

07 de Junho de 2017

OPERADORA DE SAÚDE INCENTIVA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Apólice –06/06/2017

Para ajudar a combater o sedentarismo e proporcionar bem-estar à população, o Hapvida criou o Hapvida +1k, programa que oferece gratuitamente assessoria de corrida e caminhada. Desde o lançamento do programa, em fevereiro de 2016, já são quase 10 mil pessoas beneficiadas em cinco capitais estaduais (Belém, Fortaleza, Maceió, Recife e Salvador). A expectativa é que em breve mais cidades contem com esta iniciativa.

Além de beneficiar os clientes da operadora de saúde, o programa é aberto às demais pessoas que tenham interesse em se exercitar e ter uma melhor qualidade de vida por meio da prática esportiva. Nas cinco localidades, as atividades são acessíveis também para cadeirantes e contam com acompanhamento de profissionais de educação física.

Para a diretora de Comunicação e Marketing, Simone Varella, é gratificante colaborar para a saúde dos brasileiros e tornar a prática de atividade física ainda mais acessível. “Trabalhar a saúde de forma construtiva e preventiva é uma marca do Hapvida. Entendemos que precisamos levar a saúde para a população como um todo”, ressalta.

A recomendação de exercícios físicos é comum não apenas para melhorar a qualidade de vida, mas também para auxiliar no tratamento de diversas doenças. Para Newton Ferreira Rodrigues, cardiologista do Hapvida Saúde, a atividade física proporciona uma série de benefícios para todo o corpo.

“Os exercícios ajudam a aumentar a massa muscular, melhora a qualidade dos músculos, fortalece os ossos, aumenta a flexibilidade das articulações, reduz o risco de infarto, de câncer de colo, de diabetes e hipertensão. A pessoa que pratica atividade física com frequência possui melhor controle do peso corporal e também tem ansiedade e depressão controladas”, afirma o especialista. Segundo ele, o ideal é que antes de começar a praticar exercícios, seja realizado o teste ergométrico e ecocardiograma.

CUSTOS E BENEFÍCIOS DA REGULAÇÃO NOS PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde –02/06/2017

O atual peso regulatório no Brasil prejudica a competitividade do setor de Saúde Suplementar e o acesso da sociedade ao serviço – tal situação se reflete em diversos outros setores da economia. Esta foi uma das conclusões do primeiro “Workshop de Análise do Impacto Regulatório”, promovido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) realizado na quinta-feira (01/06), no Rio de Janeiro, reunindo autoridades e especialistas do setor, além de representantes da ANS, Anatel, Ancine, Inmetro e Susep (Superintendência de Seguros Privados).

Na abertura do evento, a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz, destacou a necessidade de diálogo e disseminação de conhecimento sobre regulação neste momento. “Debater a Análise de Impacto Regulatório é tarefa urgente para o Estado brasileiro, não só na saúde, devido ao ambiente de intensa regulação em que as empresas se subordinam. A grande quantidade de leis, normas e regulamentos nem sempre são acompanhadas por melhorias que as justifiquem”, disse.

A difusão de normas sem a real avaliação de impacto tem um efeito colateral nocivo aos planos de saúde, que se traduz na escalada das despesas. “O descompasso entre custos da saúde e a capacidade de pagamento da sociedade só aumenta. Para enfrentar os diversos problemas estruturais do setor, temos que debater temas, entre os quais o Rol de Procedimentos Mínimos e a política de reajuste, com um olhar e a ponderação da Análise de Impacto Regulatório. É preciso voltar às origens e avaliar se a regulação está efetivamente reduzindo falhas de mercado ou se transformando em falhas de regulação, que introduzem ainda mais distorções e custos ao setor”, afirmou Solange Beatriz.

Para Marcio Coriolano, presidente da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (Cnseg), é necessário o desenvolvimento de um modelo de mensuração de regulação no Brasil: “As agências reguladoras têm condições de avançar em modelos de avaliação de impacto regulatório, que está muito evoluído fora do país. Hoje, o nosso padrão de regulação não é seguido de um esforço de avaliação de impacto que mostre, por exemplo, a dificuldade de implementação de uma norma. Defendemos uma regulação que permita mais acesso da população ao serviço, o que não se trata de uma regulação frouxa. De forma excessiva, torna-se um obstáculo ao setor”.

O diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Leandro Fonseca da Silva, informou que está em curso no órgão regulador um levantamento de boas práticas sobre a avaliação do impacto regulatório: “Estamos buscando análises quantitativas para mensurar custos e benefícios das normas, para facilitar a tomada de decisão. Outra medida será a avaliação de impacto regulatório do legado, com a finalidade de saber se a norma implementada está atingindo o objetivo proposto. Esse tipo de evento auxilia na discussão de como aprimorar o nosso processo regulatório”.

Excesso regulatório custa caro – Na primeira palestra do dia ‘Custos da Regulação’, o professor e coordenador de economia aplicada da FGV, Armando Castelar, mostrou que a regulação excessiva prejudica a competitividade do País e, em especial, do setor. “O Brasil é um dos que mais sofrem com o excesso da regulação. No Global Competitiveness Report, o País é o penúltimo na lista do peso da regulação pública, que tem 138 nações. No Brasil, o cidadão serve ao Estado, e não ao contrário”, afirma Castelar.

Segundo o economista, o risco regulatório na Saúde Suplementar é alto e crescente e os principais atores dessa situação estão fora do setor: o Judiciário e a Política: “Toda a relação de equilíbrio econômico-financeiro entre beneficiária, prestador do serviço e operadora está sujeita à interferência de um juiz, que não é especialista na área e se baseia na prescrição médica. A crescente judicialização se dá em uma sociedade que apresenta mais conflitos

resolvidos em ações na Justiça. Do outro lado, os custos da saúde irão subir com a rápida transição demográfica brasileira e o uso excessivo de tecnologia. A pressão política sobre o controle de preços pode aumentar e o resultado será o mesmo dos planos individuais (diminuição da oferta no mercado)".

Em seguida, foi a vez de Marcelo Guarany, subchefe de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais, da Casa Civil, que apresentou o painel 'Desafios Regulatórios no Brasil e a Nova Lei das Agências'. O executivo admitiu a necessidade de evolução das análises de impacto regulatório: "Nossas regulações precisam ser mais bem pensadas. Alguns exemplos mostram que falta uma avaliação de impacto regulatório mais precisa. Não é fácil pensar economicamente na questão da regulação. Precisamos buscar maior racionalidade da regulação, com um maior grau de homogeneização das agências, que têm entre os objetivos melhorar o ambiente de negócios e dar segurança regulatória".

Mundos diferentes – O painel 'A Análise de Impacto Regulatório no Brasil – Estado da Arte' foi apresentado pela professora e pesquisadora da FGV, Alketa Peci, que analisou as agências reguladoras no Brasil em comparação com outros países. "A regulação pode acontecer de duas formas: uma empurrada pelo mercado e outra pelo Estado. Nos EUA, temos a prevalência do mercado. Já na Europa, a saúde é do Estado e a Suplementar também é subsidiada por ele. No Brasil, os dois sistemas existentes são separados. Cada país tem contextos muito diferentes em suas concepções, que apresentam problemas estruturais que fazem a diferença na regulação", avalia.

Durante debate sobre 'AIR – Em busca da efetividade regulatória', Ricardo Morishita Wada versou sobre a importância da legitimidade democrática. "Trata-se de um valor que se perdeu. Atualmente, existem 109 milhões de ações judiciais. Isso mostra o tamanho da encrenca do impacto regulatório. Não precisamos de menos política, e sim de mais política com 'P' maiúsculo. No final da ação judicial, a outra parte que perde precisaria concordar com a legitimidade da decisão", afirma.

O diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, resumiu o objetivo da avaliação de impacto regulatório e a necessidade de analisar as normas existentes: "A regulamentação deve vir no sentido de promover a competição e, assim, beneficiar a sociedade. Há casos em que a regulação nasce de forma correta, mas se torna obsoleta ao longo do tempo. Muitas precisam ser revistas".

Também participaram do workshop o superintendente de regulação da FenaSaúde, Sandro Leal; o diretor da Bradesco Saúde, Flávio Bitter; e Maurício Lopes, vice-presidente da Sul América Saúde.

Leal chamou a atenção para os efeitos não visíveis da regulação. "Em alguns casos, esse impacto só irá aparecer posteriormente". Bitter citou exemplos de regras com elevados custos e pouco benéfico. "Uma simples mudança de centímetros na logomarca implicou aumento de 30% nos custos de impressão. Sem falar na proibição de darmos descontos, prejudicando o próprio consumidor". Já Lopes considerou que a AIR é condição necessária. "Mas, não é suficiente para melhorar o setor. É preciso olhar em longo prazo", concluiu.

DEBATE SOBRE ADOÇÃO DE MODELO DE REMUNERAÇÃO MAIS SUSTENTÁVEL

SaúdeBusiness –02/06/2017

O setor privado de saúde brasileiro está vivendo um momento desafiador. A instabilidade da economia aumentou o desemprego e consequentemente, as operadoras perderam clientes. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre julho de 2015 e julho de 2016, aproximadamente 1,7 milhão de pessoas deixaram de ter planos médicos particulares.

O momento econômico, aliado ao modelo de remuneração vigente no País, tem pressionado para que o segmento intensifique o debate sobre a adoção de um formato mais sustentável. Atualmente, os estabelecimentos de saúde são pagos por serviços (fee for service), ou seja, todos os procedimentos e insumos são cobrados da operadora. Quanto mais o médico solicita, mais ele ganha no final do mês. Com isso, há um aumento de custos e desperdícios de recursos, já que muitas vezes alguns materiais e procedimentos são desnecessários.

O modelo DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados, em tradução livre) já vem sendo discutido pelo mercado nacional e tem o apoio de entidades como Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) e da Fenasau (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

O conceito consiste em reunir pacientes com as mesmas doenças e características e estabelecer um valor fixo a ser pago pelo tratamento. Há também compensações financeiras para hospitais com melhores indicadores de qualidade, como menor taxa de infecção hospitalar, por exemplo. O DRG já está presente em diversos países, inclusive nos Estados Unidos. No Brasil, existem

projetos piloto e algumas operadoras já o adotaram em determinados procedimentos.

A TOTVS acredita que, do debate à adoção, ainda há um longo caminho para ser trilhado, mas ele passará, certamente, pela tecnologia. Os sistemas de TI podem atuar como um suporte para que o setor realize essa mudança e controle de maneira efetiva os seus gastos.

Por exemplo, a tradicional avaliação de serviços, hoje, realizada em papel, se integrada à uma cadeia de informações pode ser a catalizadora da melhora na qualidade do atendimento prestado. Além disso, a disseminação dos prontuários eletrônicos também viabilizará o sucesso do DRG no Brasil. Muitas vezes, o médico solicita um exame, já realizado pelo paciente recentemente, mas o profissional não tem esse laudo disponível em uma plataforma integrada e solicita novamente o procedimento.

A adoção da tecnologia permite ter um histórico completo do paciente e possibilita ao médico realizar uma análise mais detalhada sobre a vida da pessoa, chegar a um diagnóstico mais rápido e solicitar os exames realmente adequados. A TI pode ajudar a construir uma colaboração de informações corretas, unificadas e de fácil acesso. Uma única plataforma para integrar todos os interlocutores de saúde: paciente, operadora, hospital e profissionais da área.

O futuro da medicina está diretamente ligado à integração de dados e a interoperabilidade dos sistemas, tudo para tornar o setor mais sustentável e melhorar o atendimento. Enquanto o formato vigente é focado no volume, o DRG é centrado na satisfação e na qualidade e nesse ponto é possível avançar mais, pois já existem as ferramentas para isso. Conquistar eficiência e sustentabilidade na operação é viável, mas é necessário dar o primeiro passo.

PLANO DE SAÚDE PODE SAIR DE 70% DAS CIDADES COM NOVO ISS

Folha de São Paulo –01/06/2017

Operadoras de planos de saúde ameaçam deixar de atender até 70% das cidades brasileiras após o Congresso Nacional derrubar veto do presidente Michel Temer em artigos da lei que define regras para o recolhimento de ISS (Imposto Sobre Serviços).

Com a mudança, o imposto sobre planos de saúde, operações com cartão de crédito e de leasing passa a ser recolhido no local de prestação do serviço, e não na cidade-sede das companhias.

Empresas reclamam que a obrigação de pagar impostos em centenas ou milhares de municípios aumentará o custo com cumprimento de burocracias e tornará parte de suas operações inviáveis.

Segundo a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), dos mais de 5.500 municípios no país, aproximadamente 3.800 têm menos de 1.000 beneficiários de planos de saúde.

A entidade afirma que, devido aos custos envolvidos na abertura de filiais em cada uma dessas cidades, adaptação no modelo de envio de informações e cumprimento de obrigações, será inviável seguir atuando nelas.

Cada operadora terá de reavaliar onde segue valendo a pena atuar, diz José Claudio Ribeiro Oliveira, superintendente jurídico e institucional da Unimed do Brasil.

Um empecilho para a adaptação dos planos a nova regra é que, por estarem em setor em que preços são regulados, eles terão dificuldades de repassar o aumento de custo a consumidores, diz Abel Amaro, advogado tributarista do escritório Veirano.

Concentração

O objetivo da mudança é diminuir a concentração da arrecadação de ISS em poucas cidades, nas quais estão a sede de muitas empresas.

Segundo a CNM (Confederação Nacional dos Municípios), defensora da medida, 35 cidades concentram 63% do ISS recolhido no país.

Paulo Ziulkoski, presidente da CNM, diz que a adaptação à lei depende de simplificação e padronização das regras tributárias dos municípios e de ajustes de sistemas de cálculo de impostos de empresas. Não haverá aumento de impostos significativo para elas, afirma.

Ele diz acreditar que a ameaça dos planos de deixar parte das cidades terá efeito limitado: "Caso empresas saiam de alguma cidade, outras podem entrar em seu lugar".

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA O 4º CICLO – INTERVENÇÃO FISCALIZATÓRIA

ANS –31/05/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível a nota técnica que detalha os critérios para a seleção das operadoras que irão compor o Plano Semestral de Intervenção Fiscalizatória, que será executado no quarto Ciclo de Fiscalização, entre 15 de agosto de 2017 e 14 de fevereiro de 2018.

A nota técnica estabelece o Indicador de Fiscalização como critério de seleção, índice este que corresponde à média ponderada das demandas processadas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificadas como resolvidas pelo

reconhecimento da reparação voluntária e eficaz (RVE) e não resolvidas, registradas durante o ciclo de fiscalização anterior.

Intervenção Fiscalizatória

A Intervenção Fiscalizatória é o conjunto de ações que são executadas, a cada semestre, nas operadoras de planos de saúde selecionadas conforme os critérios definidos em Nota Técnica previamente publicada.

O objetivo é identificar e solucionar as falhas operacionais que resultam em condutas infrativas que geram danos assistenciais concretos à coletividade de beneficiários da operadora.

A medida atende o disposto na [RN nº 388/2015](#)

[Confira a Nota Técnica](#)

ANS CONTRIBUI NA CRIAÇÃO DE REGRAS DE ALTERAÇÃO DE REDE ASSISTENCIAL

ANS –31/05/2017

Rede assistencial hospitalar foi o tema da 4ª Reunião do [Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos](#) realizado no dia 30/05 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste 2º encontro específico sobre o assunto, foram apresentadas as contribuições de operadoras de planos de saúde e de entidades do setor para a elaboração de novos critérios de análise de alteração de rede – o que ocorre em função de substituição (troca de uma unidade hospitalar por outra) ou redimensionamento por redução (supressão de uma unidade da rede, com absorção do atendimento a beneficiários por unidades indicadas). Na reunião também foram apresentadas as propostas iniciais da ANS, ainda abertas à discussão pelos membros do Comitê.

"Esse é um tema muito amplo e de grande relevância para o beneficiário, por isso, neste primeiro semestre, dedicamos a ele dois encontros no Comitê, assim como fizemos com portabilidade de carências", explicou Karla Santa Cruz Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. Segundo a diretora, a rede assistencial hospitalar é o grande chamariz das operadoras na hora da comercialização de seus produtos: "Quando o consumidor contrata um plano de saúde, ele contrata uma rede assistencial, logo, nos casos de substituição ou redimensionamento da rede, como garantir que as alterações não afetem o acesso ao serviço contratado? Temos esse e outros questionamentos a resolver neste Comitê para a criação de novas regras de alteração da rede", disse Karla Coelho.

Para tal, a Agência apontou na 1ª reunião sobre o tema quatro questionamentos a serem respondidos pelos participantes do Comitê em suas contribuições. Ao todo, 12 entidades do setor responderam aos seguintes pontos:

- Como avaliar a equivalência na substituição?
- Como avaliar o impacto sobre a massa assistida no redimensionamento?
- Como comunicar os beneficiários de forma oportuna?
- Como acompanhar essas alterações?

“A ideia é que a gente avance da análise caso a caso para um sistema onde a análise possa ser feita de forma eletrônica, promovendo a celeridade do processo. Nosso objetivo é a inteligência regulatória, respaldada por um sistema que permita critérios mais robustos de monitoramento da rede assistencial. Dessa forma, teremos maior precisão e clareza na base hospitalar da saúde suplementar, refletindo a realidade do setor”, afirmou Rafael Vinhas, gerente geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da ANS.

Também participaram do encontro o gerente e a coordenadora de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais, Felipe Umeda Valle e Danielle Conte, que destacaram a necessidade de autorização da ANS para o redimensionamento (Lei 9.656) e o atendimento a critérios de equivalência de prestador nos casos de substituição (Lei 9.656).

As propostas iniciais da ANS para alteração de rede hospitalar e revisão dos critérios de análise, bem como as contribuições já encaminhadas, [estão disponíveis aqui](#), na íntegra da apresentação feita pela Agência nesta 4ª Reunião. Operadoras e entidades do setor têm agora até o dia 30/06 para encaminhar mais contribuições para a elaboração das novas regras, através do e-mail gqrep.dipro@ans.gov.br.

INDICADO NOVO DIRETOR PARA ANS

Capitório News –31/05/2017

O Presidente da República enviou ao Senado Federal, para apreciação, o nome do Sr. Rodrigo Rodrigues de Aguiar para exercer o cargo de Diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, na vaga decorrente da renúncia do mandato da Senhora Martha Regina de Oliveira.

ANS ESTIMULA OPERADORAS A DESENVOLVEREM AÇÕES DE PROMOPREV

ANS –30/05/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no dia 24/05 o 10º Workshop de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças (Promoprev). O encontro, realizado em Brasília, contou com a participação de representantes de operadoras da região Centro-Oeste e de prestadores de serviços e outros segmentos.

Na abertura do evento, a gerente-geral de Regulação Assistencial da ANS, Raquel Lisboa, falou sobre a trajetória da Agência no trabalho de indução à promoção de saúde e prevenção de doenças. Em seguida, a gerente de Monitoramento Assistencial, Katia Audi, apresentou os dados gerais e os desafios enfrentados pelo setor frente às transições demográfica, epidemiológica e nutricional da população brasileira e falou sobre as dificuldades das operadoras

em relação à gestão de suas informações e a importância de utilizá-las como insumo estratégico para a gestão do cuidado.

Na sequência, a coordenadora da Gerência de Monitoramento Assistencial, Renata Campos, falou sobre a situação atual, questões fundamentais e os desafios e tendências para o desenvolvimento dos programas de Promoprev. Após as exposições iniciais, os participantes debateram sobre a necessidade de gerenciamento de suas informações, padronização de prontuários eletrônicos e necessidade de criação de sistemas de informação específicos.

Também foram apresentadas experiências em Gestão do Cuidado em Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família na Saúde do idoso, Método Canguru no Brasil e Interface da Saúde Ocupacional e Assistencial.

Após as exposições e debates sobre os temas, foram realizadas discussões em grupo, em que foram destacados os pontos de dificuldade e estratégias para obter escala em programas de Promoprev.

CONGRESSO DERRUBA VETO DE TEMER A ISS E PLANO PODE ENCARECER

Folha de São Paulo –30/05/2017

O Congresso Nacional derrubou na noite da terça-feira (30) o veto do presidente Michel Temer a um dos trechos da lei que regulou o ISS (Imposto Sobre Serviços, de competência dos municípios).

Com isso, o imposto que incide sobre operações financeiras (cartão de crédito, débito, leasing, entre outros) e planos de saúde será recolhido no local de prestação do serviço, não na cidade-sede das empresas.

O veto foi revogado pelo voto de 49 dos 81 senadores e 371 dos 513 deputados.

Temer havia vetado a medida sob o argumento, entre outros, de que a mudança iria contribuir para a elevação do valor dos planos de saúde.

Em um momento de extrema fragilidade política e em busca de apoio para a aprovação da reforma da Previdência, entretanto, o peemedebista recuou. Ele liberou sua base de apoio a derrubar o veto após pressão de prefeitos, que esperam ter a arrecadação incrementada em cerca de R\$ 6 bilhões.

Representantes das empresas financeiras e de planos de saúde afirmam que terão grandes dificuldades operacionais, já que, argumentam, serão obrigados a ter representação física em mais

idades devido às diferenças de cálculo e de prazo de pagamento em cada uma delas.

Nas razões apresentadas para o veto, a área econômica do governo havia afirmado risco de “perda de eficiência e de arrecadação tributária, além de pressionar por elevação do valor dos planos de

saúde, indo de encontro à estratégia governamental de buscar alternativas menos onerosas para acesso aos serviços do setor.”

A reforma do ISS foi aprovada no ano passado e fixou em 2% a alíquota mínima do imposto, além de ampliar a lista de serviços à qual incide o imposto.

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