

31 de Maio de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 31/05/2017

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de maio. O artigo “Novas regras de Cancelamento” aborda o tema com enfoque nas novas regras para cancelamento estipuladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que entraram em vigor em 10 de Maio de 2017.

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

O GOVERNO DEVE AUTORIZAR A CRIAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE BÁSICOS?

Época – 29/05/2017

Nos últimos dois anos, o desemprego ceifou os planos de saúde de 2,8 milhões de brasileiros que contavam com o benefício oferecido pelas empresas. Os novos desassistidos encontram poucas opções para garantir o atendimento da família. Uma delas é se contentar com o Sistema Único de Saúde (SUS), marcado por grandes dificuldades de acesso, mas também por núcleos de excelência com qualidade superior à oferecida por muitos dos convênios privados.

Quem busca algo além do SUS descobre que as operadoras perderam o interesse em vender planos individuais ou familiares porque os custos aumentaram e as margens de lucro diminuíram. Restam ao consumidor os chamados planos coletivos por adesão. Para contratar um desses produtos é preciso estar disposto a se associar a uma entidade de classe e a aceitar riscos importantes, como reajustes elevados e quebras unilaterais de contrato.

Diante da falta de produtos alternativos e da crise econômica que reduziu o faturamento do setor, a proposta de lançamento de planos de saúde básicos (também apelidados populares, acessíveis, limitados) voltou a ser defendida pelas empresas. A ideia é lançar modalidades mais baratas e com coberturas inferiores às exigidas hoje pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em março, o Ministério da Saúde anunciou o envio de três modelos à ANS. Cabe à agência verificar a legalidade e a pertinência das medidas sugeridas e decidir se as adotará ou não. As propostas foram feitas por um grupo de trabalho criado pela Pasta. Associações médicas, de defesa do consumidor e de outros segmentos reclamam de falta de transparência. A própria autoria do projeto é controversa. Apesar de ter lançado a ideia dos planos acessíveis e coordenado o grupo de trabalho, o Ministério da Saúde afirmou, em nota, que “não propôs e não opina sobre nenhuma das propostas elaboradas”.

A necessidade de criação dos novos planos é defendida por Pedro Ramos, diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). Segundo ele, a demanda por esse tipo de produto não para de crescer. Para Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisador do mercado de saúde suplementar, o consumidor será iludido e não terá o atendimento que imagina quando precisar dele. ÉPOCA

reuniu os dois na redação para um debate quente, marcado por bons argumentos, ironias e algumas risadas.

ÉPOCA – O governo deve autorizar a criação de planos de saúde básicos?

Pedro Ramos – Sim. Milhões de pessoas perderam seus planos de saúde nos últimos anos. Temos uma demanda que não para de crescer. Os planos acessíveis – ou básicos, vamos chamar assim – que pretendemos oferecer são limitados em suas coberturas. Ninguém aqui é infantil de dizer que não são. Não estamos tirando direitos de ninguém. Estamos concedendo um direito aos que não têm nada.

Mário Scheffer – O governo não deveria autorizar a criação desses planos. As operadoras têm uma pauta, de longa data, de desregulamentação das coberturas e do reajuste dos planos individuais. Essa proposta tem autoria exclusiva das empresas. Não por acaso, a ideia tem sido rechaçada de forma veemente por entidades como Ordem dos Advogados do Brasil [OAB], Conselho Federal de Medicina [CFM] e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor [Idec]. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, comporta-se como um consultor financeiro das empresas. A justificativa para a criação desses planos surgiu da retração do mercado.

ÉPOCA – Os mais de 2,8 milhões de brasileiros que perderam seus convênios encontram poucas opções. As operadoras têm condições de oferecer uma alternativa, sem que seja um engodo?

Ramos – Não é engodo. A ideia é oferecer três tipos de plano. Um seria apenas de consultas e exames ambulatoriais. Outro ofereceria o que está no rol de procedimentos da ANS, mas apenas em determinada região. Outra grande oferta seria o plano hospitalar puro. Será um dos melhores produtos para o Brasil. Quem não quer pagar para ter apenas cobertura hospitalar? Há situações em que o serviço público tem excelência e nós não temos. E vice-versa. Vamos ter de baixar a guarda e unir os dois sistemas [público e privado] porque ambos enfrentam dificuldades. A saúde no Brasil está escangalhada.

Scheffer – Temos um sistema com uma complexa relação entre o público e o privado. Cento e cinquenta milhões de brasileiros têm direito ao SUS. E há outros 50 milhões que, além de ter planos e seguros de saúde, também usam o SUS o tempo todo. Os clientes da saúde suplementar usam o SUS na promoção de saúde, na prevenção, na imunização, na alta complexidade [aids, câncer,

transplante, terapia renal]. E também usam o SUS nas restrições e exclusões de cobertura que o mercado pratica. Um grande movimento de pacientes e prestadores de serviços levou à conquista, em 1998, da regulamentação que vigora até hoje. Ela é cheia de falhas, mas estipulou padrões de cobertura e o rol de procedimentos. As empresas querem derrubar o mínimo que foi conquistado.

ÉPOCA – Não é a primeira vez que essa proposta de plano popular é feita. Ela é necessariamente ruim?

Scheffer – É muito ruim. É o plano “copo d’água e aspirina”. As necessidades de saúde são imprevisíveis. As pessoas não têm informações suficientes para saber se estão comprando um produto de qualidade. Na hora do adocimento, elas não terão o atendimento que imaginam.

Ramos – Ruim para a população são as coisas sem regulamentação. Estamos diante do fenômeno das clínicas populares. Por R\$ 80, a pessoa compra uma consulta, dois exames e só. Isso é engodo. Fazemos 1,5 bilhão de atendimentos por ano. Em 2016, tivemos 25 mil reclamações. Gente, isso é zero. Não há possibilidade, dentro da ordem econômica do país, de fazer tudo o que as pessoas querem que a gente faça. A norma do plano acessível tem de vir com um grande esclarecimento. O consumidor precisa conhecer os limites do que estiver comprando.

ÉPOCA – Planos que oferecem apenas consulta e exame já existem. O que a proposta traz de diferente?

Ramos – A ideia é reduzir aquilo que foi acrescentado aos planos que existem hoje. Foram colocando o rol de procedimentos, acrescentando terapias e isso encareceu os produtos. O que estamos discutindo aqui é valor de ingresso. As filas que vemos nos hospitais públicos não são filas para cirurgia. As pessoas precisam de uma consulta. É gente com dor de cabeça, mal-estar. O grande trunfo é dar o diagnóstico precoce. Se o paciente está diagnosticado e a obrigação cessa no serviço privado, o serviço público tem de atuar.

Scheffer – Com isso, parece que o SUS vira um resseguro do setor privado. Ele assumiria o que não é assumido pelo setor privado. Há uma explosão de ações judiciais contra planos de saúde no Brasil. No primeiro trimestre, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo julgou, a cada dia, mais de 115 ações. Chegam aos tribunais muitos problemas de produtos de preço baixo com rede sem qualidade e restrições de médicos, hospitais e laboratórios.

ÉPOCA – A criação desses novos planos pode acirrar o fenômeno da judicialização?

Scheffer – Sim. É preciso lembrar que, em mais de 90% dos casos, a decisão é favorável ao cliente.

Ramos – Empresa que não respeita o direito do consumidor tem de ser punida. Um grande erro nosso é que o canal de vendas é terceirizado. O vendedor mente. Nosso cliente já entra no plano enganado.

ÉPOCA – Entidades médicas e de defesa do consumidor afirmam que a proposta do Ministério da Saúde não foi suficientemente debatida. Vocês participaram dessa discussão?

Ramos – Participamos de reuniões. Estavam lá algumas entidades, mas não quero ficar criando polêmica com elas.

Scheffer – Não houve nenhuma transparência. Quem participou do grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde, fora as operadoras, foi a público dizer que em momento algum foram discutidas nas reuniões as propostas encaminhadas pelo governo para análise da ANS. E outras entidades nem sequer foram convidadas. No documento encaminhado à agência, o ministério afirma que não tem responsabilidade sobre a proposta. É preciso discutir a paternidade disso.

ÉPOCA – De quem é a paternidade?

Ramos – Eu, como representante da Abramge, não apresentei nenhuma proposta. Fomos chamados a apoiar e apoiamos. Não temos vergonha disso. Dizem que filho feio não tem pai. Isso saiu do Ministério da Saúde, sim.

ÉPOCA – Quem fez a proposta ao Ministério da Saúde?

Ramos – Não fomos nós nem a Federação Nacional de Saúde Suplementar [FenaSaúde].

Scheffer – E o Ministério da Saúde escreve que a proposta também não é dele.

Ramos – Não vim aqui defender a paternidade de nada. Vim defender ideias. Acho que a ideia é boa. Quem é pai ou não é pai? O bebê está aí. A gente tem de cuidar.

Scheffer – Acho importante discutir o poder financeiro desse setor, que movimenta mais de R\$ 140 bilhões por ano. Na eleição passada, identificamos R\$ 54 milhões em doações a candidatos. As operadoras elegeram 30 deputados federais, entre eles o atual ministro Ricardo Barros. O retorno desse investimento se dá na indicação de cargos estratégicos na ANS.

Ramos – Não conheço essa bancada que dizem que temos no Congresso. Se as empresas fizeram esse apoio, fizeram mal porque ele não está nos servindo. A ANS é cruel com a gente. Ela é perversa. É a única agência que não fomenta o setor. Parece que todo mundo é contra o plano acessível, mas também tem gente a favor. Este governo e todos os outros nunca nos ajudaram. Se para de vender carro, na semana seguinte vem um plano para ajudar a indústria automobilística. Nunca nenhum governo deu dinheiro para plano de saúde. No ano passado, quem mais ingressou em planos de saúde foram os idosos. Os jovens saíram – o que é ruim. Como a Previdência, é preciso ter jovens para sustentar os velhos. Não dá para achar que tudo o que nosso setor propõe tem alguma armação. Parece sempre que é o Batman e o Pinguim.

ÉPOCA – É possível melhorar a convivência entre a saúde suplementar e o SUS para que ambos cumpram sua responsabilidade e garantam o acesso da população à saúde?

Ramos – Precisamos disso. Se integrarmos essas energias, vamos conseguir avanços com uma boa atenção básica. Ela evitará que a gente gaste tanto e tão mal em saúde, mas as partes não se entendem. Parece que tudo que sugerimos não presta. Agora vem a ideia dos planos acessíveis. Se ninguém assumir a paternidade dela, eu assumo. Eu, Pedro. Vou deixar o filho sem pai?

Scheffer – Pronto, já sabemos quem é o pai da proposta. Pedro, você é o pai do bebê de Rosemary (*risos*).

ÉPOCA – Há consenso entre vocês quanto ao fato de que a saúde suplementar desempenha um papel importante?

Scheffer – O Brasil fez uma opção constitucional por um sistema de saúde público, financiado por impostos e contribuições sociais. A saúde suplementar é um subsetor que presta atenção médico-hospitalar. Tem um papel relevante porque se ocupa de um quarto da população, mas é preciso pensar o que se quer com o sistema.

Desmonta-se o SUS, que não terá sustentabilidade financeira no cenário atual. Ao mesmo tempo, incentiva-se o crescimento de um mercado de planos de baixo preço e cobertura restrita. É o pior dos mundos.

Ramos – Ninguém, em sã consciência, é contra o SUS. Sou um fã do SUS, mas ele padece de problemas como má gestão e corrupção. O ideal seria que tivéssemos um SUS tão bom que não houvesse espaço para nós. A união desses dois setores vai fazer com que a saúde cresça. O SUS só vai ter fôlego quando o país voltar a crescer. Isso gera espaço para que as pessoas busquem uma via alternativa. Vamos nos empenhar para que os planos acessíveis cheguem aos cidadãos.

IDOSOS E OS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –29/05/2017

A população mundial está envelhecendo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja 2 bilhões de idosos no mundo em 2025. Em 2000, havia 605 milhões. Em 15 anos, o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos. Essa projeção, aplicada a um problema que hoje já é dramático — a questão do financiamento do atendimento à saúde para os idosos — nos dá a medida da urgência de buscarmos soluções para equacioná-lo.

A lógica atual dos planos de saúde depende do mutualismo, ou seja, as operadoras recebem mensalidades daqueles que não utilizam o plano para pagar as despesas médico assistenciais daqueles que precisam utilizar. A legislação dos planos de saúde estabelece regras para a diferença de preços por faixa etária. Devem ser adotadas 10 faixas etárias: 0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à acumulada entre a primeira e a sétima faixa. Além disso, o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

Um marco importante trazido pelo Estatuto do Idoso, de outubro de 2003, é que nos contratos firmados a partir de 2004, os consumidores de planos de saúde que atingem 60 anos de idade estão protegidos de qualquer aumento no valor da sua mensalidade. Assim, algumas operadoras de planos de saúde passaram a dispensar os reajustes intermediários no intuito de tentar atrair jovens em idade produtiva e concentrar toda a variação na passagem dos 58 para 59 anos, o que resulta em elevado percentual de reajuste para os idosos.

As operadoras alegam que a variação de custos médico-hospitalares entre a primeira e a última faixa etária é maior do que seis vezes, exigindo que algumas gerações subsidiem outras. Para respeitar as regras de preço e o necessário equilíbrio econômico-financeiro, os mais jovens acabam tendo que subsidiar os mais idosos que geralmente precisam com mais frequência dos serviços de assistência à saúde.

É uma equação difícil, pois os mais jovens não querem pagar mensalidades mais caras para arcar com os custos dos mais idosos e estes não conseguem suportar o reajuste por terem uma queda no seu rendimento mensal. Outro ponto a ser considerado é que, com a expectativa de longevidade, essa espécie de solidariedade intergeracional pode ficar seriamente abalada, e a sustentabilidade do mercado, ameaçada. Isso porque, se a lógica pressupõe que os jovens subsidiem os idosos e, a cada ano, têm-se menos jovens e mais idosos, algo precisa ser feito para corrigir essa distorção.

Todos devemos ser favoráveis a medidas que protejam os idosos, pois cedo ou tarde faremos parte desse grupo. Mas, o que se pode discutir, efetivamente, é que a evolução da qualidade de vida, a promoção da saúde e a tecnologia contribuíram muito para a longevidade das pessoas. O “idoso” de 60 anos de hoje equivale a quem possuía 50 anos há duas décadas. É esse o debate que está em pauta na Previdência Social e, com maturidade e respeito, principalmente ao idoso, também deveria ser desenvolvido na saúde suplementar.

Aumentar o número de faixas etárias pode contribuir para a diluição do percentual de reajuste e viabilizar a permanência dos idosos nos planos de saúde. É importante, ainda, estimular a aprovação no Congresso Nacional do projeto do VGBL saúde que formata produtos com alternativas mistas de mutualismo e capitalização na saúde suplementar.

A única certeza no momento é que precisamos agir e rápido.

CUSTOS DA SAÚDE REGISTRAM ALTA RECORDE, APONTA IESS

SaúdeBusiness –29/05/2017

O índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares, principal indicador utilizado pelo mercado de saúde suplementar como referência sobre o comportamento de custos, registrou alta de 19,4% nos 12 meses encerrados em setembro de 2016. A maior variação para o período (considerando setembro de um ano ante o

mesmo mês do ano anterior) registrada pelo indicador produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) desde o início da série histórica, em 2007. A título de comparação, a inflação geral do País, medida pelo IPCA, ficou em 8,5% no mesmo período.

O resultado, conforme explica o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, é bastante negativo, principalmente por apontar recorde no aumento dos custos enquanto o setor continua a registrar quedas consecutivas no total de beneficiários. O que deveria resultar em menor pressão dos custos, já que há menos beneficiários utilizando os serviços. “O resultado do VCMH é

impactante. No período, 1,7 milhão de beneficiários deixaram a saúde suplementar, o que significa menos receita para as operadoras, que por outro lado estão vendo suas contas assistenciais crescendo continuamente, mesmo frente a redução de vínculos”, analisa.

Carneiro lembra que além dos custos assistenciais em alta e da redução do total de vínculos, o setor ainda recebeu autorização da ANS para reajuste das contraprestações dos beneficiários de 13,55%. “O índice autorizado pela ANS, apesar de acima da inflação geral medida pelo IPCA, está bastante abaixo do aumento dos custos do setor”, alerta. “Esse movimento, que se repete ano após ano, certamente, põe em risco a sustentabilidade do setor.”

O executivo destaca, ainda, que há causas principalmente ligadas a falhas de mercado para o VCMH permanecer tão elevado por tanto tempo. A primeira delas é o sistema de pagamento das operadoras aos prestadores de serviços de saúde no Brasil, que se assemelha a um ‘cheque em branco’. A chamada ‘conta aberta’, ou *fee-for-service*, que absorve todos os custos, inclusive desperdícios e falhas assistenciais, como reinternações, por exemplo. Todos os insumos são adicionados à conta hospitalar e, dessa forma, os prestadores buscam o máximo consumo possível com o objetivo de obter a máxima remuneração. Um desincentivo total à eficiência.

Outra causa a potencializar os custos da saúde é a falta de transparência do setor. Não há transparência sobre indicadores de

qualidade assistencial nos serviços de saúde, na formação de preços ou nas relações entre os atores da cadeia. Logo, não é possível saber se a precificação por um serviço é justa porque não há como comparar os diferentes prestadores. É o caso, por exemplo, dos hospitais. Os custos dos serviços se baseiam em uma “percepção de qualidade”, no poder de mercado em determinada localização, mas não há certeza de que um prestador é melhor do que outro porque simplesmente não se conhecem os indicadores de desempenho e qualidade assistencial.

Da mesma forma, a assimetria de informações gerada pela falta de transparência impossibilita a comparação para um mesmo insumo de saúde entre distintos fornecedores, bem como não se conhece as relações comerciais entre diferentes agentes do mercado. Isso abre espaço para práticas de corrupção, como se tem repercutido na imprensa nos últimos anos em diversas denúncias, especialmente na área de materiais e medicamentos, o que, obviamente, impacta em aumento de custos para o sistema.

“O Brasil precisa, urgentemente, promover uma reforma do sistema de saúde suplementar”, defende Carneiro. “Nem consumidores, nem empresas contratantes de plano de saúde têm condições de absorver reajustes de dois dígitos por longos períodos. Ou o País avança na modernização dos modelos de pagamento por serviços de saúde e em uma agenda de transparência nessa área, ou o sistema corre o sério risco de se desmantelar em poucos anos.”

UNIMED-RIO QUER AUMENTAR CARTEIRA EM CEM MIL PESSOAS

O Globo –29/05/2017

Aumentar a carteira de beneficiários em cem mil até o fim do ano. Esse é o plano da Unimed-Rio, que se recupera, embora ainda inspire cuidados. Sob direção fiscal e econômica (espécie de intervenção), a cooperativa comemora o resultado positivo de R\$ 101 milhões no primeiro trimestre deste ano, contra R\$ 5,5 milhões no mesmo período de 2016. E aproveita o momento para desenhar uma nova estratégia de recuperação de sua clientela, após ter renovado em março, por tempo indeterminado, o acordo com o Ministério Público estadual e federal, Defensoria Pública, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), congêneres do sistema Unimed e fornecedores, o que garante o atendimento a seus usuários. Esse processo ajudou a recuperar parte da confiança no mercado. De janeiro a março, cerca de 20 mil pessoas entraram para a Unimed-Rio.

— O pior já passou, mas ainda estamos longe de onde queremos chegar. Uma empresa do tamanho da Unimed é como um transatlântico, demora para fazer a curva. Há ainda muito a fazer, mas já se observa enorme diferença entre o resultado do primeiro trimestre deste ano e o do ano passado — diz William Galvão, diretor financeiro da cooperativa.

Outro indicador positivo, destacado por Galvão, é a redução da dívida com os bancos, de R\$ 464 milhões para R\$ 248 milhões, em menos de um ano:

— Uma dívida de dez anos não vai ser paga em dez meses. Como sempre digo, precisamos de duas coisas: dinheiro e tempo. Se eu tiver dinheiro, compro o tempo. Se tiver tempo, vou conseguir o dinheiro. E isso o acordo nos deu.

Perda de 270 mil clientes

Esta semana deve acontecer a primeira reunião de acompanhamento para checar se as metas estão sendo cumpridas, desde a renovação do acordo, no fim de março. Mas, segundo

fontes ligadas às entidades signatárias do termo, até o momento não há qualquer indicativo de descumprimento.

— A entrada de novos beneficiários pode ser importante para compensar os que foram perdidos. Não vemos problema nisso. A Unimed-Rio tem uma rede que comporta mais gente, mas a situação da cooperativa ainda é muito delicada — diz uma fonte próxima ao acordo, afirmando que o monitoramento da empresa é de longo prazo. — Esse processo de recuperação vai durar anos.

A Unimed-Rio já teve cerca de um milhão de beneficiários; hoje, são 730 mil. Apesar de todos os percalços dos últimos anos, pesquisa realizada pela cooperativa, em março, com clientes que deixaram a empresa aponta que 76% deles teriam interesse em voltar a ter um plano da Unimed-Rio. Para desenvolver o projeto de vendas, a cooperativa foi buscar Humberto Torloni Filho, que acabara de se aposentar após 35 anos no mercado de saúde suplementar e passou a ocupar a superintendência comercial da cooperativa há pouco mais de um mês.

— Já comecei a visitar corretores para mostrar o resultado e nossa rede de hospitais e clínicas. Não temos mais problema com atendimento. Os corretores, que não estavam mais cotando nossos planos, já voltaram a fazê-lo — diz Torloni. — Temos uma marca muito forte. Os clientes saíram com medo do que ia acontecer, mas já percebemos um retorno. Crescer também é importante para a sustentabilidade. Estamos de volta ao jogo e agora queremos ganhar o torneio.

O que pode ser um empecilho para a empresa são os planos que estão com a venda suspensa pela ANS. Atualmente são 18 — em 2015 chegaram a ser 26 — e a expectativa é que o número caia na divulgação do próximo ciclo do Programa de Monitoramento de Garantia de Atendimento da agência. A Unimed-Rio tem 157 planos registrados na ANS que podem ser vendidos, entre individuais, coletivos por adesão e coletivos empresariais.

Número de queixas diminuiu

Atualmente, a empresa ocupa a terceira posição do Índice Geral de Reclamações (IGR) da ANS. Pelos dados de março, os mais recentes disponíveis da agência, o IGR da Unimed é 10,17. O índice médio das operadoras de grande porte nesse período foi de 2,77.

No momento mais crítico, em novembro passado, o índice da cooperativa chegou a 22,66.

— O acordo prevê metas de queda de reclamações. Em abril, era de redução de 25%, mas conseguimos 49%, na comparação a setembro, que é o parâmetro do documento. — afirma William Galvão, diretor financeiro.

Atenção à qualidade dos planos

A ANS afirma que continua monitorando com rigor a situação da Unimed-Rio, tanto no que diz respeito à sua situação financeira quanto à prestação da assistência aos seus beneficiários e ao cumprimento dos compromissos assumidos com ANS e procuradores. A agência ressalta que a cooperativa pode aumentar o número de beneficiários, mas deve garantir atendimento. Para isso, a ANS não precisa autorizar, mas a reguladora adverte que um número maior de clientes pode dificultar o cumprimento pela cooperativa de metas e obrigações estipuladas no Termo de Compromisso.

Mário Scheffer, professor do Departamento de Medicina Preventiva da USP, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, diz que nesse momento é preciso observar o tipo de produto que a Unimed-Rio vai pôr no mercado:

— Já vimos no mercado paulista operadoras, em situação semelhante, que voltaram a vender de forma agressiva, reduzindo a qualidade da rede prestadora para fazer caixa rápido, e isso estourou depois na Justiça. Em São Paulo, há mais de 70 mil ações contra planos de saúde. É preciso monitorar o perfil da oferta.

Na avaliação de Scheffer, o mercado de saúde suplementar “vai muito bem”:

— A receita do setor sobe sempre acima da inflação. É certo que vivemos um momento de crise e que isso afeta o setor, mas quando o mercado de trabalho formal crescer de novo isso também se refletirá.

EVENTO DISCUTE GARGALOS NO ACESSO A MEDICAMENTOS NO PAÍS

Folha de São Paulo –26/05/2017

Essa foi uma das conclusões do Fórum pelo Acesso a Medicamentos, promovido na quarta (24) pelo Hospital Israelita Albert Einstein, com apoio da Folha.

Segundo debatedores, essa medida poderia, inclusive, diminuir a escalada de judicialização da saúde no Brasil, que este ano atingiu R\$ 7 bilhões nas esferas municipais, estaduais e federal.

O país enfrenta hoje vários gargalos para o acesso a medicamentos, entre eles o alto custo das novas drogas e a retirada do mercado de outras antigas, mas muito eficazes.

A questão é que ainda não há uma agenda positiva que envolva todos os atores do setor da saúde em torno do planejamento de acesso a esses tratamentos. No fórum, essas divergências ficaram claras em vários momentos.

Na questão da judicialização, a advogada Renata Gomes dos Santos, assessora técnica da Secretaria de Saúde, apontou para a banalização de algumas ações judiciais. “A Justiça de São Paulo obriga o Estado a fornecer Danoninho, cremes hidratantes La Roche-Posay e 92 tipos diferentes de fralda a pacientes”, disse ela.

Gabriella Pavdopoulos, juíza do Tribunal de Justiça de São Paulo, disse que havia um “tom de deboche” na fala da representante do Estado. Já Santos considerou a fala da juíza desrespeitosa e disse que a crítica era dirigida a decisões excepcionais, e não ao Judiciário de forma geral.

Para Pavdopoulos, o Estado precisa, primeiro, fornecer aos juízes peritos que possam dizer se os produtos são ou não necessários.

Houve críticas também à falta de diálogo entre as agências reguladoras e a indústria farmacêutica.

“Nosso negócio depende de previsibilidade, precisamos de regras”, afirmou Nelson Mussolini, presidente-executivo da Sindusfarma (Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de

São Paulo). “Brigamos há anos pelo direito de ir ao Conitec (comissão do SUS que autoriza a incorporação de medicamentos) defender nossos produtos. Isso é um absurdo.”

Pedro Bernardo, diretor de acesso a medicamentos da Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa) apontou a demora na liberação dos novos medicamentos como outra fonte de problemas.

“É preciso remunerar quem faz remédios novos. Quando eles entram no mercado, já são um ‘novo velho’. As empresas que copiam produtos se beneficiam do dossiê com todo o extenso trabalho de pesquisa e cuja patente acaba vencendo”, afirmou.

De acordo com a diretora de normas e habilitação dos produtos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Karla Coelho, o rol de procedimentos da agência, voltado para planos de saúde, é revisto a cada dois anos.

Bernardo disse, porém, que a inclusão raramente é discutida nos primeiros dois anos, e os remédios levam ao menos o dobro do tempo para entrar na lista.

“As indústrias têm, sim, participação no processo de regulação dos medicamentos”, disse Coelho. “O que não acontece é uma reunião técnica da agência com todos os setores da indústria.”

PACTO DURADOURO

Na primeiro debate, o coordenador do serviço de hematologia do Albert Einstein, Nelson Hamerschlag, defendeu um pacto duradouro pelo acesso a medicamentos para a população, afirmando que os médicos devem exercer um papel maior na questão.

O onco-hematologista pediátrico do Einstein Vicente Odone e o diretor de defesa profissional da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Angelo Maiolino, que também participaram da mesa, criticaram os altos preços de novos medicamentos e a dificuldade do controle de qualidade de remédios estrangeiros que chegam ao Brasil.

Os debates foram mediados por Cláudia Collucci, repórter especial da Folha, e Belinda Simões, professora da Faculdade de Medicina da USP.

REPRESENTANTES DO SETOR DISCUTEM PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

ANS –25/05/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na terça-feira (23/05), no Rio de Janeiro, a 3ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. No encontro, foi dada continuidade às discussões sobre o tema portabilidade de carências. Participaram cerca de 50 representantes de entidades médicas, operadoras e prestadores de planos de saúde, entidades de defesa do consumidor e profissionais de saúde.

A ANS está propondo a revisão da Resolução Normativa nº 186, que regulamenta a portabilidade de carências, através de alterações nos seguintes temas: período para o exercício da portabilidade (janela); compatibilidade por tipo de cobertura; compatibilidade de preço para planos em pós-pagamento e odontológicos; compatibilidade de preço para portabilidade por liquidação de operadora; e extensão das regras de portabilidade para planos coletivos empresariais.

Na abertura do encontro, Karla Coelho, Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, falou sobre a proposta do debate. "É importante dar transparência e trazer as contribuições para que possamos aprimorar o processo de regulação, esse é o objetivo do comitê. Estou na agência há 16 anos e cada vez mais vejo o amadurecimento das propostas de regulação do setor através da evolução do debate e da troca de experiências. Toda a sociedade tem a ganhar com a discussão sobre a regulamentação".

Para Rafael Vinhas, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da ANS, a portabilidade é um tema de vital importância para o mercado porque trata da concorrência e da fidelização do consumidor. "Portabilidade é um instrumento legítimo e o consumidor não faz se está satisfeito. Mas é uma oportunidade para as operadoras aumentarem o escopo da concorrência e para que possam oferecer maior diversidade de produtos para comercialização".

Durante a apresentação, Bruno Ipiranga, Coordenador Regulatório da Mobilidade entre Produtos, falou sobre os assuntos debatidos na primeira reunião, realizada em 17/03. Ele mostrou estatísticas da portabilidade e compatibilidade de preço, por tipo de cobertura, de preço para planos de pós-pagamento e odontológicos, além de portabilidade de beneficiários de planos coletivos empresariais. Também analisou dois casos de portabilidade extraordinária e especial em situações relacionadas à portabilidade por liquidação de operadora.

Foram apresentadas, ainda, as sugestões de alteração da norma enviadas pelas seguintes entidades: Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB), Unimed do Brasil, Unimed-BH, Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Ao final, os participantes fizeram suas colocações sobre o tema e propuseram enviar formalmente as novas sugestões. As contribuições podem ser enviadas para o e-mail ggreg.dipro@ans.gov.br até o dia 23/06.

SUDESTE PUXA QUEDA DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

IESS –24/05/2017

De acordo com a [última edição da NAB](#), foi registrada uma queda de 2% no total de beneficiários entre abril de 2017 e o mesmo mês de 2016. A perda representa 962 mil vínculos a menos, o que reduz a 47,5 milhões o total de beneficiários de planos médico-hospitalares no País.

Redução puxada fortemente pela região Sudeste. Dos 962 mil vínculos rompidos no período, 742,8 mil se concentram na região

que teve queda de 2,5% no período. Sendo que os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro foram os que registraram o maior número de vínculos rompidos. Em números absolutos, São Paulo foi o estado em que mais beneficiários deixaram de contar com o plano de saúde: 475,8 mil beneficiários a menos do que em abril de 2016, o que representa uma retração de 2,6%. Já no estado do Rio de Janeiro, foram 181,2 mil vínculos rompidos, o que equivale a uma queda de 3,2%.

Minas Gerais e Espírito Santo também apresentaram resultados negativos. 64,9 mil vínculos com planos de saúde foram rompidos em Minas e, no Espírito Santo, outros 20,8 mil beneficiários deixaram de contar com o plano.

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