praticada, mas os atuais critérios de cobrança dependem de negociação entre operadora e cliente. Já a franquia, por falta de regras específicas, não é adotada na prática.

A partir da publicação da nova norma, em fase final de análise pelo departamento jurídico da agência, as operadoras poderão vender planos com franquia e coparticipação, mas a parte a ser paga pelo cliente no somatório do ano terá como teto o mesmo valor que ele pagou nos 12 meses. Ou seja, se o valor total pago no ano for de R\$ 6 mil (mensalidade de R\$ 500), este será o limite para os gastos extras do cliente com franquia e coparticipação.

“Existem procedimentos que custam milhares de reais. Por isso, incluímos na norma um limite a ser pago vinculado ao valor da mensalidade, para que o usuário saiba o máximo que pagará por mês”, explica Rodrigo Rodrigues de Aguiar, diretor de desenvolvimento setorial da ANS. Os valores extras não seriam cobrados todos de uma vez no ano - seriam diluídos mensalmente, com teto restrito ao valor da mensalidade.

Para as operadoras e a ANS, esses mecanismos são importantes para conter os custos excessivos e evitar a realização de procedimentos desnecessários por parte dos beneficiários. Isso implicaria, para o cliente, um valor de mensalidade mais baixo. “Esses mecanismos não serão obrigatórios, mas os planos que contarem com coparticipação ou franquia terão mensalidade mais barata do que os demais”, diz Aguiar.

De acordo com Marcos Novais, economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), estudos em países que já adotam essas modalidades de contrato mostram que a mensalidade do plano pode ficar cerca de 30% mais barata quando se prevê a “divisão de custos” com o cliente. “A ideia é evitar situações em que o paciente vai a um médico, faz exames, decide ir a outro médico para uma segunda opinião e repete todos os exames”, diz.

Diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin concorda. “Os fatores moderadores, como a franquia e a coparticipação, não são para inibir o uso do plano, são para moderar”, declara.

Embora defendam a norma, as duas entidades que representam as companhias de seguros queriam ainda mais liberdade na definição dos critérios para cobranças extras. Elas criticaram a definição do teto por parte da ANS. “Se cria muitas regras complicadas, fica difícil de operacionalizar”, afirma Novais. Para Cechin, a própria competição de mercado daria conta de evitar valores abusivos. “Se a ANS definir um fator moderador muito baixo, não vai adiantar para barrar o desperdício”, diz.

Na visão de entidades de defesa do consumidor, no entanto, a coparticipação e a franquia trazem, na maioria das vezes, prejuízo aos consumidores, principalmente aos que usam os serviços de planos de saúde com mais frequência, como idosos e pacientes com doenças crônicas ou graves. “Essas opções acabam sendo vantajosas para quem não usa muito o convênio médico”, diz Mario Scheffer, membro do conselho diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Isenção

Para o diretor da ANS, o consumidor estará protegido pelo teto estipulado pela agência e também pela isenção de alguns procedimentos que não terão cobrança extra, como consultas com médico generalista, exames preventivos e tratamentos para doenças crônicas, como hemodiálise.

MAIS HUMANO, SERVIÇO DE HOME CARE CRESCE

O Estado de S. Paulo –17/04/2018

Clínicas especializadas no País chegam a 392, mas relação com plano de saúde ainda é desafio

Depois de um ano e três meses acompanhando a mulher todos os dias no hospital, o advogado Paulo Maia, de 75 anos, recebeu a indicação médica de que ela poderia continuar internada, mas em casa. Há cinco anos, um dos quartos do casal foi praticamente transformado em uma unidade hospitalar, com cama, equipamentos e toda uma equipe de profissionais que cuida de Rosa, de 72 anos, 24 horas.

Em seis anos, o número de estabelecimentos que prestam serviço de home care (atendimento domiciliar), como o que atende Rosa, quase triplicou no País. Segundo boletim econômico da Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Fehoesp), o Brasil tinha 392 dessas clínicas no ano passado - eram 138, em 2011. Em apenas um ano, o crescimento foi de 35% enquanto os outros serviços da saúde tiveram um aumento de apenas 5%.

Para Yussif Ali Mere Júnior, presidente da Fehoesp, esse serviço destoa e cresce mais do que o restante por causa do envelhecimento populacional, que demanda novos tipos de cuidado na saúde, e também pelo aumento do número de planos que oferecem a cobertura do home care. “Os convênios tinham, e alguns ainda têm, resistência ao tratamento domiciliar. Mas muitos perceberam que, além de proporcionar um cuidado mais humanizado ao paciente, também sai mais barato do que manter a internação”, diz.

Segundo Maia, como sua mulher tinha quadro de saúde estável, a internação domiciliar era a opção mais econômica para o plano de saúde. "Ela teve um AVC (acidente vascular cerebral) hemorrágico, até hoje não fala, não se mexe, se alimenta por sonda. Não fosse o home care, ela ainda estaria no hospital. Para nós da família, e também para ela, é muito melhor que esteja em casa, é muito mais confortável", afirma.

Cancelamento

Apesar de Rosa ser totalmente dependente dos cuidados médicos que recebe em casa, Maia diz que o plano já tentou duas vezes cancelar a cobertura do home care. A família teve de recorrer à Justiça e ganhou. "Se a gente não ganhasse, ela teria ficado no hospital durante todo esse tempo. Os cuidados com ela são os de um hospital. Ela se alimenta por sonda, tem cama especial, monitoramento por equipamentos 24 horas. Não são cuidados que nós da família podemos dar", explica o marido.

Embora não esteja listado no rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde, o serviço de home care tem sido cada vez mais alvo de demandas na Justiça - 90% com decisões favoráveis aos pacientes, segundo levantamento feito nas ações que tramitavam no Tribunal de Justiça de São Paulo - e de reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A procura da população também fez crescer a oferta de planos que oferecem a cobertura como um diferencial.

A jornalista Karin Faria, de 49 anos, teve de recorrer à Justiça para conseguir que o plano cobrisse o atendimento domiciliar ao seu filho Miguel, hoje com 14 anos. Aos 8 meses de idade, ele foi diagnosticado com a Síndrome de West (uma condição epilética severa), que prejudica o desenvolvimento da fala e dos movimentos corporais. "Há alguns anos, uma criança com o perfil do Miguel estaria destinada a viver para sempre em uma UTI. Lutamos muito para que ele pudesse ficar em casa, porque o ambiente doméstico traz muito mais qualidade de vida para a criança", conta.

Além de o hospital trazer mais propensão a infecções, Karin diz que traz impactos psicológicos para o filho e a família. "Toda vez que ele ficava internado na UTI, nós víamos crianças chorando de dor, morrendo. Isso causa um dano psíquico para nós e para ele."

Com o tratamento domiciliar, Miguel também tem um quarto como o de qualquer outra criança, com brinquedos, paredes coloridas e cama comum. "Nossa preocupação era de que ele não conseguisse distinguir a casa do hospital. Por isso, fizemos questão de manter o quarto dele como o de um menino", conta a mãe.

A clínica Dal Ben, que atende Miguel, tem cerca de 200 pacientes e mais de 80% deles têm os serviços cobertos pelos planos de saúde. "São vários os tipos de atendimento, para alguns é a internação domiciliar, monitoramento. Mas também há situações mais simples, como a administração de medicamentos por via intravenosa, passagem de sonda ou cateter, curativos", conta Luiza Dal Ben, sócia da clínica.

Crescimento

A Fehoesp projeta que o número de estabelecimentos com esse serviço continue crescendo nos próximos anos pela popularização do home care e também pela maior facilidade na contratação de profissionais com as mudanças trazidas pela reforma trabalhista - as clínicas poderão contratar profissionais por menos horas ou fazer contratos mais flexíveis.

A flexibilização na contratação preocupa a família dos pacientes atendidos por home care por conta da rotatividade dos profissionais dentro de casa. Luiza diz que na sua clínica todo o quadro é contratado diretamente e recebem treinamento e orientação. "As competências técnicas são fáceis de ser ensinadas, mas o mais importante é que tenham habilidades sociais para ajudar o paciente e as famílias em um momento extremamente difícil. O profissional passa a noite nessa casa, é preciso criar um vínculo."

A demanda pelo serviço também levou o mercado a diversificar estratégias. Consultas médicas e chamadas emergenciais já podem ser feitas por aplicativos. Hiromi Okada, de 82 anos, sofreu uma queda há dois anos e após um mês internada teve complicações de saúde. Ao ter alta médica, o próprio convênio recomendou à família os serviços de homecare da Easy Care Saúde, um aplicativo.

Em novembro, Hiromi teve um infarto e passou a ser assistida 24 horas. A sala de casa foi transformada em um quarto de hospital e ela tem sempre enfermeiras para monitorá-la. Emi Okada, de 47 anos, conta que, apesar de não conseguir mais se comunicar, a mãe aparenta muito mais tranquilidade quando está em casa. "A sala tem uma janela bem grande que deixamos aberta para ela tomar sol e vento. Vejo como o rosto dela muda", diz.

Com o pai também idoso, Emi diz estar aliviada que a mãe possa ser cuidada em casa. "Para ele é dolorido e de difícil compreensão ver que ela perdeu a autonomia. Mas, quando ele ia ao hospital todos os dias para visitá-la, era ainda mais difícil. Agora, eles estão juntos em casa como sempre ficaram".

Indicação médica e economia são fatores-chave

As entidades que representam os planos de saúde ressaltam que o pagamento dos serviços de home care não é obrigatório e ele é ofertado por alguns convênios dentro de contratos específicos. Segundo elas, as condições para a oferta ainda são incertas, especialmente em relação ao tempo de utilização, o que dificulta a ampliação da cobertura.

José Cechin, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), diz que, quando há indicação médica para a continuação dos cuidados em casa e essa situação representa uma economia em relação à internação, os planos cobrem a assistência. "Há uma tendência à desospitalização sempre que a atenção domiciliar for mais econômica. Não seria racional do plano negar essa assistência", diz.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) também avalia que o envelhecimento da população contribui para o crescimento da oferta de home care

PLANOS DE SAÚDE GANHAM MAIS USUÁRIOS, MAS SETOR SEGUE SOB RISCO

A Tribuna – 16/04/2018

Alta no total de clientes em 2018 não é o suficiente para trazer equilíbrio às operadoras

Depois de perderem mais de 3 milhões de beneficiários entre 2014 e 2017, os planos de saúde do Brasil começaram 2018 com um pequeno acréscimo de 101.638 clientes. Porém, a sustentabilidade do setor não depende apenas do retorno de usuários, dizem representantes dos planos. O uso exagerado dos serviços oferecidos e o alto custo de exames e cirurgias têm feito operadoras sofrerem para fechar as contas.

No fim, é o usuário quem arca com a chamada sinistralidade, que vai parar direto no boleto. Nos planos coletivos empresariais – a maioria –, os reajustes são definidos em acordo com a empresa contratante e consideram, primeiro, o uso feito pelos funcionários. Nos planos

individuais, a alta é estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas também tem como base as despesas das operadoras.

“Toda vez que um paciente faz um hemograma, que custa R\$ 4,00, e não precisa desse exame, está jogando dinheiro fora. Mas, se ele faz uma cirurgia cardíaca, que tem valor muito maior, mas vai trazer benefício para ele, aí não é caro. É muito importante o cliente ter essa cultura, do que realmente é essencial”, diz o diretor presidente da Unimed Santos, Claudino Guerra.

Para ele, a máxima de “uso porque estou pagando” é equivocada. “Ele ainda não pagou. O exame que faz hoje vai pagar no próximo ano. Aquele exame só por curiosidade, que não terá diferença nenhuma na vida dele, vai influenciar na sinistralidade e entrará na conta no ano que vem”, explica.

O diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, afirma que as despesas das operadoras têm crescido muito e depressa. Uma causa é o envelhecimento da população: quanto mais idade a pessoa tem, mais usa o plano.

“Cada pessoa deveria fazer a gestão da sua saúde, adotando hábitos que permitam envelhecer com menos doenças. Isso pode fazer com que as despesas (dos planos) não cresçam em ritmo alucinante. As operadoras também têm essa responsabilidade, desenvolvendo meios para que as pessoas adquiram hábitos saudáveis”.

Outro desafio, diz o representante da FenaSaúde, é mudar a atual forma de pagamento dos planos para serviços prestados por terceiros. Para ele, há excesso de gastos. Hoje, numa cirurgia, o plano paga por item: o médico, a enfermeira, o anestesista, as agulhas, as gizes. O hospital se remunera em cima dessa quantidade: quando mais usa, mais retorno tem.

“A lógica é pagar um valor fixo. Se o hospital usar coisas baratas e der problema, responsabilidade dele. Se usar material caro e tiver prejuízo, também. Estou induzindo a usar na medida certa, que não prejudique o paciente nem o bolso. É fazer com qualidade e economicidade”, ressalta Cechin.

Para o diretor da linha Community da Amil (maior operadora do Brasil), Heraldo Jesus, a saúde suplementar deve evoluir para um modelo mais preventivo e coordenado. Segundo ele, a Amil já investe nesse cuidado. “As características da carteira de clientes são avaliadas e servem como base para o desenvolvimento de ações adequadas às necessidades individuais dos beneficiários. Buscamos incentivá-los a se engajar na gestão da própria saúde”.

Rede própria

A Unimed de Santos já começou a construção de um centro médico próprio e um hospital dia. O objetivo, segundo o presidente Claudino Guerra, é dar um espaço de qualidade a custo baixo para os médicos conveniados trabalharem. Porém, ao verticalizar, o plano espera também economizar.

DIRETOR DA ANS PARTICIPA DE FÓRUM SOBRE COMPLIANCE

ANS – 16/04/2018

A ética no ambiente de negócios é um tema que tem sido debatido por gestores, profissionais e outros públicos de interesse em todo o país, inclusive no que compete ao mercado de saúde. No último dia 10/04, o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rodrigo Aguiar, participou de um debate sobre o tema durante o Fórum de Compliance Healthcare 2018, em São Paulo.

“Claro que é um atendimento a um custo menor (para o plano). E teremos exames, como ressonância magnética e tomografia. Quando falamos nessas máquinas, óbvio que estamos fazendo uma gestão de economia. Queremos implantar também o prontuário eletrônico dos pacientes em todos os nossos médicos cooperados. Já temos no pronto atendimento e ambulatórios. Isso traz economia e cria proteção ao beneficiário”.

O diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin, diz que não há dados que comprovem que a verticalização (serviços próprios) seja melhor para as operadoras. “Não conseguimos explicar menor ou maior sucesso financeiro pelo grau de verticalização. Tem operadora que não presta nenhum serviço próprio e vai bem. Outras são inteiramente verticalizadas e também têm bom resultado”.

Palavra da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) afirma que vem atuando para melhorar sustentabilidade financeira do setor e o acesso à assistência à saúde frente à tendência de alta nos custos.

“Mudanças demográficas e epidemiológicas exigem ações voltadas ao cuidado preventivo. O diagnóstico precoce de doenças crônicas e a adoção de hábitos de vida saudáveis permitem o convívio com a doença de forma controlada. Além disso, o cuidado reduz atendimentos mais complexos e custosos, como os prestados em ambiente hospitalar”, diz a ANS, em nota.

Em 2011, a agência regulamentou incentivos a beneficiários participantes de programas para promoção da saúde e prevenção de doenças. Podem ser oferecidos descontos na mensalidade do plano, por exemplo. “Hoje, há 1.700 programas ofertados pelas operadoras, que, juntos, atendem 2.139.446 beneficiários”.

Planos individuais

A legislação do setor não obriga as operadoras a oferecerem todos os tipos de planos, mas a ANS não acredita na falta de oferta de planos individuais e familiares por causa do custo para as empresas.

“Hoje, 487 operadoras oferecem planos individuais ou familiares, 549 oferecem planos coletivos por adesão e 626 comercializam planos coletivos empresariais. Para se ter uma ideia, o número de beneficiários cobertos por planos individuais é maior que o de atendidos pelos planos coletivos por adesão (aqueles contratados por pessoas jurídicas, de caráter profissional, classista ou setorial, que exigem vínculo do beneficiário com a respectiva associação ou sindicato)”, diz a Agência, em nota.

O número de beneficiários em planos coletivos empresariais responde por 66% do total de clientes atendidos em todo País. “(A área) Sempre foi a mais robusta da saúde suplementar, uma vez que o comportamento e a expansão do mercado estão vinculados principalmente às empresas privadas, públicas ou de economia mista, que oferecem planos para seus funcionários”.

Integrando painel sobre remuneração no setor de saúde, o diretor da Agência abordou como o mecanismo interfere nas relações institucionais. “Considerando que os sistemas se moldam a partir dos estímulos que recebem, a ANS vem envidando esforços para induzir melhores práticas no que tange à remuneração dos prestadores de serviços de saúde pelas operadoras, priorizando modelos remuneratórios baseados em valores em saúde, ou seja, cujos pagamentos estejam atrelados a indicadores de desfechos em saúde, e não mais sobre a quantidade de procedimentos realizados”, argumenta Rodrigo Aguiar.

O evento debateu o fortalecimento do ambiente ético de negócios no Brasil, tratando de temas dos setores público e privado. O Fórum de Compliance Healthcare 2018 foi organizado pela Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS), Associação da Indústria de

Alta Tecnologia de Produtos Para Saúde (ABIMED), Associação de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde (ABRAIDI) e Câmara Brasileira de Diagnóstico Laboratorial (CBDL).

BRASILEIRO TEM SE PREOCUPADO MAIS COM O SORRISO

IESS –16/04/2018

Acabamos de publicar a nova edição do boletim Saúde Suplementar em Números que traz uma análise especial sobre os planos exclusivamente odontológicos no país, apresentando dados de contratação, por região e faixa etária desse segmento no ano de 2017.

O relatório aponta que, no período entre dezembro de 2016 e dezembro de 2017, houve aumento de 1,6 milhões de vínculos dos

planos exclusivamente odontológicos, terminando o ano com 23,2 milhões de beneficiários, o que representa um aumento de 7,2%. Vale lembrar que no mesmo período, o setor de planos de saúde médico-hospitalares registrou queda de 0,6%.

O relatório ainda mostra um crescimento do número de beneficiários exclusivamente odontológicos em todas as regiões do país no mesmo período, com destaque para o Nordeste. A região apresentou a maior variação nos 12 meses analisados, com crescimento de 12,6%, ou seja, 516 mil novos vínculos. Essa performance foi seguida pela região Norte, com aumento de 9,1% ou 87 mil novos vínculos; Sudeste, que apresentou alta de 6,5%, ou 824,6 mil novos vínculos; Centro-Oeste, com incremento de 6,2%, ou seja, 83 mil novos vínculos e Sul, que teve alta de 5,4%, totalizando 123,8 mil novos vínculos.

É PRECISO REESTRUTURAR AS RELAÇÕES DOS DIVERSOS ATORES DO SETOR DA SAÚDE

Saúde Business –13/04/2018

O presidente do Conselho de Administração do Instituto Ética Saúde, Gláucio Pegurin Libório, defendeu que todos os atores do setor da saúde se empenhem para alinhar as relações, com o objetivo único de promover um mercado mais ético e transparente. A afirmação foi durante o Fórum de Compliance Healthcare, realizado em São Paulo, na última terça-feira (10). O evento teve o apoio do IES e discutiu a direção que a saúde tem tomado no Brasil e no mundo, sob a ótica de grandes especialistas do mercado.

"A proposta do Ética Saúde, em primeiro lugar, é reunir todos os players e discutir o pagamento entre plano de saúde e hospitais, a relação dos hospitais com os distribuidores e assim por diante. Alinhando as relações, teremos sucesso e, naturalmente, trabalharemos dentro da cultura de compliance", defendeu Libório.

O presidente do IES apresentou as principais conquistas do Instituto, desde a criação, em 2015. Também participaram do painel 'Retrospectiva: o que os setores público e privado realizaram nos últimos três anos', Cláudia Taya, do Ministério da Transparência; Francisco Balestrin, do CBEXs; e Lilian Orofino, diretora da ABIIS.

Nas considerações finais do Fórum de Compliance Healthcare, o presidente do IES fez uma rápida comparação de comportamento com as indústrias automobilísticas do Japão e dos Estados Unidos. "Os americanos faziam o controle de qualidade no processo final da linha de montagem. Enquanto os funcionários japoneses faziam ao longo de todo o processo. A qualidade estava incorporada no trabalho deles". Para Gláucio Libório, o compliance no Brasil vai pelo mesmo caminho dos americanos com sistemas engessados, sem que estejam disseminados, verdadeiramente, por toda a empresa. "Os gestores precisam mudar a mentalidade e encarar o compliance como filosofia, acima de números, vendas e resultados", completou.

O integrante do Conselho de Ética do IES e subprocurador Geral da República, Antônio Fonseca, ressaltou que o Instituto Ética Saúde é um modelo viável para fortalecer os mecanismos de integridade no ambiente de healthcare. "Faltam mais investimentos e mais apoio do mercado e do Estado. Os riscos à integridade e as entregas de valor têm que ser considerados do ponto de vista do paciente. As ineficiências decorrem de falhas de mercado e falhas da regulação. O mercado sempre vai atuar como mercado. Os agentes conscientes podem alcançar resultados não desprezíveis. Mas as autoridades precisam se articular adequadamente e implementar, manter e melhorar políticas públicas combinando governança pública, conformidade regulatória e mecanismos de integridade", defendeu o subprocurador Geral da República.

ENCONTRO DE RESSEGURO DISCUTE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Fenasaúde –12/04/2018

Como consenso, a necessidade de se desenvolver e incentivar modelos que garantam a sustentabilidade do sistema

Os Novos Modelos de Compartilhamento da Saúde Suplementar foram debatidos esta tarde no painel técnico VII do 7º Encontro de Resseguro do Rio de Janeiro, promovido pela CNseg (Confederação Nacional das Seguradoras) e encerrado hoje (11/4) no Rio de Janeiro.

O painel discutiu novas maneiras pelas quais o setor de saúde suplementar pode compartilhar riscos, a partir da Resolução Normativa 430 da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar),

editada no final do ano passado. A norma regulou os modelos de compartilhamento já existentes e trouxe novas oportunidades para o setor. Houve consenso entre os palestrantes de que é necessário desenvolver e incentivar modelos que garantam a sustentabilidade do sistema.

O coordenador da mesa, o advogado Antônio Penteado Mendonça, sócio titular do escritório Penteado Mendonça e Char Advocacia, criticou em sua fala a lei 9.656/98, que rege os planos de saúde no Brasil. "É um sistema que nasceu muito bem, enquanto o governo não meteu o bedelho, mas depois ficou torto e está condenado a acabar se não sofrer uma modificação estrutural. Como está, é insustentável", afirmou.

Segundo ele, é necessário descobrir novas soluções para o setor, como o compartilhamento de riscos, o uso do resseguro e até mesmo uma revisão da Constituição sobre o que é saúde suplementar. "É um tema muito sério, porque dele depende a saúde do Brasil. O SUS não tem condições de atender minimamente a população."

Em sua apresentação, o diretor adjunto da ANS, Cesar Serra, detalhou as diretrizes da Resolução Normativa 430, cujo objetivo, afirmou, foi trazer segurança jurídica para a saúde suplementar e estimular novas oportunidades de desenvolver o setor, que faturou ao todo cerca de R\$ 180 bilhões no país em 2017, considerando seguradoras e operadoras de planos de saúde.

Serra lembrou que, pelo entendimento da Susep, a lei complementar 126 limita às seguradoras especializadas em saúde a possibilidade de contratar diretamente o resseguro – para as operadoras de planos de saúde, isso é vetado. Segundo ele, "uma solução caseira foi encontrada", por meio do compartilhamento de riscos entre duas operadoras, o que beneficiou as operadoras menores, que oferecem menor cobertura territorial. "Mas não vinha funcionando muito bem para o beneficiário, pela falta de clareza da transferência de risco. Quando havia problema de atendimento, havia um jogo de empurra e o cliente ficava desassistido."

A Resolução 430, explicou Serra, contempla três modelos de compartilhamento de riscos. O primeiro é a corresponsabilidade de atendimento, pela qual ficou definido que a responsabilidade, perante o beneficiário, é sempre da operadora contratada por ele. O segundo é o dos fundos comuns, em que duas ou mais operadoras se cotizam para atender determinados eventos, normalmente os de custo mais elevado. E o terceiro, limitado aos planos coletivos, é a corresponsabilidade por oferta conjunta de planos, pela qual as operadoras podem se agrupar para oferecer planos de saúde com serviços mais amplos (por exemplo, hospitalar e odontológico em um mesmo produto), de acordo com o portfólio de cada uma.

"A regulação restringe muito, mas ela também serve para trazer novos modelos para o mercado. Pelas dificuldades inerentes ao setor, o mercado também tem a obrigação de se reinventar, enxergando novas formas de atuar e compartilhar riscos e criando novas possibilidades", finalizou.

A seguir, o presidente da resseguradora Terra Brasis, Rodrigo Botti, afirmou que o setor de resseguro pode ajudar a saúde suplementar de três maneiras: contribuindo para estabilizar financeiramente as empresas, auxiliando a entrada em outras regiões de atuação e protegendo contra catástrofes (no caso, epidemias). Para Botti, seria positivo se as operadoras de planos de saúde tivessem acesso direto ao resseguro, em vez de terem de fazê-lo por meio de uma seguradora. Ele disse que o modelo dos fundos comuns, listado na Resolução 430 da ANS, "é algo que poderíamos contemplar". Em sua opinião, tanto seguradoras quanto resseguradoras estão fazendo "muito pouco" no setor de saúde. "Precisamos fazer mais."

Já o diretor executivo técnico da NotreDame Intermédica, Luiz Celso Dias Lopes, lembrou que a Resolução 430 "veio pacificar práticas já existentes". Isso, de acordo com ele, gera novos negócios, amplia o acesso a produtos e reduz custos de transação. Segundo Dias Lopes, porém, o cenário da saúde suplementar é muito difícil e caminha para ficar insustentável, em razão de fatores como a contínua inovação tecnológica na medicina, o envelhecimento populacional e a inflação médica. "Talvez fosse necessário criar um mundo novo, frente à insustentabilidade desse setor. É preciso buscar novas formas de produtos, de ofertas e de compartilhamento de riscos."

STJ APROVA DUAS NOVAS SÚMULAS SOBRE PLANOS DE SAÚDE

JOTA –12/04/2018

Verbetes tratam da não aplicação do CDC às entidades de autogestão e cobertura de doenças pré-existentes

A 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aprovou nesta quarta-feira (11/4) duas súmulas que tratam de planos de saúde e sinalizam a interpretação pacífica do tribunal sobre os temas.

Os ministros revogaram a súmula 469 e reescreveram o texto para dizer que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) se aplica aos contratos de plano de saúde, com a exceção daqueles administrados por entidades de autogestão.

As entidades de autogestão são um tipo de operadora de plano de saúde que se caracterizam pela ausência de finalidade lucrativa, pelo vínculo associativista, de pertencimento. É o que define a Resolução Normativa 37/2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A nova súmula, de número 698, terá a seguinte redação: "Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde, salvo aos administrados por entidades de autogestão". O texto anterior limitava-se a dizer que "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

Também foi aprovada a súmula 609, que fala sobre a exclusão de cobertura sob alegação de doença pré-existente. Diz o novo verbete: "A recusa de cobertura securitária sob a alegação de doença pré-existente é ilícita se não houve a exigência de exames prévios à contratação ou a demonstração de má-fé".

DESPERDÍCIO X EFICIÊNCIA

Fenasaúde –12/04/2018

Frequentemente, de forma equivocada ou por má-fé, alguns culpam o setor privado como motivador de menos investimentos disponibilizados ao SUS – uma inverdade alimentada pelo discurso de suposto financiamento público às operadoras. Por isso, vale sempre frisar que não existe renúncia fiscal e, sim, incentivo transparente ao patrocínio privado, sendo certo que o incentivo é muitíssimo menor do que a desoneração que traz para o orçamento público. Ademais, há uma batalha permanente dos gestores dos planos privados para melhorar os índices de eficiência e diminuir as fontes de desperdícios. Eficiência e desperdícios não são balelas na saúde suplementar.

Segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, em 2015 os desperdícios no sistema de saúde provocaram perda superior a R\$ 20 bilhões. Na mesma direção, o relatório "O Financiamento da

Cobertura Universal", da Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência.

Os desperdícios no setor privado – entre outras razões – são decorrentes de fraudes, falta de transparência da formação de custos da indústria farmacêutica e dos hospitais e pela prática de remunerar os profissionais de saúde pela quantidade de procedimentos que produzem. Isso só faz incentivar atendimentos desnecessários, além de premiar ineficiências. Mesmo sem adequado suporte regulatório do governo, operadoras já promovem com prestadores de serviços modelos de remuneração que estimulem a qualidade e a efetividade dos tratamentos.

Em paralelo, a eficiência geral do setor de saúde privada pode ser medida pelo volume de procedimentos realizados e pela garantia ao atendimento médico de qualidade. Em 2016, foram realizados mais de 1,4 bilhão de procedimentos médicos, representando mais de 4 milhões de atendimentos por dia – um aumento de 6,4% em relação a 2015 – para um público de 47 milhões de brasileiros. Nessa lista,

chama a atenção o número de ressonâncias magnéticas. O Brasil realizou 149 exames por mil habitantes. Já os americanos realizaram 107 e os franceses, 91. Isso demonstra que o atual modelo de remuneração precisa mudar. E rápido.

Diferentemente do sistema público, no privado não existe teto orçamentário que limite o acesso da população aos serviços, resultando em filas no SUS. No setor de planos de saúde, a barreira do acesso é em razão dos reajustes de mensalidades, que busca mínimo equilíbrio com o aumento das despesas. Ainda mais com taxas de inflação cadentes, a renda da sociedade brasileira não

consegue mais suportar o aumento desmesurado dos custos da medicina. É preciso debater novas formas de acesso da população e de financiamento do atendimento privado à saúde.

Combater desperdícios e melhorar a eficiência são premissas básicas para dar sustentabilidade à saúde suplementar, exigindo de todos os agentes dessa longa cadeia de valor a predisposição para um debate profundo, objetivo e sem amarras ideológicas e bravatas inconsequentes, que só interessam aos que torcem pelo “quanto pior, melhor”. Propostas factíveis são bem-vindas.

SAÚDE SUPLEMENTAR CONTRATA EM TODAS AS REGIÕES DO PAÍS EM FEVEREIRO

IESS –12/04/2018

Boletim do IESS atualiza estoque de emprego no setor

O estoque total de empregos na saúde suplementar apresentou crescimento em todas as regiões do país em fevereiro de 2018 de acordo com o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que mostra o número de trabalhadores empregados pela cadeia de saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde).

No período de 12 meses compreendido entre fevereiro de 2017 e o mesmo mês desse ano, o total de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 2,2%, enquanto no total da economia se manteve praticamente estável, com leve variação positiva de 0,1%. “Desde o lançamento do relatório, em abril de 2017, o setor de saúde suplementar sempre foi um contraponto com o total da economia”, avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “Ainda é cedo para comemorar, mas a estabilidade registrada no período pela economia como um todo pode ser o começo de um avanço do trabalho formal do país”, conclui.

A nova edição do relatório mostra crescimento do número de empregos na saúde suplementar em todas as regiões do país, com destaque para o Sudeste, com saldo positivo de mais de 2,5 mil postos formais. É importante lembrar que, mesmo com saldo positivo, o setor não crescia em todas as regiões desde outubro de 2017.

Em fevereiro, o segmento apresentou o saldo de contratações de 6.410 pessoas. Esse valor representa quase 10% de todo o fluxo de emprego nacional, que teve saldo positivo de 61.188 postos formais de trabalho no mesmo mês.

Subsetores

Na análise por subsetor do período de 12 meses encerrado em fevereiro de 2018, o segmento de Fornecedores foi o que apresentou maior crescimento, de 2,4%, seguido por Prestadores, com alta de 2,2%, e Operadoras, com expansão de 2,2%. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,4 milhões de ocupações, ou 71,5% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 823,1 mil pessoas, 24,1% do total. As operadoras e seguradoras empregam 152,4 mil pessoas, ou seja, 4,5% da cadeia.

Vale lembrar que o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009 para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional. Em fevereiro de 2018, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 137, mesmo nível do mês anterior. Já o número-índice da economia total manteve-se em 109, como tem ocorrido desde dezembro de 2017.

ANS REPASSA R\$ 585 MILHÕES AO SUS EM 2017

ANS –11/04/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) repassou ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017 o valor recorde de R\$ 585,41 milhões. A informação é apresentada na quinta edição do Boletim Informativo da Agência, que mostra os principais dados sobre o ressarcimento obrigatório feito pelas operadoras de planos de saúde ao SUS. O valor é o maior já repassado anualmente pela ANS desde a sua criação, em 2000, e representa um aumento de mais de 85% em comparação ao montante arrecadado em 2016.

Em 2017, houve ainda um aumento na quantidade de procedimentos cobrados pela ANS. O valor cobrado das operadoras no ano foi de R\$ 737,43 milhões, referente a 532.509 atendimentos de beneficiários na rede pública de saúde.

Desde 2000, ano em que a agência reguladora foi criada, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,28 bilhões, referentes a cerca de 2,1 milhões de atendimentos a beneficiários no sistema público de saúde. Desse total, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) já foi ressarcido pela ANS em R\$ 2,06 bilhões, o equivalente a

64% do que foi efetivamente cobrado das operadoras. Outros R\$ 219,41 milhões estão com a cobrança suspensa em razão de decisões judiciais e R\$ 647,25 milhões foram inscritos em dívida ativa. Em números atualizados, o valor total inscrito em dívida ativa chega a R\$ 1,2 bilhão.

O Boletim Informativo da ANS indica os principais números sobre ressarcimento ao SUS, como a quantidade de procedimentos realizados por beneficiários na rede pública de saúde, os procedimentos mais onerosos e a distribuição regional desses dados. Como a nova edição está sendo lançada após a importante decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que declarou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, em fevereiro, a publicação vai abordar também os valores depositados judicialmente pelas empresas.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, lembra que a decisão da Suprema Corte permitirá a liberação dos valores que até então estavam em juízo e deve incentivar o pagamento regular dos débitos, implicando arrecadações superiores nos próximos anos. “Essa decisão do STF é fundamental, pois traz segurança jurídica ao setor e, principalmente, contribui para a manutenção do serviço público de saúde”, afirma.

Rodrigo Aguiar lembra que o resultado obtido em 2017 pela ANS representa um marco no trabalho da reguladora, que tem aprimorado a metodologia de análise e procurado gerar mais eficiência no processo de ressarcimento. "Esse é um resultado expressivo para a Agência, em especial neste ano que marca seus 18 anos, mas é antes de tudo um retorno que nos indica estarmos no caminho certo nos aprimoramentos realizados ao processo de ressarcimento", explica o diretor.

A identificação de atendimentos de beneficiários é obtida pela ANS após um cruzamento de dados das operadoras e informações registradas no SUS por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). O resultado do cruzamento é enviado por ABI para as operadoras, que podem acatar

a cobrança ou contestá-la. Encontram-se em análise administrativa atendimentos no valor de R\$ 4,61 bilhões, que podem gerar um aumento no valor das cobranças a serem emitidas às operadoras.

O não pagamento do ressarcimento comprovadamente devido pela operadora resulta na inscrição em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como a cobrança judicial. Somente em 2017, foram encaminhados R\$ 140,7 milhões para inscrição em dívida ativa.

Os valores referentes a atendimentos de beneficiários pelo SUS são integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde, gerido pelo Ministério da Saúde.

CAS APROVA MUDANÇAS DAS REGRAS PARA RESCISÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado – 11/04/2018

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) aprovou nesta quarta-feira (11) o projeto (PLS) 433/2011, que modifica a regra sobre suspensão ou rescisão unilateral de contrato por parte dos planos de saúde. O texto segue para a Comissão de Assuntos Econômicos (CAE).

O projeto, do ex-senador Inácio Arruda (CE), contou com o relatório favorável do senador Eduardo Amorim (PSDB-SE). De acordo com o texto, a rescisão ou suspensão unilateral do contrato só poderá ocorrer por fraude ou o não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias consecutivos. Em qualquer das situações, a rescisão ou suspensão só poderá ocorrer se o consumidor houver sido notificado com antecedência mínima de 15 dias. E na situação de não pagamento, se o consumidor não houver quitado o débito até o momento da efetivação da rescisão ou da suspensão.

Pela regra em vigor, é possível a rescisão caso o consumidor supere 60 dias alternados no período de 12 meses, de atrasos verificados em seus pagamentos.

Audiências públicas

A CAS também aprovou a realização de audiências públicas, cujas datas serão definidas posteriormente. A pedido da senadora Ana Amelia (PP-RS), serão debatidos os impactos sociais da redução do imposto de importação sobre os calçados esportivos. A medida foi anunciada recentemente pelo governo federal e preocupa fortemente o setor, segundo a senadora. O temor é que ocorra uma forte desnacionalização, com a perda de empregos em grande escala, de maneira direta e indireta.

Por solicitação da senadora Regina Sousa (PT-PI), a CAS fará audiência pública sobre o projeto que determina, no rótulo das bebidas alcoólicas, informações acerca do valor energético (PLS 360/2014). Para esta audiência, estão sendo convidados representantes do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea).

E a pedido do senador Hélio José (Pros-DF) deverá ser discutida a regulamentação das atividades dos profissionais auxiliares e técnicos em enfermagem que trabalham em Cooperativas e Home Care. Para esta audiência, está sendo convidado um representante do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), dentre outras instituições.

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