

06 de junho de 2018

**LEITURA RECOMENDADA**

MILLIMAN – 28/05/2018

Recomendamos a leitura do último Conselho Milliman divulgado no mês de maio. O artigo “Governança Corporativa” aborda os principais conceitos e princípios da governança corporativa, trazendo o tema para dentro da saúde suplementar, e apresenta os próximos passos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para garantir a implementação de modelos dentro das empresas.

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

**CURSOS IBDSS**

IBDSS – Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar

**15/06/18****Curso sobre o Processo Administrativo Sancionador da ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar.****16/06/18****Curso Direito da Saúde Suplementar****PÚBLICO ALVO**

Dirigentes, gerentes e diretores de operadoras de planos de saúde e de empresas prestadoras de serviços nesta área, advogados e estudantes de direito, médicos, auditores, contadores, atuários, peritos e demais interessados em conhecer este ramo de atividade.

**COORDENADOR / INSTRUTOR**

**JOSÉ LUIZ TORO DA SILVA.** Advogado militante e Professor. Pós-graduado em Direito Comercial pela Universidade de São Paulo e Direito Empresarial pela Universidade Mackenzie. Pós-graduado na Fundação Getúlio Vargas/Ohio University, no curso MBA Internacional - Direito da Economia e da Empresa. Mestre em Direito Político e Econômico pela Universidade Mackenzie. Doutor em Direito pela FADISP. Membro efetivo da Comissão de Estudos sobre Planos de Saúde e Assistência Médica, da OAB/SP. Membro da World Association for Medical Law. Professor convidado da Universidade de Coimbra. Sócio titular do escritório TORO ADVOGADOS ASSOCIADOS. Presidente do IBDSS - Instituto Brasileiro de Direito da Saúde Suplementar. Consultor Jurídico Nacional da UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autor de obras jurídicas. Conferencista Nacional e Internacional.

**INVESTIMENTO PARA CADA CURSO:**

Valores nas inscrições até 05/06/2018		Valores nas inscrições após 06/06/2018	
<b>Clientes</b>	<b>R\$ 600,00 (Seiscentos reais)</b>	<b>Clientes</b>	<b>R\$ 700,00 (Setecentos reais)</b>
<b>Não Clientes</b>	<b>R\$ 750,00 (Setecentos e cinquenta Reais)</b>	<b>Não Clientes</b>	<b>R\$ 900,00 (Novecentos Reais)</b>
<b>*Para os participantes dos dois cursos no mês de Junho, haverá 20% de desconto na soma dos investimentos*</b>			

**LOCAL**

Auditório "Maria Natividade Galhardo Toro"  
Rua Santa Luzia nº 48 - 11º andar  
Liberdade - São Paulo/SP

**INFORMAÇÕES GERAIS**

O número de vagas é limitado. Não haverá cancelamento de inscrições. Se necessário, poderá haver substituição por outro participante.

- Turma reduzida, a fim de possibilitar amplo debate e integral participação de todos.

- Serão oferecidas somente 30 vagas (mínimo 10 vagas). As vagas serão preenchidas por ordem de inscrição.
- Reservamo-nos o direito de remarcar o curso, caso não atingirmos o número mínimo de participantes.

[Programa Curso sobre o Processo Administrativo Sancionador da ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar](#)  
[Programa Curso Direito da Saúde Suplementar](#)

#### **INSCREVA-SE**

[Ficha de Inscrição – Curso sobre o Processo Administrativo Sancionador da ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar](#)

[Ficha de inscrição – Curso Direito da Saúde Suplementar](#)

## **APROVADA ISENÇÃO DE CARÊNCIA PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA POR PLANOS DE SAÚDE**

Agência Senado –06/06/2018

O cliente de plano de saúde pode ficar isento do cumprimento dos prazos de carência nos casos de urgência e emergência. É o que prevê o PLS 502/2017, da senadora Rose de Freitas (Pode-ES), aprovado nesta quarta-feira (6) pela Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC). O texto segue para análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O projeto altera a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656, de 1998) para eliminar mecanismos que dificultem o atendimento de urgência e emergência, inclusive autorizações prévias. A iniciativa também reduz para 120 dias o período de carência para internações hospitalares.

Atualmente, os prazos máximos de carência definidos pela legislação são de 24 horas para atendimentos de urgência e emergência; 300 dias para parto a termo; e 180 dias para os demais casos, como cirurgias.

Para Rose de Freitas, embora o período de carência proteja as operadoras contra abusos e fraudes por parte do consumidor, isso não pode inviabilizar o atendimento em circunstâncias excepcionais e imprevisíveis, que exijam solução imediata.

“É o caso das urgências e emergências, que, se não forem tratadas a tempo, podem acabar por tornar inócua a finalidade primordial do contrato celebrado entre as partes, qual seja, a de resguardar a saúde e a vida”, destaca a autora.

A senadora entende que a fixação de prazos de carência não pode redundar em prejuízo manifesto para o consumidor, a ponto de impedir que o contrato com o plano de saúde cumpra a sua função social de prover o acesso aos tratamentos previstos.

“É necessário rever os períodos máximos de carência estabelecidos em lei, pois eles alteram sobremaneira o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema em prol das operadoras, prejudicando o usuário”, diz Rose de Freitas.

O senador Elmano Férrer (Pode-PI), relator da proposta, considera acertada a eliminação dos prazos de carência para os atendimentos de urgência e emergência. Em sua avaliação, essa medida se justifica porque, caso o consumidor não receba o atendimento no tempo necessário, este pode ser inócua se realizado posteriormente.

“Além disso, o projeto de lei adequadamente insere prazo máximo de carência de 120 dias para internações hospitalares, diminuindo para esses casos o prazo máximo hoje vigente de 180 dias, tendo em vista que a internação hospitalar em muitos casos decorre de situações de urgência e de emergência”, acrescenta Elmano.

## **PRESIDENTE DA ANS PEDE DEMISSÃO, MAS SEGUE NA DIRETORIA DA AGÊNCIA**

JOTA –06/06/2018

**Pedido foi feito há dois meses ao ministro da Saúde; motivo seria indicação de citado na Lava Jato**

Leandro Fonseca da Silva pediu ao ministro da Saúde, Gilberto Occhi, há cerca de dois meses, para deixar o cargo de diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo a assessoria da agência, ele deseja permanecer na direção do órgão. A ANS também afirma que motivações pessoais levaram ao pedido.

Procurado, o Ministério da Saúde não se manifestou até o fechamento desta reportagem. Representantes do setor regulado e pessoas ligadas à ANS especulam que a indicação à agência de

Davidson Tolentino de Almeida, citado no noticiário da Lava Jato, teria levado ao pedido de Leandro Fonseca.

Há também o rumor de que o atual presidente substituto não quer se comprometer em assinar o reajuste anual dos planos de saúde, o que deve ser feito ainda em junho. As duas hipóteses não foram confirmadas pela ANS.

Leandro Fonseca foi nomeado diretor da ANS em dezembro de 2016. Ele é presidente interino desde maio de 2017.

#### **Davidson Tolentino**

A indicação de Davidson Tolentino à ANS [está paralisada no Senado](#). O relator, senador Sérgio Petecão (PSD-AC), pediu em 9 de maio

reexame de seu parecer. Ele afirma que retomou a análise ao ser avisado por sua equipe técnica sobre notícias que ligam Davidson Tolentino ao noticiário da Lava Jato. Porém, Petecão não adiantou se poderá sugerir rejeição ao nome e disse que não há prazo para devolver a matéria.

Conforme depoimentos, Tolentino teria entregue dinheiro para comprar o silêncio de José Expedito Rodrigues Almeida, ex-assessor do senador Ciro Nogueira (PP-PI). A afirmação é do próprio Rodrigues Almeida, que procurou a Polícia Federal para expor o suposto esquema. A verba teria sido distribuída a mando de Ciro Nogueira e do deputado Eduardo da Fonte (PP-PE).

Tolentino afirmou à reportagem que apenas a sua defesa pode se manifestar sobre as acusações do ex-assessor de Ciro Nogueira. Também não quis comentar se o senador o teria indicado ao Ministério da Saúde, em junho de 2016, e a mais recentemente à ANS.

O indicado à agência também é personagem de [imbróglgio](#) para compras judicializadas de medicamentos para doenças raras. O caso gerou mal-estar entre o presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa, e o ex-ministro da Saúde Ricardo Barros (PP-PR). No comando do Departamento de Logística da pasta, Tolentino assinava contratos com empresas que não possuíam certificados da Anvisa para importação dos remédios de alto custo.

Ao JOTA, Davidson Tolentino negou rumores de que teria desistido do cargo. "O governo me apoia para eu ser o indicado. Continua com o apoio", disse.

## DEBATEDORES DIVERGEM SOBRE COBRANÇA DE FRANQUIAS EM PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –05/06/2018

**Entidades de defesa do consumidor avaliam que planos ficarão caros demais, enquanto empresas do setor alegam a necessidade de cobrir custos crescentes**

Entidades de defesa do consumidor alertaram nesta terça-feira (5), em audiência pública na Câmara dos Deputados, para o risco de a proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de regulamentar a cobrança de coparticipação e de franquias tornar os planos de saúde caros demais para a maioria dos brasileiros.

Quando esses mecanismos são aplicados, o consumidor, além de arcar com o valor da mensalidade, paga parte dos valores cobrados por consultas, exames e cirurgias. Os representantes das empresas do setor argumentaram que isso precisa acontecer para racionalizar o uso dos planos e cobrir custos crescentes das operadoras.

Com a regulamentação da ANS, prevista para o início do próximo semestre, o uso dos instrumentos da franquia e da coparticipação, que hoje atinge cerca de 520 mil usuários no País, poderá ser ampliado.

O debate, que abordou também a questão dos reajustes abusivos dos planos de saúde, foi realizado na Comissão de Defesa do Consumidor a pedido dos deputados Celso Russomanno (PRB-SP), Eduardo da Fonte (PP-PE), JHC (PSB-AL) e José Stédile (PSB-RS), presidente do colegiado.

### Riscos para o consumidor

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) acionaram o Senado e a Comissão de Ética Pública da Presidência para revisar a sugestão.

### Rogério Sacarabel Barbosa

Também criticado por Abrasco e Idec, Rogério Scarabel Barbosa teve sua indicação à ANS aprovada pelo Senado nesta terça-feira (5/6), por 39 votos a favor e 13 contrários. A nomeação do advogado, que tem como padrinho o presidente do Senado, Eunício Oliveira (MDB-CE), deve ser publicada no Diário Oficial da União até o fim desta semana, informou a Casa Civil.

Em notas, as duas entidades afirmaram que a nomeação de Barbosa pode ferir o Código de Conduta da Alta Administração Federal. O advogado já defendeu empresas em processos na agência reguladora. "A ANS há muito tempo já está contaminada e capturada pelos interesses do mercado que ela deveria regular", afirmou, em nota o vice-presidente da Abrasco, Mário Scheffer.

Durante sua sabatina no Senado, Scarabel respondeu às críticas e disse que aceitou ocupar a direção da agência por compromisso público e que sua atuação como advogado junto à ANS não se deu "apenas para os planos de saúde, mas muito mais na defesa das normas nas relações entre beneficiários, prestadores de serviços e as operadoras".

Karla de França, assessora de Programas Especiais da Fundação Procon de São Paulo, disse que a cobrança de coparticipação e de franquia deveria ser regulamentada pelo Poder Legislativo, e não

pela ANS. Segundo ela, esses mecanismos impedem os usuários dos planos de darem continuidade aos seus tratamentos, por não saberem claramente quais serão os valores cobrados.

"O consumidor acaba tendo que pedir empréstimo para poder pagar a participação nos exames e tendo um alto endividamento", destacou a assessora do Procon.

Igor Britto, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), disse que 33% dos contratos existentes no Brasil já têm a coparticipação, e considerou preocupante a possibilidade de a ANS estimular esse modelo.

"Pode ser bastante arriscado para a capacidade do usuário de pagar pelo plano de saúde. A franquia e a coparticipação simplesmente fazem com que os consumidores deixem de usar os planos", observou. Esse fato, segundo ele, prejudica a prevenção de doenças e retarda diagnósticos, o que provoca um aumento no número de internações.

O deputado Júlio Delgado (PSB-MG) alertou ainda para a possibilidade de as operadoras adotarem ainda "prêmios" semelhantes aos dos seguros de veículos para quem deixar de usar o plano de saúde ao longo de um determinado ano.

"E não estamos tratando de carros e de estradas, mas de pessoas, de gente. Se for colocada a franquia, vamos fazer até Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)", avisou.

### Redução de mensalidades

O superintendente da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal Alves, disse que a ampliação da coparticipação e da franquia levaria os consumidores a usarem os planos de saúde mais moderadamente e a pesquisarem os preços antes de realizarem procedimentos.

Os médicos passariam a receitar tratamentos mais efetivos do ponto de vista do custo. Ele afirmou que essas mudanças reduziram os preços das mensalidades: "As pessoas querem ter opções e produtos mais baratos." Alves citou como problema do setor a tendência de os planos de saúde individuais serem adquiridos por pessoas que precisam usá-los mais frequentemente.

## ANS: REAJUSTE NOS PLANOS DE SAÚDE DO BRASILEIRO DEVE OCORRER EM JUNHO

Correio Braziliense –05/06/2018

**Índice de correção de contratos individuais e familiares sai neste mês. ANS suspende comercialização de 31 convênios por falhas no atendimento**

Os planos de saúde estão pesando cada vez mais no orçamento das famílias. Os consumidores com convênios empresariais ou coletivos, cujas mensalidades não são controladas pelo governo, sofrem com reajustes muito acima dos índices de inflação, o que torna difícil a manutenção do benefício. A situação também não é fácil para as pessoas que aderiram a planos individuais ou familiares, já que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá divulgar neste mês um novo reajuste dos valores.

De acordo com dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o custo médio dos planos aumentou 4,32% neste ano, muito mais do que a variação geral dos produtos, de 0,92%. Em 12 meses, a discrepância é ainda maior: 13,51% para os convênios contra 2,76% da média geral de todos os produtos.

Fábio Bentes, economista-chefe da Confederação Nacional do Comércio (CNC), ressaltou que, depois da gasolina, os planos de saúde são os itens que mais têm pressionado os índices de preços. "É um produto que tem peso grande, de 4%, no IPCA, e que é inelástico, ou seja, as famílias têm dificuldade de cortá-lo do orçamento", disse.

O advogado Rodrigo Araújo, especialista na área, disse que a inflação médica tem crescido muito devido ao encarecimento de

"O mercado usa, para contrabalançar essas questões, a divisão de riscos entre a operadora e o consumidor, que é a coparticipação, ou a franquia. Em outros países, esses mecanismos já estão funcionando, inclusive em sistemas públicos", ressaltou.

Karla de França, do Procon, criticou o fato de a "inflação médica" ser de cerca de 13%, enquanto a inflação oficial é de apenas 3% a 4% no Brasil. "Como um aposentado, ou qualquer classe, vai conseguir manter um plano de saúde?" questionou.

equipamentos e remédios. Além disso, as operadoras abusam dos reajustes, refletindo falhas no acompanhamento da ANS, segundo ele. "Não são incomuns correções de 25% ou 30%", afirmou. "No meu escritório, recebi um pedido para abrir ação contra uma operadora que aumentou as mensalidades em 84%", disse.

Mesmo nos planos individuais, explicou Araújo, a ANS leva em conta os valores cobrados nos seguros coletivos e empresariais, o que permite que o mercado "faça seu preço". A servidora pública Vânia Resende, 38 anos, está apreensiva. "Tenho muito medo de não dar conta de pagar", admitiu.

A ANS informou que o reajuste dos planos individuais e familiares está em análise no Ministério da Fazenda e deve sair ainda neste mês. A agência frisa que reajustes de planos de saúde e índices gerais de preços são coisas diferentes. "O reajuste divulgado pela ANS é um índice de valor que agrega variação de preços e de quantidades, não é, portanto, um índice de preços. Ele é composto pela variação da frequência de utilização de serviços, da incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde", completou.

### Suspensão

Atendendo a reclamações de usuários, a ANS suspendeu temporariamente a comercialização de 31 planos de saúde de 12 operadoras, a partir da próxima sexta-feira. A medida afetará 115,9 mil beneficiários. A maioria das reclamações (39,53%) é relacionada a gerenciamento de ações de saúde. Já 15,85% são voltadas para coberturas; 15,04% a prazos de atendimento; 13% a atendimentos e 12% a reembolsos. Os beneficiários dos planos continuam a ter assistência, mas as operadoras "só poderão voltar a vender esses planos para novos contratantes se comprovarem melhoria no atendimento", informou a ANS, em nota.

## DEFESA DO CONSUMIDOR DEBATE AUMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –05/06/2018

A Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados realiza audiência pública nesta tarde para discutir os supostos reajustes abusivos dos planos de saúde. O encontro foi pedido pelos deputados José Stédile (PSB-RS), Celso Russomano (PRB-SP), Eduardo da Fonte (PP-PE) e JHC (PSB-AL).

Stédile lembra que os aumentos abusivos viraram rotina para os 47,7 milhões de pessoas, praticamente um quarto da população brasileira, que adquiriram planos de saúde no País. "Em 2014, a cobertura chegava a 50,4 milhões de brasileiros. Desde então, os reajustes

elevados e descolados da inflação oficial vêm tornando o serviço privado proibitivo", afirma o deputado em seu requerimento.

Russomano disse que pediu a audiência diante do anúncio da proposta da Agência Nacional de Saúde (ANS), de impor determinado número de exames e consultas que o consumidor teria direito de realizar por ano.

Os deputados Eduardo da Fonte e JHC querem debater o sistema de franquia, anunciado pela ANS, que segundo a Agência permitirá "reduzir custos desnecessários e baratear convênios em até 30%". Mas segundo os deputados, e pelo que foi divulgado pela imprensa,

a partir da publicação da nova norma as operadoras poderão cobrar franquia e coparticipação, limitadas ao somatório do que o usuário pagou durante o ano.

"Assim, se um consumidor paga R\$ 500 por mês, ou R\$ 12 mil por ano, a operadora do plano de saúde poderá cobrar franquia/coparticipação neste valor. Em outras palavras, a despesa com o plano de saúde pode dobrar e sair de R\$ 12 mil ao ano para R\$ 24mil", argumentam os deputados no requerimento.

#### Debatedores

Foram convidados para discutir o assunto, entre outros:

- o gerente-geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde (ANS), Rafael Pereira Vinhas;
- o subprocurador-geral da República Coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal (MPF), José Elaeres Marques Teixeira;

- a assessora executiva da diretoria de Programas Especiais da Fundação Procon(SP), Karla de França;
- a presidente do Conselho Diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Marilena Lazzarini;
- o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge/RJ-ES), Sérgio Custódio Viera; e
- o superintendente da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal Alves.

A reunião será realizada às 14h30, no plenário 13 e poderá ser acompanhada ao vivo pelo WebCâmara.

## **GLOSA MÉDICA É IMPASSE RECORRENTE EM 90% DAS RELAÇÕES ENTRE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS**

SaúdeBusiness –05/06/2018

O paciente chega a uma clínica ou hospital e apresenta a carteirinha do convênio. Uma vez atendido, realiza exames, cirurgias, demanda medicamentos e materiais. Até aí tudo bem. Mas, ao final do processo, é hora da prestadora de serviços "fechar a conta" e enviar para a operadora do plano de saúde. O processo parece simples, mas no meio do caminho, muitas vezes, pode acontecer a glosa médica.

Apesar do nome incomum, a expressão descreve uma trama recorrente: as operadoras auditam as cobranças recebidas para saber se estão corretas e, com isso, podem optar por não pagar alguns itens ou até a conta inteira do paciente. Outro problema que contribui para a glosa são os equívocos operacionais na hora de passar a informação para o sistema da operadora, o que impede o bom andamento de todo processo.

A FEHOESP (Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo) divulgou um boletim econômico, em março deste ano, que comprova a situação. Foram entrevistadas 36 empresas associadas à federação, distribuídas por atividade: 58,3% eram clínicas especializadas, 19,4% laboratórios de análises e 22% hospitais.

A pesquisa mostrou que 97% dos participantes sofrem com glosas praticadas por planos de saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que representam, respectivamente, 90% e 10% dos casos. O valor médio por empresa não pago por conta de glosas foi de R\$ 348.600, em 2016, e de R\$ 797.600 em 2017. E quando há uma recusa de pagamento por parte da operadora, cabe a quem prestou

o serviço identificar o gargalo e entrar com recursos para receber o valor devido. A operadora volta a decidir, então, se realiza ou não o pagamento e, muitas vezes, o prejuízo fica com quem prestou o serviço aos pacientes.

Os indicadores do Observatório de 2017 da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) são claros: diante do menor crescimento de receitas, por conta da crise econômica e política do país, os hospitais estão mais empenhados em conter despesas. Nesse cenário, a glosa pode chegar a 10% de todos os procedimentos reembolsados por mês e aparece como o principal problema de gestão financeira enfrentado pelas prestadoras dos serviços de saúde.

Atentos a esse processo dispendioso, a ZG Soluções foi pioneira no Brasil, quando, em 2008, ofereceu ao mercado tecnologias que já reduziram milhões em perdas financeiras. O primeiro produto lançado pela marca, o software Zero Glosa, concilia automaticamente os itens de faturamento do prestador de serviço com o demonstrativo de retorno dos convênios. Isso permite identificar rapidamente as glosas e o que as motivou, reduzindo-as em até 30%.

Por meio de um arquivo XML/TISS (padrão estabelecido pela Agência Nacional de Saúde – ANS) gerado pelo programa, é possível integrar as informações com o sistema de gestão (ERP), o que economiza muito tempo de trabalho. O hospital, laboratório ou clínica passa a ter acesso a indicadores estratégicos centralizados, fundamentais para a gestão, como operadoras com mais pendências, itens mais recusados e principais justificativas para glosas. Além disso, permite a criação automatizada de relatórios completos que facilitam a negociação com as operadoras.

A ZG Soluções atua em 18 estados e tem mais de 150 clientes. A expectativa da empresa é de um crescimento superior a 50% neste ano. Entre os clientes estão 30% dos hospitais da Anahp e grandes grupos, como Rede D'Or São Luiz, Hospitais Amil, Santa Joana e Santa Lúcia. A economia chega a meio milhão por mês em algumas das empresas atendidas.

## **DESAFIO MUNDIAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS –05/06/2018

Um de nossos objetivos é exatamente apontar tendências e desafios acerca do setor de saúde, possibilitar a criação de informações, conhecimento e ferramentas para a melhor tomada de decisão. Nesse anseio, não é de hoje que falamos de como a inflação dos

custos em saúde representa um desafio mundial para a sustentabilidade do setor.

Quem nos acompanha sabe que essa preocupação é latente em nossas publicações, como na série de publicações a respeito das especificidades dos custos em saúde com base no [TD 69 – "Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional"](#). Explicamos as [diferenças entre VCMH e IPCA: fatores](#)

[propulsores dos custos: características do caso brasileiro e mundial](#);  
e seus impactos sobre o [reajuste dos planos de saúde](#).

Com o mesmo objetivo, buscamos municiar a imprensa e, consequentemente, a sociedade sobre os diferentes aspectos do setor, disseminando informação de respaldo técnico e facilmente depreendida por meio de reportagens, como do jornal O Globo do dia 30 de maio.

Em entrevista, o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, falou sobre a importância do modelo de pagamento para a sustentabilidade do setor e a redução dos crescentes custos com saúde em todo o mundo. A agenda de soluções para o segmento passa por mudanças, com o fim do fee for service (pagamento por volume) e adoção do pagamento por desempenho/valor – que você pode conferir na nossa [área temática](#) – além de diferentes ações sistêmicas para toda a cadeia, como mostrou a reportagem.

“Nosso modelo de remuneração incentiva o desperdício e o aumento de custo. Mas temos consciência de que esta mudança faz parte de uma agenda estruturante, com todas as ações que o Brasil precisa para se modernizar nos próximos anos. As coisas não vão mudar do dia para a noite”, comentou Luiz Augusto.

Confira a reportagem na íntegra.

#### **Inflação médica: um desafio mundial da Saúde Suplementar**

Custos levam em conta não apenas os preços, mas a frequência de uso de consultas, exames, internações e terapias

A inflação dos custos em saúde representa um desafio mundial para as operadoras de Saúde Suplementar. Não só no Brasil, mas também em mais de 90 países, operadoras tentam conter o avanço da chamada Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), puxada por modelos inadequados de pagamento de prestadores, incorporação de novas tecnologias e de coberturas- em geral, muito mais elevadas que as anteriores – e envelhecimento da população (e prevalência de doenças crônicas). Em todo o mundo, a VCMH supera, com folgas, a inflação oficial dos países.

O receituário comum para minar a escalada dos preços existe: as soluções sistêmicas para toda a cadeia envolvem mudanças no modelo de pagamento aos prestadores – fim do fee for service (pagamento por volume) e adoção do pagamento por desempenho/valor – uso mais racional dos planos, incluindo franquias; e comprovada efetividade das novas tecnologias, além de preços acessíveis, antes de sua incorporação por governos e reguladores, como, aliás, já recomenda a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), preocupada com o risco de sustentabilidade dos sistemas públicos e privados de saúde diante da inflação médica.

O Brasil vive um período de inflação em queda. O acumulado nos últimos 12 meses ficou em 2,76% até abril de 2018, segundo o IPCA/IBGE. Mas essa redução não é transmitida para os custos de saúde.

Calculada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a VCMH/IESS aponta crescimento nas despesas de assistência à saúde bem maior que o aumento geral de gastos calculado pelo IPCA. O índice serve de referência para o reajuste anual das mensalidades dos planos de assistência à saúde.

O modo de cálculo dessas duas inflações é fundamental para explicar a disparidade entre os percentuais. O IPCA leva em conta apenas a variação de preços de produtos e serviços. A VCMH calcula não só o aumento do custo de consultas médicas, exames, internações hospitalares e terapias, mas também a frequência com que cada serviço é utilizado.

O aumento dos gastos na assistência à saúde acontece, entre outros fatores, pelo envelhecimento natural da população e pelo uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas. E, ao contrário de outros setores, onde a tecnologia leva à diminuição de custos, na saúde a sofisticação de equipamentos gera mais despesas – com aquisição, manutenção e pessoal altamente especializado.

– O IPCA verifica a variação de preços dos alimentos à passagem de avião. Nos custos médico-hospitalares, existem as variações dos preços, mas também das quantidades, pois o aumento da frequência tem peso importante nos custos – explica o economista Luiz Roberto Cunha, professor da PUC-Rio e pesquisador do setor de saúde suplementar.

A “inflação médica” tem superado anualmente o teto de reajuste dos planos de assistência médica fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em dezembro de 2016, por exemplo, a VCMH dos 12 meses anteriores chegou a 20,4%. Para o mesmo período, o IPCA ficou em 6,29%.

A ANS fixou, para o período de maio de 2017 a abril de 2018, um teto de 13,55% para reajuste dos planos individuais ou familiares, que atingem 8,1 milhões de beneficiários, ou 17% dos 47,4 milhões de usuários de planos do País. Os reajustes são feitos de acordo com o mês de aniversário da contratação do plano.

A presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, diz que as mensalidades são resultado de um acúmulo de custos.

– A reclamação geral é de que os reajustes das mensalidades estão muito acima da inflação oficial, o que é verdade. No caso da saúde, os gastos variam com os preços dos materiais, medicamentos e serviços, mas também com a frequência da utilização e os novos itens incluídos pelas novas tecnologias. Trata-se de um efeito dominó que deságua nos valores das mensalidades – pondera Solange.

A presidente da FenaSaúde diz ainda que, nos últimos anos, em consequência da recessão econômica, o número de usuários de planos de saúde diminuiu, mas a frequência do uso de serviços aumentou significativamente:

– O volume de procedimentos médicos realizados pela saúde suplementar em 2016 aumentou 6,4% em relação a 2015, totalizando 1,465 bilhão de procedimentos ou quatro milhões por dia. Entretanto, em 2016 houve perda de 1,5 milhão de beneficiários.

Operadoras de planos privados de assistência à saúde apontam outros fatores para o aumento de custos, como o excesso de internações e exames.

– A principal forma de remuneração dos serviços médicos é o pagamento por volume de procedimentos realizados. Esse modelo é criticado por estimular a superutilização dos recursos da medicina e a migração para materiais mais caros, mesmo que não façam diferença no resultado – ressalta Solange.

Outra interferência na inflação médica é que, a cada dois anos, novos procedimentos e medicamentos são incluídos na lista de cobertura básica obrigatória dos planos de saúde da ANS.

– Neste caso, não há clareza se alguns itens foram incluídos corretamente, e se de fato resultam em benefícios significativos. Outra questão são os recursos à Justiça, que muitas vezes determinam a inclusão de procedimentos que não estavam no contrato firmado entre a operadora e o usuário – pontua Flávio Bitter, diretor técnico e de produtos da Bradesco Saúde e vice-presidente da FenaSaúde.

#### **Dividir os riscos é a solução**

Para o economista Luiz Roberto Cunha, os planos de assistência médica deveriam estar baseados no mutualismo, em que muitos

participantes dividem os riscos. No Brasil, porém, é crescente a participação de idosos (pessoas com maior risco) nos planos, enquanto a adesão de jovens diminuiu. Dados da FenaSaúde mostram que, entre março de 2016 e o mesmo mês de 2017, houve aumento de 1,6% no número de usuários de planos privados de assistência médica com 59 anos ou mais de idade, e redução no número de clientes nas faixas de zero a 18 anos (menos 2,6%), de 19 a 23 anos (menos 4,8%) e de 24 a 28 anos (menos 6,6%).

– O sistema depende de um grande número de participantes para dividir o risco. Mas acaba ficando sobre os que têm mais risco. É uma questão mais complexa e mais difícil que a Previdência Social. Todo empregado paga compulsoriamente o INSS. No caso dos planos de assistência médica, os jovens tendem a não entrar – compara Cunha.

O superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, cita medidas adotadas na Europa, nos EUA, na Austrália e na África do Sul para reduzir o custo médico-hospitalar, como a definição de valores fixos que as operadoras pagam aos hospitais em caso de internação. O valor é predeterminado segundo grupos de diagnóstico, idade e classificação de risco dos pacientes.

– Nosso modelo de remuneração incentiva o desperdício e o aumento de custo. Mas temos consciência de que esta mudança faz parte de uma agenda estruturante, com todas as ações que o Brasil precisa para se modernizar nos próximos anos. As coisas não vão mudar do dia para a noite – conclui Luiz Augusto

## ANS SUSPENDE VENDA DE 31 PLANOS DE SAÚDE DE 12 OPERADORAS

O Globo –04/06/2018

**Medida, que começa a valer na sexta-feira, protege cerca de 115,9 mil beneficiários**

RIO — A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou a suspensão temporária da venda de 31 planos de saúde de 12 operadoras em função de reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida começa a valer na próxima sexta-feira, e protege os cerca de 115,9 mil beneficiários já cadastrados nas carteiras desses planos, que continuam a ter assistência regular a que têm direito. As operadoras, no entanto, só poderão voltar a vender esses planos para novos contratantes se comprovarem melhoria no atendimento. De acordo com a ANS, a medida é resultado do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, realizado a cada três meses.

Na mesma data, voltam a ser totalmente comercializados 24 planos, de nove operadoras, que voltaram a apresentar índices aceitáveis de atendimento de seus beneficiários. Outros nove planos de sete operadoras voltam a ser parcialmente comercializados.

A diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Coelho, explica que o objetivo do monitoramento é estimular as

operadoras a qualificarem o atendimento prestado aos consumidores.

"Apesar de alguns casos reiterados, percebemos que, em geral, as operadoras têm se esforçado para se manter nas melhores faixas de classificação. Isso mostra que o programa tem atingido seu objetivo, já que o monitoramento da garantia de atendimento é um mecanismo que visa dar uma oportunidade para que as empresas revejam seus fluxos de atendimento e o próprio fluxo operacional", avalia, em nota, a diretora.

O monitoramento feito pela agência, divulgado a cada três meses, avalia as operadoras a partir das reclamações dos beneficiários relativas à cobertura assistencial, tais como negativas e demora no atendimento. O resultado desse ciclo levou em consideração as demandas recebidas no 1º trimestre de 2018. Nesse período — de janeiro a março deste ano — a ANS recebeu 15.655 reclamações de natureza assistencial através de seus canais de atendimento. Dessas, 13.999 foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento. No período, 97% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), garantindo resposta ao problema desses consumidores com agilidade.

O consumidor pode consultar, no site da ANS, informações sobre o programa de monitoramento das operadoras, verificando o histórico das empresas e os planos que foram suspensos e reativados. A reguladora disponibiliza também panorama geral com a situação de todas as operadoras, com a classificação das empresas nas quatro faixas existentes (que vão de 0 a 3).

## LEI DOS PLANOS DE SAÚDE COMPLETA 20 ANOS

FenaSaúde –04/06/2018

**FenaSaúde considera que o marco legal foi positivo quando de sua criação, mas agora são necessárias novas regras para o setor avançar**

Nos 20 anos da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), que se completaram neste domingo (3/6), a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) considera que os benefícios iniciais desse marco legal já foram superados e que são necessárias mudanças nas regras que regulamentam o setor.

Naquele momento, diversas razões demandavam a regulamentação da Saúde Suplementar: a ausência de regulamentação própria frente

ao aumento de reclamações dos consumidores junto aos Procons e à Justiça; as denúncias de problemas relativos à solvência de algumas empresas; e a evasão fiscal. A lei trouxe muito mais solidez

e confiabilidade ao mercado e garantias para que as empresas fossem sustentáveis, ao estabelecer requisitos claros para a operação dos planos e seguros de saúde, definindo padrões para o produto, períodos máximos de carência, proibição de seleção de riscos e de limites de internação, além de requerimentos de solvência e garantias financeiras.

Transcorridos 20 anos da lei, porém, o marco legal já não dá conta da realidade atual da Saúde Suplementar, que atende mais de 47 milhões de pessoas (quase um quarto da população brasileira) só nos

planos médico-hospitalares. Entre as razões dessa defasagem, está o aumento dos custos (operacional, do risco e regulatório), que

crescem continuamente ao longo de todo o elo produtivo da Saúde Suplementar. Essa cadeia é composta de operadoras de planos de saúde; prestadores de serviços, como hospitais e laboratórios; profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas; indústria da saúde, como fabricantes de materiais e insumos; e consumidor. “A regulação setorial que deveria ser do sistema é restrita às operadoras, e o restante da cadeia está à margem dessa regulação. A relação contratual segue a lógica do mercado de consumo, com expectativas que induzem a super utilização, ao que é novidade”, destaca Solange Beatriz.

A presidente da FenaSaúde lembra ainda que os recursos para financiar a atenção à saúde são finitos e que a população não consegue mais arcar com a escalada crescente dos custos em saúde, consequência na mudança da pirâmide etária do país; da mudança no perfil de morbidade; da incorporação de novas tecnologias sem

avaliação de custo-efetividade; da prevalência de modelos de remuneração de prestadores; e da falta de um modelo assistencial focado na experiência do paciente e na qualidade do resultado final. “Diante desses fatos, está cada vez mais claro que a Lei 9.656/98 precisa ser revista para, garantir o acesso de milhões de brasileiros a uma cobertura adequada para eles e suas famílias, ao mesmo tempo em que se busca assegurar ao mercado de planos de saúde o equilíbrio financeiro indispensável ao seu bom funcionamento”.

A FenaSaúde avalia que este é o momento de atualizar as normas da Saúde Suplementar, levando em consideração a capacidade de pagamento da sociedade, tanto das empresas contratantes do serviço quanto dos consumidores. “Por melhores que tenham sido as intenções do legislador 20 anos atrás, a Lei 9.656/98, é necessário estabelecer novas regras para a Saúde Suplementar, mais adequadas aos tempos que vivemos. Mais do que nunca, é preciso liberdade para produzir alternativas. Por exemplo, a criação de produtos mais compatíveis com a atual situação econômica do país”, finaliza Solange Beatriz.

## DISPUTA CONTRA PLANOS DE SAÚDE AUMENTA NA JUSTIÇA

O Globo –04/06/2018

**Só em São Paulo, número de ações cresceu 453% em oito anos. Mais de 90% das sentenças são a favor do cliente**

RIO — Os planos de saúde, cuja regulamentação completa 20 anos este mês, estão sendo cada vez mais alvos de ações na Justiça. Nos primeiros quatro meses deste ano, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo julgou 10.313 ações contra as empresas nas primeira e segunda instâncias. O estudo do Observatório de Judicialização da Saúde Suplementar da Universidade de São Paulo (USP) mostra que o volume de decisões é o maior já registrado desde 2011, comparando o mesmo quadrimestre. Em 2011, entre janeiro e abril, foram julgadas 1.864 ações. Na comparação com as ações registradas no mesmo período de 2018, houve um crescimento de 453% em oito anos.

— Os números dos tribunais refletem a persistência dos abusos, apesar dos 20 anos da lei. A Justiça é a ponta do iceberg, pois a maioria das pessoas não recorre ao Judiciário, mas ao SUS ou paga do próprio bolso para garantir seu acesso à saúde — diz Mário Scheffer, coordenador do Observatório da USP e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Usuária há 23 anos de um plano de saúde, a professora Claudia Corrêa Dantas, de 56 anos, passou a ter uma série de problemas com a operadora. O plano alegou que um pagamento estava em atraso e, mesmo depois de a usuária apresentar o comprovante de pagamento, a operadora deixou de enviar a carteirinha, o que a impedia de iniciar tratamentos de saúde:

— Nunca vi tanta bagunça de uns tempos para cá. Tive um problema e procurei um especialista. No consultório, ligaram para o plano e, mesmo sem o documento obrigatório atualizado, fui atendida por cortesia. O médico acabou não cobrando a consulta. Foi uma gentileza.

### PLANOS COLETIVOS SÃO 80%

Estudo feito pelo Observatório da USP, a partir da análise de quatro mil decisões de segunda instância do tribunal paulista, de 2013 e 2014, constatou que 92,4% dos acórdãos deram razão ao usuário. Em 88% dos casos, o pleito foi integralmente acolhido.

A presidente da Associação Nacional dos Ministérios Públicos do Consumidor (MPCon), Alessandra Garcia Marques, preocupa-se com o fato de que, duas décadas depois de estabelecido o marco regulatório, a maior parte dos problemas encaminhados às promotorias seja relacionada à cobertura. E alerta para as discussões em tramitação no Congresso, que desde o ano passado reuniu 156 projetos sobre planos de saúde em tramitação num único texto, o 7.419/2006.

— Essa briga por cobertura demonstra claramente que, se ampliarmos a desregulamentação, com planos de cobertura ainda mais reduzida, aumentarão os recursos ao Judiciário. O problema no Brasil é que as empresas, quando passam por períodos difíceis, com risco de prejuízo, recorrem ao legislativo para mudar o marco legal, em lugar de repensar gestão, de encontrar formas de assistência que promovam de fato a saúde e não cuidem só dá doença e de reduzir o desperdício.

Para o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Reinaldo Scheibe, o setor precisa discutir um modelo de sustentabilidade:

— O país precisa de uma política nacional de saúde. A falta de coordenação e de protocolos encarece tanto o sistema público quanto privado. O Brasil é campeão mundial de realização de ressonância magnética. O que vemos é uma multiplicação de exames e procedimentos desnecessários. Por isso, defendemos a coparticipação para que o usuário também seja estimulado a se preocupar com o custo da saúde.

Outra característica do modelo de saúde suplementar que impacta diretamente o acesso à saúde é a predominância de contratos coletivos e empresariais. Atualmente, 80% dos contratos são coletivos e menos de 20% individuais, que têm reajuste controlado e não permite a rescisão unilateral de contrato. O número de usuários nos dois modelos de planos era equilibrado até 2003, quando começou a haver um aumento significativo dos coletivos, que um ano depois já reuniam 15,9 milhões de usuários, o dobro dos planos individuais.

Sem a opção de contratar planos individuais, muitos consumidores optam por estabelecer relações empresariais para ter acesso a preços mais baratos. Criam, por exemplo, empresas familiares para contratarem planos para suas famílias. E há empresas que simulam vínculos para enquadrar o beneficiário em contratos de planos coletivos por adesão — modalidade de serviço oferecida por uma



pessoa jurídica a um determinado grupo como sindicatos e associações profissionais.

Outra distorção que se expandiu diante da pouca oferta de planos individuais foi a de registro como Microempreendedor Individual (MEI). Neste caso, o consumidor constitui uma pessoa jurídica só para fazer a aquisição de plano de saúde empresarial. A ANS identificou a manobra e, no fim de 2017, regulamentou a cobertura para contratos de empresários individuais.

#### **MAIS EXIGÊNCIAS PARA MEI**

Agora, além de exigir uma inscrição mínima de seis meses, o empresário individual deve apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral na Receita Federal. Para manter o contrato, o MEI deverá conservar a regularidade. E as operadoras deverão exigir esses

documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.

— O objetivo da ANS foi coibir abusos dos dois lados. De um lado, o MEI sem registro ativo. Na outra ponta, as operadoras que cancelavam o contrato quando aumentava a utilização por parte do usuário. Agora, esse rompimento só poderá ser feito no aniversário do contrato — explica o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca.

A medida, no entanto, diz Ana Carolina Navarrete, do Idec, não protege o consumidor:

— A esses empreendedores deveria ser garantido o plano familiar. Neste caso, teriam mais proteção, inclusive em relação ao reajuste. Mas a ANS não obriga que as operadoras mantenham esse tipo de oferta.

## **MERCADO INFORMAL NÃO CONTRATA PLANOS DE SAÚDE**

IESS –04/06/2018

Já está disponível a 37ª edição do Boletim “Conjuntura Saúde Suplementar”. A publicação traz uma análise das variáveis socioeconômicas relevantes ao desempenho do setor de saúde suplementar e da economia nacional referentes ao 4º trimestre de 2017, analisando seus desdobramentos para o segmento.

Como destaque, a nova edição faz um comparativo do desempenho do mercado de trabalho e do número de beneficiários de planos coletivos empresariais. Segundo o boletim, a taxa de desocupação – que mede o desemprego – atingiu 11,8% no 4º trimestre de 2017, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE). O número marca a terceira queda consecutiva dessa taxa.

Esta queda, contudo, não significou alta no número de pessoas com carteira assinada, que caiu de 36,39 milhões no 3º trimestre de 2017 para 36,36 milhões no 4º trimestre. Isso pode ser explicado pelo crescimento de empregos no setor informal. A publicação mostra que o número de pessoas empregadas sem carteira de trabalho assinada aumentou em 6,3% no 4º trimestre de 2017 quando comparado com o mesmo período do ano anterior. Na mesma base comparativa, o aumento dos trabalhadores por conta própria foi de 4,8% enquanto o mercado de trabalho formal apresentou queda de 2,1%.

Deve-se destacar que embora a variação do emprego com carteira assinada tenha sido negativa, ela tem sido cada vez menor, o que já impacta a saúde suplementar. Em dezembro de 2017, os planos médico-hospitalares coletivos empresariais apresentaram a primeira variação positiva em 11 trimestres, com alta de 0,1%.

Como já afirmamos em diferentes momentos, o mercado de planos de saúde está diretamente relacionado com o emprego formal no país. Para se ter uma ideia, a contratação de planos de saúde coletivos empresariais representou 66,7% do total de beneficiários no 4º trimestre de 2017, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Logo, o aumento da informalidade no mercado de trabalho como consequência da instabilidade nacional fez com o que brasileiros perdessem seu emprego com carteira assinada e, consequentemente, diversos benefícios, sendo o plano de saúde o mais importante.

Portanto, enquanto não houver um movimento sólido de retomada dos empregos formais nos setores de comércio, serviço e indústria – que costuma oferecer esse benefício aos colaboradores – não iremos perceber uma retomada efetiva de crescimento do setor e recuperação dos beneficiários da saúde suplementar perdidos nos últimos três anos.

Seguiremos analisando os dados da 37ª edição do [“Conjuntura - Saúde Suplementar”](#) nos próximos dias. Não perca!

## **APÓS 20 ANOS, PLANOS DE SAÚDE ESBARRAM EM ALTA DE CUSTOS**

O Globo –03/06/2018

**Lei criada em 1998 não se modernizou. Clientes sofrem com preços elevados**

RIO — “Esta lei entra em vigor noventa dias após a data da sua publicação”. Este artigo da Lei de Planos de Saúde, a 9.656, é o único da regulação, promulgada em 3 de junho de 1998, que se mantém intacto. Vinte anos, 45 medidas provisórias e algumas centenas de regulamentos da Agência Nacional de Saúde (ANS) depois, o marco regulatório do setor, que tem mais de 20% da população entre seus beneficiários, está na berlinda.

Num cenário de perda de usuários — a redução foi de três milhões nos últimos três anos — e de crescimento dos custos, as operadoras de planos de saúde pedem uma desregulamentação do setor. Do

outro lado, consumidores cobram maior controle nos reajustes e garantias de cobertura e acesso aos serviços.

#### **PESO MAIOR QUE ESCOLA**

Desde o fim do ano passado, está parado na Câmara, o Projeto de Lei 7.419/2006, que reúne 153 textos que tramitavam na Casa, e pretende reformar a Lei dos Planos de Saúde, com propostas para criar modelos mais acessíveis para os consumidores.

Nos últimos anos, os planos de saúde vêm ocupando cada vez mais espaço no orçamento das famílias. Em janeiro de 2009, a despesa representava 2,9% de todos os gastos no domicílio. Nove anos

depois, subiu para 3,9%. No Rio de Janeiro, chega a representar 5,5%, ultrapassando aluguel e mensalidade escolar. Os planos de

saúde, desde que existem, são reajustados acima da inflação média. Nos últimos anos, essa distância vem aumentando. Enquanto o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medido pelo IBGE, ficou em 4,57% no acumulado em 12 meses até maio de 2017, o reajuste do serviço foi de 13,57%, aumento três vezes maior que a inflação.

### **SÓ 20% DE PLANOS INDIVIDUAIS**

No mercado de planos de saúde, que inclui mais de 20% da população brasileira, cerca de 80% dos contratos são coletivos. E apenas 20% são planos individuais, que garantem maior proteção ao consumidor, com controle de reajuste e impossibilidade de rompimento unilateral pela operadora. A volta da oferta dos planos individuais é um pleito recorrente das entidades de defesa do consumidor. Mas o controle dos reajustes nos contratos individuais, segundo especialistas, é o maior entrave para que as grandes empresas voltem a atuar nesse segmento. E é nesse ponto que a ANS trabalha, no momento, diz o presidente da agência, Leandro Fonseca.

— Estamos trabalhando, desde o ano passado, num modelo para que o reajuste seja mais previsível e transparente, reduzindo o grau de incerteza das empresas — explica.

Para Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde, que reúne seguradoras que atuam no segmento, a Lei 9.656 já cumpriu a sua finalidade.

— Era preciso proteger os mais fracos naquele momento, que eram os consumidores e os prestadores de serviço. A sociedade brasileira mudou, a medicina também evoluiu, vieram novas tecnologia. Precisamos adequar a lei a essa nova realidade para dar maior acesso à população. Não estamos falando em desregulamentação, a lei precisa atuar nas falhas de mercado.

Na opinião da executiva, entre os pontos que precisam ser rediscutidos está o controle de reajuste. Ela defende a liberação com monitoramento, para evitar cobrança de preços extorsivos:

— A regra está dada, esse setor é regulado e assim precisa ser. Mas o controle do reajuste com fórmulas artificiais levou, por exemplo, à redução da oferta dos planos individuais do mercado.

### **SETOR QUER NOVO MODELO**

Fonseca, da ANS, diz que o setor acompanhou o mercado formal de trabalho, que em outras partes do mundo também é o principal contratante da saúde suplementar. Ele afirma que mais de 400

operadoras negociam este tipo de contrato e há mais de quatro mil planos individuais comercializados atualmente.

Mario Scheffer, professor da Universidade de São Paulo (USP) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), destaca que estudo realizado pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 53 países da região que monitora aponta que em apenas 11 deles os planos de saúde respondiam por mais de 5% gastos totais com saúde.

— Nos sistemas universais, como se diz o nosso, em média, mais de 70% são gastos públicos. No Brasil, mais de 50% são gastos privados. Desse total, cerca de 34% correspondem aos planos, o resto são gastos com medicamentos e do próprio bolso, com consultas etc. O tamanho desse mercado não é compatível com um sistema que se diz universal — conclui o especialista, lembrando que esse setor movimenta anualmente cerca de R\$ 170 bilhões.

Para Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrange), após várias mudanças, a Lei dos Planos de Saúde acabou ficando desequilibrada. Na sua visão, há uma proteção exacerbada ao consumidor, que pode levar a uma redução ainda maior de ofertas no mercado de saúde suplementar.

— A lei tem que ser melhorada imediatamente, prever limite de custos, trazer equilíbrio. Não adianta querer regular mercado de planos coletivos. Se proteger excessivamente o consumidor, o setor vai encolher. A lei precisa prever novos produtos, modelos adequados ao envelhecimento da população e que garantam segurança jurídica — diz Scheibe.

Para a advogada Maria Stella Gregori, que participou da construção da Lei dos Planos de Saúde como representante do Procon-SP e compôs uma das primeiras diretorias da ANS (criada em 2000), a regulamentação precisa ser revista, mas não “a toque de caixa”, como, na avaliação dela, estava sendo conduzido o Projeto de Lei 7.419, que pretendia reformar o setor.

— A lei trouxe avanços inequívocos. O setor era o mais reclamado nos órgãos de defesa do consumidor e hoje representa menos de 2% das queixas encaminhadas aos Procons. No entanto, há lacunas. A lei errou, por exemplo, ao não equiparar as garantias de planos individuais e coletivos.

### **ENVELHECIMENTO E TECNOLOGIA**

Para o presidente da ANS, é preciso envolver toda a sociedade nas discussões sobre a mudança do setor.

— Hoje o grande desafio é como vamos lidar com o encarecimento dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, o envelhecimento da população e a introdução de tecnologia, diz Fonseca.

## **EM DEZ ANOS, TRIPLICA TOTAL DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE COM COPARTICIPAÇÃO**

Folha de S. Paulo –02/06/2018

**Cientes que pagam parte das despesas já totalizam 24,7 milhões neste ano**

**BRASÍLIA** Está no seu contracheque ou na fatura que chega a cada mês. Uma consulta saiu por taxa extra de R\$ 35. A ida ao pronto-socorro, por R\$ 50 ou até 30% do valor total. Cobrados à parte da mensalidade, valores como esses, maiores ou menores conforme

cada contrato, têm sido mais comuns nas contas de quem usa planos de saúde.

Em pouco mais de uma década, o número de usuários de planos que dividem com o cliente parte das despesas por atendimentos passou de 8,3 milhões, em 2007, para 24,7 milhões, neste ano.

É o caso, principalmente, de planos com coparticipação, modelo em que o usuário paga valor fixo ou percentual por cada atendimento, e de alguns com “franquia”, quando o plano não é obrigado a custear serviços até ser atingido determinado valor.

A expansão desses modelos tem ocorrido de tal forma que, em janeiro, o percentual de usuários de planos que cobram algum tipo de contrapartida pelo uso superou pela primeira vez o de clientes que

pagam apenas a mensalidade, segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que regula o setor.

Isso significa que, enquanto em 2007 o percentual de usuários desses planos era de 22%, agora o índice já alcança 52% --a maioria em planos com coparticipação. Atualmente, cerca de um terço dos

planos de saúde ofertados no país (32%) possuem mecanismos de coparticipação. Dez anos antes, esse índice era de 22%.

Para a ANS e associações que representam as operadoras, essa mudança de mercado atende a demanda de empresas que custeiam planos de saúde aos funcionários.

Isso porque planos com coparticipação, além de dividir os custos com o usuário, costumam ter mensalidade 20% menor, diz o diretor de desenvolvimento setorial da agência, Rodrigo Aguiar. "Com isso, temos mitigação na escalada de custos, e isso evita reajustes mais altos", afirma.

Hoje, 36% dos planos coletivos empresariais têm cobrança de coparticipação ou franquia. Nos coletivos por adesão e individuais, esse percentual é de 35% e 26%.

Outro fator que explica essa mudança é tentativa das operadoras de cortar gastos, em contexto de queda no número de usuários nos últimos anos e reclamações no setor sobre o volume de consultas e exames repetidos, por exemplo.

"Se a operadora pudesse repassar todo custo que tem, ficaria indiferente. Mas, quando pede reajuste, percebemos que há reclamação. A coparticipação permite que os custos cresçam menos", afirma José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, que representa as maiores operadoras.

Já para a pesquisadora do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) Ana Carolina Navarrete, o usuário precisa tomar cuidado ao aderir a esses modelos.

"A franquia e a coparticipação retiram a previsibilidade de quando se paga por mês. Mesmo que pague mensalidade mais baixa, você pode não saber quanto vai pagar. Para idosos e doentes crônicos, esse tipo de plano vai sair mais caro", afirma.

Agora, a ANS se prepara para aprovar, ainda neste semestre, novas regras para oferta desse tipo de plano. A justificativa está nas regras atuais, tidas como "genéricas". "Queremos estabelecer regras e limites mais claros para garantir previsibilidade", diz Aguiar.

As medidas, porém, têm dividido entidades do setor, para quem as medidas podem trazer nova expansão do modelo e aumento dos valores pagos pelo consumidor. Uma das propostas é a definição de limites a serem pagos como taxa de coparticipação e franquia, o que não ocorre pela regra em vigor, de 1998.

Inicialmente, a proposta da agência previa coparticipação de até 40% do valor do procedimento. A medida gerou críticas pelo impacto ao usuário.

"O que se fala em coparticipação não é trazer mais clareza, mas aumento do limite", diz Navarrete, do Idec.

Agora, a agência já analisa a possibilidade de reduzir esse valor para 30%, semelhante ao já aplicado no mercado. Em contrapartida,

porém, versão da minuta mais atual do projeto prevê que esse limite possa ter aumento de até 50% em caso de acordos coletivos e convenções trabalhistas.

Já no caso da franquia, a proposta prevê que o valor pago seja equivalente ao total mensal e anual da mensalidade.

Com isso, se a mensalidade for de R\$ 200, o plano ficaria isento de custear procedimentos até atingir R\$ 2.400 naquele ano. Já o usuário não poderia pagar valores maiores que R\$ 200 por mês (uma cobrança de R\$ 400, porém, poderia ser dividida em dois meses).

A exceção valeria para alguns procedimentos preventivos, como até quatro consultas com médicos generalistas e alguns tratamentos de doenças crônicas.

Para Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da USP, a nova regra representa uma tentativa do setor de dar impulso a planos mais baratos e com menor cobertura --caso das novas regras de franquia, mecanismo que hoje abrange 7% dos usuários.

"São planos que parecem que cabem no bolso, mas, a cada utilização, vai ter problemas. Se a pessoa já busca um plano mais barato, é porque pode não ter como pagar."

Outro problema, diz, é o risco de restringir o acesso e atrasar diagnósticos. Ou, ainda, de aumentar o custo para doentes crônicos.

Foi o que ocorreu com o empresário Marcos Costa, 64. Em 2009, ele decidiu trocar o plano de saúde: de um plano individual, passou a pagar por um coletivo empresarial.

No período, descobriu um câncer de próstata. E aí começou o desafio. O primeiro foi buscar atendimento em outra cidade, o que foi negado.

Tempo depois, recebeu cobrança de R\$ 4.500 como coparticipação. Sem saída, acabou por recorrer à Justiça. Hoje, mantém o tratamento sob força de liminares --as quais também acabam por impedir a cobrança extra. "Se fossem me cobrar, teria uma despesa de R\$ 5 mil por mês com a radioterapia. Nenhum cidadão de classe média aguenta pagar coparticipação dessa."

Na mira das novas propostas, representantes das operadoras de planos afirmam serem favoráveis à atualização das regras como forma de aumentar as opções de escolha do consumidor. Mas questionam os limites em discussão.

"Quanto mais alta a franquia, menor a mensalidade. Se a questão é de escolha das pessoas, porque impedi-las de escolher uma franquia muito alta para ter mensalidade mais baixa?", pergunta José Cechin, da FenaSaúde.

Para ele, valores de coparticipação também poderiam ser revistos. "Hoje aceita até 30% de coparticipação. Acharmos que poderia ir além", diz ele, para quem a concorrência pode colocar limites à oferta.

Mesma avaliação tem Reinaldo Scheibe, da Abramge, para quem mesmo tratamentos de doenças crônicas poderiam ter cobrança de coparticipação, "mas menor".

"Tudo que é regulado demais, acaba prejudicando. Defendo que isso tudo esteja claro no contrato", diz.

## **EDUCAÇÃO EM SEGUROS, CUSTOS DA SAÚDE E MUDANÇAS NA PREVIDÊNCIA SÃO TEMAS DE INFORME DO JORNAL O GLOBO**

FenaSaúde –30/05/2018

**Além de entrevista com o presidente da CNseg sobre Educação em Seguros, publicação aborda os custos da Saúde Suplementar e as mudanças na Previdência Privada**

O Jornal O Globo publicou em sua edição desta quarta-feira, dia 30, um Informe Publicitário sobre a CNseg e o mercado segurador. A publicação traz uma entrevista com o presidente da CNseg, Marcio Coriolano, citando os esforços da Confederação, por meio do Programa de Educação em Seguros, para tornar mais consciente a população e os poderes constituídos sobre a importância do seguro para a proteção e desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade em

geral. A judicialização e a comercialização de seguros por associações e cooperativas foram também abordados na entrevista.

Outra matéria do Informe aborda o problema dos custos da saúde e a divergência entre os índices de inflação média e os da Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), que mede, exclusivamente, a inflação no setor de saúde. Para se ter uma ideia, em dezembro de 2016, enquanto a inflação medida pelo IPCA ficou em 6,29%, a medida pelo VCMH ficou em 20,4%. De acordo com a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, ouvida para a matéria, os gastos na saúde são influenciados tanto pelos preços dos materiais, medicamentos e serviços, como também pela frequência da utilização e pelos novos itens incluídos pelas novas tecnologias.

A Previdência Privada, que vive uma fase de mudanças, segundo o próprio título da matéria sobre o tema, após um período de 20 anos de acumulação, entra em fase contrária nos próximos vinte anos, afirmou o presidente da FenaPrevi, Edson Franco no Informe. Além disso, a redução do patamar das taxas de juros traz novos desafios para os investidores, que buscam novos caminhos para garantir rentabilidade.

[>> Clique aqui para acessar Informe do Globo na íntegra](#)

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)