

13 de junho de 2018

VITÓRIA: JUSTIÇA FIXA TETO DE 5,72% PARA REAJUSTE DE PLANO INDIVIDUAL

Idec –13/06/2018

Juiz José Henrique Prescendo acata pedido do Idec em ação civil pública movida no início de maio. Aumentos dos últimos anos estavam em torno de 13%

A Justiça ouviu os consumidores. Em decorrência da ação civil pública movida pelo Idec, o juiz José Henrique Prescendo da 22ª Vara Federal de São Paulo (SP) determinou, na manhã de hoje (13), que o reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares para os anos de 2018/2019 será de 5,72%.

Desde 2015, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vem permitindo reajustes até três vezes acima da inflação, afetando diretamente a manutenção da saúde de cerca de 9 milhões de consumidores do País. O índice determinado pela Justiça acompanha o percentual do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) relativo ao setor de saúde e cuidados pessoais.

Para Marilena Lazzarini, presidente do Conselho Diretor do Idec, essa é uma decisão histórica. “É a primeira vez que a Justiça reconhece as graves falhas regulatórias cometidas pela ANS”, comemora Lazzarini.

A ACP movida pelo Instituto, que está baseada em um relatório recente do TCU (Tribunal de Contas da União) - Auditoria Operacional n. TC 021.852/2014-6 -, pede que seja reconhecida a ilegalidade e abusividade dos reajustes autorizados pela agência desde 2009.

Além disso, o Instituto exigiu que a ANS não repita os erros apontados, compense os valores pagos a mais pelos consumidores, faça ampla divulgação dos percentuais corretos que deveriam ter sido

aplicados de 2009 em diante, e pegue uma indenização por danos coletivos.

“No ano em que a lei de planos de saúde completa duas décadas, a decisão representa uma constatação do desserviço que a agência prestou aos consumidores de planos de saúde”, comenta a presidente.

Metodologia

Há 16 anos, a ANS utiliza a mesma metodologia para determinar o índice máximo de reajuste anual. Basicamente, a agência faz o cálculo levando em conta a média de reajustes do mercado de planos coletivos com mais de 30 beneficiários, que não são controlados pela agência.

Apesar desse critério questionável - questionado pelo Idec há anos - até 2009 o índice autorizado estava muito próximo à variação do IPCA. Contudo, segundo o relatório do TCU, nesse ano houve uma distorção em um dos itens que compõe o reajuste.

Os chamados fatores exógenos - custos das operadoras relacionados ao acréscimo de procedimentos (novos exames, tratamentos etc.) no rol de cobertura, que é atualizado anualmente pela ANS - foram computados duas vezes pelo órgão regulador, duplicando o efeito dessa atualização no preço. Ou seja, a agência desconsiderou que tal impacto já era incorporado pelas operadoras quando essas calculam os reajustes que aplicam nos planos coletivos.

“Os consumidores sequer têm acesso a metodologia para poderem checar se os índices definidos são abusivos ou não nos termos do CDC [Código de Defesa do Consumidor]”, critica Lazzarini.

No início de maio, o Idec lançou um especial sobre os reajustes abusivos aplicados pela ANS. Nele, os consumidores podem tirar as suas dúvidas e saber o que devem fazer se houver um aumento acima do determinado pela Justiça.

MP QUESTIONARÁ ANS SOBRE SUPOSTA FALHA NA FISCALIZAÇÃO DE ABUSO DE PLANOS DE SAÚDE CONTRA MÉDICOS

Agência Câmara Notícias –12/06/2018

O Ministério Público Federal (MPF) questionará a Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre a suposta omissão da ANS na fiscalização de um suposto abuso empresas de planos de saúde contra médicos credenciados, especialmente oftalmologistas, ao mudar a forma de remuneração desses profissionais por serviços prestados aos pacientes.

A informação foi dada nesta terça-feira (12), em audiência pública na Câmara dos Deputados, pelo subprocurador-geral da República e Coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF, José Elaeres Marques Teixeira, em resposta a um pedido do deputado Mandetta (DEM-MS).

A audiência da Comissão de Seguridade Social e Família, realizada por iniciativa do deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), discutiu a

decisão das operadoras de forçar médicos a aderirem ao sistema de pagamentos por “pacotes de consultas”.

Nesses pacotes, todos os serviços prestados — consultas e exames complementares, por exemplo — são remunerados a um preço único, o que pode reduzir em até 2/3 os valores dos honorários dos oftalmologistas. O sistema anterior era o do “fee for service”, ou seja, um pagamento por cada serviço realizado.

O coordenador de Assessoramento Normativo da ANS, Pedro da Silveira Villela, disse que o pacote de consultas “é uma modalidade possível, válida e legal”. Segundo ele, a agência não pode impor de antemão um modelo à iniciativa privada nem definir tabelas de preços dos procedimentos médicos, e por isso a melhor solução é a busca de diálogo.

“A ANS tem estudado a necessidade de compor fóruns de mediação entre operadoras e prestadores [médicos]. Não há, a meu ver, como obrigarmos algo sem um consenso, pois haverá sempre alguma forma de fugir a uma normatização e de termos uma regra meramente formal, sem eficácia social”, explicou.

Esse argumento foi criticado pelo deputado Mandetta. “A visão institucional da ANS sobre o seu papel não importa neste caso. O que a agência tem de fazer é cumprir as leis do setor, que exigem a descrição e os valores de todos os serviços prestados. Será que

vamos precisar fazer uma nova lei dizendo que é proibido fazer o atendimento por pacote? Se for preciso, faremos”, avisou.

O subprocurador José Elaeres ressaltou que o papel da ANS é fundamental para garantir o equilíbrio das relações entre empresas e médicos. “O que nos chama atenção é muitas vezes a leniência com que a agência trata de questões que lhe competem por lei. O meu apelo é o de que a ANS efetivamente busque fazer com que a lei seja cumprida. Aqui, temos um exemplo claro de mais uma lei que não está sendo respeitada”, avaliou o representante do MPF. Ele pediu o aumento das atribuições da ANS para reduzir as assimetrias do sistema de saúde suplementar.

Médicos X empresas

O oftalmologista Israel Rozenberg, do Rio de Janeiro, contou ter sido procurado por um representante de uma empresa de plano de saúde que lhe apresentou um novo contrato reduzindo pela metade os seus honorários, o que lhe causou revolta.

“Em vez de atender dois ou três pacientes por hora, vou ter que atender quatro ou cinco para manter o meu equilíbrio econômico. A qualidade será péssima e vou começar a incorrer em erros ridículos, porque não vou ter tempo de ver tudo”, alertou Rozenberg, ressaltando que atua há 40 anos sem jamais ter sofrido processo por erro médico.

Segundo ele, o modelo de pacote de consultas foi definido de modo unilateral, “imperial”, sem possibilidade de negociação: “Se você não assinar este contrato, você vai ser eliminado do convênio”, narrou.

ANS PROPÕE ALTA DE 10% EM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

O Globo –12/06/2018

Contratos coletivos, que não são regulados pela agência, já têm reajuste de mais de 20%

BRASÍLIA E RIO - O limite de reajuste para planos individuais/familiares deve ficar em 10%, conforme antecipou o colunista do GLOBO Ancelmo Gois, contrariando a expectativa do mercado, que esperava a repetição da taxa do ano passado, de 13,55%. O percentual de 10% foi proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo integrantes da área econômica.

O reajuste ainda não é oficial, pois a ANS aguarda parecer do Ministério da Fazenda. Se confirmado, será o menor aumento desde 2014, quando foi de 9,65%.

Apesar de ser bem superior à inflação acumulada nos últimos 12 meses encerrados em maio, pelo IPCA, de 2,86%, o número está

OBAMACARE E A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO EM SAÚDE

IESS –12/06/2018

Independente dos erros e acertos, o fato é que o Affordable Care Act (ACA) – ou ObamaCare, como ficou conhecido – sempre gerou grandes discussões nos setores de saúde em todo o mundo. A “Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente” (PPACA, na sigla em inglês), sancionada em 2010, buscou ampliar o acesso de cidadãos dos EUA à cobertura de saúde.

Já comentamos [aqui](#) sobre a importância de se aprender com o sucessos e fracassos do programa lançado pelo então presidente Barack Obama. Apenas para contextualizar, nos Estados Unidos, não

O sistema de pacotes de consultas foi defendido pelo superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal. Ele argumentou que o modelo antigo é responsável pelo crescimento dos custos da saúde em níveis superiores aos índices de inflação.

“Esse modelo produz um interesse em aumentar muito a quantidade de itens consumidos, ou a utilização de itens de maior valor. É um estímulo ao desperdício do uso de recursos, o que acaba onerando todos os usuários, já que o sistema é mutualista – todos pagam para que alguns possa usar”, explicou.

Ele disse que tem havido um aumento excessivo no número de procedimentos como tomografia e ressonância. “É necessária a mudança para uma remuneração mais eficiente, no sentido de privilegiar o atendimento por qualidade e de ir em direção às necessidades do paciente”, argumentou Leal.

A adoção do pacote de consultas, segundo ele, é a tendência internacional dos sistemas de saúde. “Essa mudança é necessária e baseada em dados, estatísticas, protocolos clínicos bem definidos. Não é uma mudança ao sabor do vento, e sim apoiada em fatores científicos”, concluiu.

O deputado Hiran Gonçalves considerou que a imposição dos pacotes de saúde é “uma exploração inominável do ato médico”.

bem aquém da inflação do setor. A Variação de Custos Médicos e Hospitalares (VCMH), calculada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), fechou próximo a 20% em 2017. O percentual leva em conta a variação de preços de produtos e serviços, desde material para curativo a exames de ponta, mais a frequência de uso dos serviços.

- Fizemos a estimativa baseada na variação per capita dos planos coletivos com mais de 30 vidas, que ficou em 13,5%, que é a base do cálculo da ANS. Mas sabemos que há muito reajuste político sendo dado - diz Solange Beatriz Malheiros, presidente da FenaSaúde.

Os planos individuais, no entanto, representam apenas 20% do mercado. A maioria dos contratos é coletiva e sem regulação de reajuste. E já há casos de aumentos que ultrapassam os 20%.

Este seria o quarto ano com reajuste na casa dos dois dígitos para os planos individuais. Segundo André Braz, economista da FGV, o setor tem custos próprios, que não refletem necessariamente a inflação da média da população.

Procurada, a ANS não confirmou o percentual.

há um sistema de saúde público universal para todos. O governo fornece assistência à saúde apenas para pessoas de baixa renda por meio do programa Medicaid, e para as pessoas a partir de 65 anos pelo Medicare. Aqueles que não são beneficiados pelos programas devem contratar um plano de saúde. Um dos fatores dificultadores, contudo, é que os EUA possuem os serviços de saúde mais caros do planeta.

Ainda repercutindo o tema e ampliando os subsídios para a reflexão sobre os resultados do programa, o trabalho [“Trends in Preventable Inpatient and Emergency Department Utilization in California Between 2012 and 2015 - The Role of Health Insurance Coverage and Primary Care Supply”](#) (Tendência da frequência de utilização de prontas socorros e internações hospitalares na Califórnia entre 2012 a 2015 – O papel dos planos de saúde na Atenção Primária) publicado na [22ª edição do Boletim Científico](#) buscou analisar a relação entre o

aumento da taxa de cobertura de plano de saúde promovido pelo governo americano com a frequência dos pacientes em cuidados primários e a utilização de prontos socorros e internação.

O estudo aponta que o aumento da cobertura do Medicaid no Estado esteve associado com o crescimento a longo prazo nas visitas ao setor de emergência e com a redução ainda maior das internações hospitalares. Isso porque a taxa de entrada de pacientes em geral aos prontos socorros saltou de 29,8% para 33,5% entre 2012 a 2015. Já as internações que poderiam ser evitadas apresentaram um decréscimo de 4,0% no mesmo período. Vale lembrar que, segundo o estudo, a porcentagem de californianos com idade entre 18 e 64

anos com cobertura de seguro saúde do Medicaid aumentou de 11,9% em 2012 para 20,8% em 2015. O percentual não segurado diminuiu de 24,3% em 2012 para 11,9% em 2015.

A reflexão que resulta dessa pesquisa é que é muito importante uma análise baseada em evidências do impacto da atenção primária, pois ela tem o potencial de evitar internações que seriam desnecessárias. Isso pode contribuir para a qualidade do atendimento e para a sustentabilidade econômico financeira da saúde suplementar.

Confira o resumo na [22ª edição do Boletim Científico](#).

OFTALMOLOGISTAS CRITICAM MODELO DE PAGAMENTO POR “PACOTES DE CONSULTAS”

Agência Câmara Notícias –12/06/2018

Durante a audiência desta terça-feira (12) da Comissão de Seguridade Social e Família, o modelo de pagamento aos médicos dos planos de saúde por “pacotes de consultas” foi criticado por oftalmologistas. O representante da Federação das Cooperativas Estaduais de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FecooEso), Frederico Penna, disse que esse sistema representa uma ameaça à qualidade de prestação de serviços.

“A imposição dos pacotes é altamente arriscada para a saúde ocular da população. Ao reduzir em 2/3 os valores dos honorários, a medida inviabiliza a manutenção dos equipamentos instalados e elimina qualquer possibilidade de reinvestimento para atualização dos recursos tecnológicos. E gera o risco do prêmio por não fazer — efeito colateral maléfico já rejeitado pelos pacientes nos Estados Unidos”, alertou.

Segundo ele, a redução de custos para as empresas de planos de saúde, possibilitada pelo novo modelo, causará a degradação da qualidade da assistência médica. “Não realizar exames que permitem diagnósticos precoces pode significar a perda da visão de um paciente. A auditoria médica especializada seria o melhor meio de evitar desperdícios”, ponderou.

Penna disse que os honorários médicos vêm acumulando uma defasagem histórica, enquanto os lucros das operadoras de planos de saúde têm crescido.

Pessoas e números

O presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, José Augusto Alves Ottaiano, ressaltou que a saúde da população é mais importante do que os dados econômicos. “Nós, médicos, estamos sendo cada vez mais empacotados. A única coisa em que ainda não conseguimos tutelar o médico é a prerrogativa de solicitar exames para aprofundar a investigação”, afirmou.

Segundo ele, a adoção dos pacotes de consultas não é uma postura inteligente, pois os pacientes que forem prejudicados pela queda na qualidade dos atendimentos não conseguirão resolver os seus problemas de saúde e gerarão mais gastos.

“Não é a classe médica que tem de pagar a conta. Nós gostaríamos de diálogo, mas a nossa negociação hoje com as operadoras é desequilibrada. É o grandão contra o pequenininho e vivemos sob ameaça. Ou cumpre, ou rua. É assim que funciona”, lamentou Alves.

Sérgio Fernandes, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), também argumentou que as questões de saúde não podem ser abordadas apenas do ponto de vista econômico. “Nós ficamos preocupados quando o foco deixa de ser o paciente para ser o dinheiro. Não queremos a implantação de um modelo vindo do exterior para os médicos e pacientes brasileiros. Precisamos ter a nossa fórmula”, salientou.

ANÁLISE: PLANOS DE SAÚDE: CONSUMIDOR PODE AJUDAR A CURAR UM MERCADO DOENTE

O Globo –11/06/2018

Em vez de apenas reclamar do aumento de custos, as operadoras deveriam investir em transparência

Um grande movimento de pacientes e prestadores de serviços médicos levou à promulgação, há 20 anos, da Lei 9.656, que regulamentou o setor de planos de saúde e estipulou padrões de cobertura e regras para os reajustes. Foi uma importante medida de proteção dos consumidores – o lado mais fraco na eterna queda de braço com as operadoras. Duas décadas depois, a insatisfação é geral.

Enquanto as empresas reclamam do aumento dos custos de saúde e se movimentam no Congresso para flexibilizar o controle de reajuste de mensalidades, os clientes intensificam a corrida à Justiça para contestar aumentos indevidos ou garantir coberturas. Somente no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o número de ações contra as operadoras cresceu 453% nos últimos oito anos, segundo estudo do Observatório de Judicialização da Saúde Suplementar da

Universidade de São Paulo (USP), publicado pelo GLOBO na última segunda-feira.

As empresas têm razão quando argumentam que os custos de saúde sobem por causas inescapáveis como o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas. Mas há outras causas, contornáveis, que levam ao inchaço das contas médicas. Entre elas estão as fraudes, os desperdícios, a adoção de procedimentos e remédios cada vez mais caros (nem sempre receitados segundo as melhores evidências científicas) e um modelo de remuneração dos hospitais que apenas estimula o excesso de pedidos de exames e expõe os pacientes a procedimentos desnecessários.

A saúde suplementar no Brasil é um sistema disfuncional, financiado com dificuldade pelas famílias e pelos empregadores. Do jeito como ele funciona hoje, o dinheiro passa por uma engrenagem complexa e desce pelo ralo sem, necessariamente, produzir mais saúde. As operadoras têm fracassado em suas tentativas de explicar as razões do aumento de custos à sociedade porque ela não aceita mais ouvir a chorumela e seguir arcando com o prejuízo sozinha.

O impacto das despesas com saúde sobre a folha de pagamento dos funcionários encarece os produtos e torna as empresas menos competitivas. Faz tempo que plano de saúde deixou de ser um assunto apenas para o departamento de recursos humanos. Os

presidentes de grandes companhias têm cuidado pessoalmente das negociações com as operadoras. Querem entender como ocorrem o aumento de custos, as fraudes e os desperdícios e ajudar a coibi-los. Uma das soluções encontradas por empresas como Google, Renault e Nissan foi oferecer um serviço de segunda opinião médica para evitar que seus funcionários sejam submetidos a procedimentos desnecessários que, além de prejudicar a saúde deles, elevam os custos para todos. "Mais da metade das pessoas que ligam para o nosso serviço de orientação médica desiste de ir ao pronto-socorro. A cada dez cirurgias recomendadas, concluímos que três não eram necessárias", me disse recentemente o médico Caio Soares, diretor executivo da Advance Medical Group, a multinacional espanhola contratada por essas empresas.

Em vez de apenas insistir no discurso do aumento de custos, as operadoras prestariam melhor serviço à sociedade se investissem em transparência. Por meio de sofisticadas auditorias de contas médicas, as maiores empresas do setor são capazes de apontar, por exemplo, quais são os médicos que pedem menos exames, os cirurgiões que oferecem os melhores preços e mantêm os pacientes internados por menos tempo, os hospitais que enviam mais pessoas à UTI, mesmo

quando esse encaminhamento é questionável. Quanto dessas informações estão disponíveis aos clientes? Nada.

Nos Estados Unidos, os próprios empregadores tomaram a iniciativa de criar o The Leapfrog Group, o maior portal de transparência sobre serviços de saúde. Ao navegar por ele, os funcionários conseguem comparar os indicadores de qualidade e de segurança de hospitais e outros prestadores de serviços médicos e escolher os que oferecem a melhor relação entre custo e benefício.

No Brasil, estamos longe disso. Sem acesso a dados objetivos para comparar profissionais e serviços de saúde, o paciente não consegue fazer valer o seu poder de consumidor. Quando tiver à sua disposição critérios claros para escolher os melhores serviços, o cliente poderá induzir as transformações necessárias para que o mercado de saúde se cure de sua doença. Por enquanto, seguimos escolhendo médicos e hospitais de acordo com o relato de amigos, parentes, celebridades. No dia em que alguma luz for lançada sobre a medicina privada, poderemos fazer escolhas com base em critérios que realmente importam para a saúde e para o bolso – e não porque o piso de mármore reluz e a poltrona de couro impõe respeito.

OS DESAFIOS DO EMPRESÁRIO FRENTE AO PLANO DE SAÚDE PARA FUNCIONÁRIOS

Exame –11/06/2018

Não é segredo que contar com um bom plano de saúde empresarial é um atrativo para os funcionários de qualquer instituição. Pesquisas apontam que esse benefício é o segundo item mais valorizado pelos empregados, atrás apenas do salário. No levantamento realizado no ano passado pelo Ibope Inteligência, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), essa valorização ficou evidente. Segundo 95% dos entrevistados, a oferta do plano de saúde é considerada "importante" (16%) ou "muito importante" (79%) para decidir entre um trabalho ou outro. Ou seja: trata-se de um fator decisivo na hora de aceitar um emprego.

Para o contratante, porém, oferecer (e manter) essa vantagem é, cada vez mais, um desafio. A começar pelo custo do serviço: dados divulgados pela Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado de São Paulo (FecomercioSP) apontam que os planos de saúde oferecidos ao quadro de funcionários representam cerca de 12% dos gastos com a folha de pagamento. Um montante significativo, sobretudo em tempos de crise.

Alguns itens podem facilitar a vida do empresário (ou responsável pela área) no que se refere à contratação e gestão inteligente do benefício. E até mesmo torná-lo mais econômico. O advogado Sandro Raymundo, especialista em seguros pela FGV/SP e coordenador do curso Planos de Saúde Empresariais, promovido pelo Instituto Segurado Seguro, destaca três pontos fundamentais:

– **Escolha do plano:** conhecer os tipos de planos disponíveis e suas particularidades é indispensável para nortear a tomada de decisão. "Para algumas empresas, o melhor é optar por um plano com coparticipação, no qual o funcionário também participa do pagamento do serviço, toda vez que ele é utilizado. Essa modalidade leva o beneficiário a fazer um uso mais consciente do plano", explica Sandro. Em empresas menores, outra opção viável, — desde que não haja convenção coletiva que obrigue a contratação do plano de saúde — é oferecer um auxílio à saúde suplementar para que o funcionário contrate o serviço por conta própria. "Algumas categorias de servidores público, por exemplo, têm o direito de receber esse auxílio ao invés de se filiarem ao plano de saúde", complementa.

– **Entendimento dos direitos e deveres após a contratação:** é preciso que o empresário tenha clareza sobre sua responsabilidade quanto ao oferecimento/cancelamento do benefício, e também, seus direitos e obrigações. A pressão do mercado e a grande quantidade de normas regulamentando o tema podem levar os empresários a erros quanto aos seus direitos. "Por exemplo, empresas com poucos funcionários ficam menos sujeitas a reajustes abusivos e a seguradora não pode cancelar o plano unilateralmente, sem justo motivo. Isso porque as regras para esses grupos menores e o entendimento dos tribunais são mais rigorosos em relação às operadoras, mas muitos empresários não sabem disso. São pegos de surpresa com o cancelamento do plano, justamente no momento em que um ou alguns funcionários foram diagnosticados com doenças graves", salienta Sandro Raymundo.

– **Conscientização dos funcionários:** para calcular a mensalidade, a operadora leva em conta, dentre outros fatores, a média de utilização dos serviços de todos os beneficiários. Portanto, se algum funcionário for vítima, por parte de maus profissionais, de exageros de pedidos de exames e cirurgias, sem real necessidade, irá onerar todo o grupo. É preciso orientação para, por exemplo, buscar uma segunda opinião médica antes de aventurar-se em um procedimento médico de risco. "Nesse sentido, a realização de palestras educativas na empresa pode ser de grande valia. Além disso, recomenda-se buscar operadoras que ofereçam programas de prevenção de doenças e incentivem seus clientes a adotarem um estilo de vida mais saudável, dando as diretrizes com ações, campanhas, aplicativos, dentre outros meios", comenta o advogado.

Outras informações podem auxiliar na escolha e manutenção adequada do plano de saúde empresarial, como por exemplo, os direitos do empregador e funcionários diante de reajustes abusivos, da rescisão do contrato pela operadora, acerca da permanência de ex-empregados e aposentados, da regulamentação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e do entendimento dos tribunais.

"A capacitação e informação dos responsáveis por essa área nas empresas é a melhor forma de buscar o equilíbrio nessa equação", finaliza o especialista.

Pensando nisso, o Instituto Segurado Seguro realizará, nos dias 28 e 29/06, um curso sobre a temática, com enfoque no empresário. Para saber mais e fazer sua inscrição, acesse: https://www.sympla.com.br/curso-planos-de-saude-empresariais-os-desafios-do-empresario-frente-ao-beneficio_303764

Website: <https://www.seguradoseguro.com.br/>

GESTÃO EM SAÚDE TRAZENDO O USUÁRIO PARA O CENTRO DA ATENÇÃO

O Estado de S. Paulo –07/06/2018

Texto de autoria de: Karla Santa Cruz Coelho, médica e diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e líder MLG.

Após 17 anos dedicados à saúde suplementar, sendo os últimos três à frente da Diretoria da Agência nacional de saúde suplementar, sinto orgulho em destacar importantes passos trilhados em direção à implementação de melhorias assistenciais e à qualificação desse setor. Como foco do trabalho nesse período mais recente, destaco o aprimoramento do monitoramento das garantias de atendimento para os beneficiários de planos de saúde, o avanço nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e o estímulo a operadoras e prestadores de serviços de saúde no estabelecimento de redes de cuidado com atuação sinérgica e realmente “cuidadoras” de seus usuários.

Tendo em vista o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas, a ANS mantém constante debate com o setor, em câmaras e grupos técnicos, para juntos chegarmos a um modelo de atenção que se comprometa com a gestão de saúde de forma integrada, e não apenas com a oferta de serviços e atenção hospitalar em situações de gravidade. Hoje, temos um modelo de saúde que estimula a realização de procedimentos e exames e não o cuidado e a atenção ao paciente. Tal modelo é extremamente prejudicial para o enfrentamento das doenças crônicas e custoso para todo o sistema de saúde. Não existe uma fórmula única para construir um sistema de saúde eficiente. No entanto, sabemos que a boa coordenação do cuidado reduz situações mais complexas e onerosas, especialmente o atendimento prestado em ambiente hospitalar, por isso temos atuado fortemente para incentivar o setor a aplicar modelos mais adequados e sustentáveis.

Programas qualificados de promoção da saúde implementados por operadoras de planos de saúde com incentivos da ANS previnem doenças e reduzem custos do setor no médio e longo prazo. Hoje, existem mais de 1,7 mil Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) registrados pela Agência que, por sua vez, também desenvolve projetos nesse sentido, como o de enfrentamento da obesidade (causa constante de doenças crônicas não transmissíveis), que resultou na publicação do Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira.

Nesse sentido também destacamos outras publicações relevantes – como o Mapa Assistencial e o Vigitel da Saúde Suplementar – que têm contribuído para que o país investigue os hábitos e a saúde dos brasileiros, despertando reflexões e estimulando estudos sobre medidas que podem ajudar a melhorar o cenário e promover mais qualidade de vida aos cidadãos.

Outro avanço são parcerias firmadas com a finalidade de qualificar a gestão dos sistemas de saúde no Brasil. A ANS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estão desenvolvendo o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira, para mapear experiências, identificar e reconhecer o esforço das operadoras de planos de saúde na implementação de projetos que visem aprimorar o cuidado aos beneficiários. A análise dessas experiências servirá de insumo para a elaboração de uma nova proposta de acompanhamento das ações de Promoprev, de acordo com a intensidade do cuidado e incentivo ao desenvolvimento de um novo desenho das práticas assistenciais na saúde suplementar.

Mas além da prevenção, é fundamental um olhar atento às evidências científicas, ganhos coletivos e resultados clínicos no que diz respeito às incorporações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que estabelece a cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde. O Rol 2018 traz 18 novos procedimentos e a ampliação de cobertura para outros sete, incluindo medicamentos orais contra o câncer e, pela primeira vez, a inclusão de um medicamento para tratamento da esclerose múltipla. No momento, está em curso a aprovação de proposta de regulamentação do processo de atualização do Rol. Além de aprimorar as ações, nossa intenção é dar previsibilidade ao processo e transparência aos atos institucionais.

Outro ponto de atenção e igualmente relevante para o usuário de plano de saúde ao qual temos nos dedicado com afinco é a atualização da norma que estabelece regras para a troca de operadora sem o cumprimento de novo período de carência. O tema já passou por consulta pública e traz, entre as propostas de alterações, o fim da chamada “janela”, período que o beneficiário tem para fazer a portabilidade. Com a nova regra, a troca de plano poderá ser feita a qualquer momento após o cumprimento do prazo de permanência. A norma que está sendo proposta também amplia a portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais, representando um importante avanço no processo regulatório do setor.

Com ações assim, aperfeiçoamos a gestão em saúde trazendo o usuário para o centro da atenção, estimulando a competitividade e mantendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DEBATE REAJUSTES, FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO NOS PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde –07/06/2018

Durante audiência pública na Câmara, superintendente da FenaSaúde destaca que plano com franquia é mais uma opção para os consumidores escolherem

A Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados realizou, nesta terça-feira (5), uma audiência pública para debater a proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de regulamentar a cobrança de franquia e coparticipação nos planos de saúde, assim como o cálculo do índice de reajuste dos planos. Em breve, o órgão regulador divulgará o índice anual de majoração dos planos individuais.

O superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal, afirmou na audiência que os mecanismos de franquia e coparticipação, pelos quais o beneficiário divide os riscos com a operadora, significarão maior possibilidade de escolha por parte dos consumidores, ajudando a manter a sustentabilidade do setor.

Sandro Leal citou, entre as mudanças positivas que a franquia anual propiciará - uma vez que a coparticipação já é comercializada pelas operadoras -, o estímulo à pesquisa de preços de procedimentos, a indicação de tratamentos e terapias baseados na relação custo-efetividade e a queda do valor das mensalidades, em razão de haver mais produtos à disposição. "As pessoas querem produtos mais baratos", ponderou. Ele citou simulações mostrando que a comercialização de planos com franquia reduzirá o valor dos produtos em até 51%. "Cada consumidor vai olhar sua condição financeira e de saúde, e avaliar o que é mais adequado", disse.

Em relação ao reajuste, o superintendente da FenaSaúde afirmou que a solução não é o controle de preços, como querem alguns: "A experiência histórica no Brasil e no mundo mostra que o controle de preços significa mais escassez de produtos e redução da oferta." Ele lembrou que o aumento de preços é ruim para as operadoras, porque diminui a demanda e a induz a que só os consumidores que mais precisam de tratamento continuem com seus planos. Segundo Leal, o que precisa ser atacado são os custos crescentes da saúde, como o aumento dos preços dos produtos médico-hospitalares, da frequência de utilização e da incorporação tecnológica. "A agenda não é o controle de preços, e sim atacar as origens dos custos", afirmou.

Também presente à audiência, o gerente geral de Regulação de Estrutura dos Produtos da ANS, Rafael Pereira Vinhas, disse que "não se pode falar de reajuste sem falar na formação de preços dos planos de saúde". Ele lembrou que os planos operam em regime de mutualismo, em que os que utilizam pouco financiam os que usam

muito, como os idosos. "Esse pacto intergeracional precisa se alongar, para equilibrar os custos e as receitas", afirmou.

Vinhas disse ainda que a ANS tem estudado a mudança da metodologia de cálculo do reajuste das mensalidades dos planos individuais, que hoje é feita com base na média dos reajustes dos planos coletivos, para que o índice passe a refletir melhor a variação dos custos médico-hospitalares dos beneficiários desse tipo de plano. "A ANS também tem envidado esforços para monitorar os reajustes dos planos coletivos, para que expliquem os cálculos utilizados", ressaltou.

Já o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge/RJ-ES), Sérgio Custódio Vieira, destacou os indicadores positivos do setor, como índice de satisfação de 85%, resolução de 97% das queixas enviadas à ANS e apenas 6,4 reclamações a cada 100 mil atendimentos. "Com esses índices, estamos falando do melhor sistema de saúde do mundo", afirmou.

Participaram também da audiência o subprocurador-geral da República e coordenador da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, José Elaeres Marques Teixeira; a assessora executiva da Diretoria de Programas Especiais da Fundação Procon (SP), Karla de França; e Igor Britto, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), além dos deputados José Stédile (PSB-RS), Eduardo da Fonte (PP-PE), Celso Russomanno (PRB-SP), Rodrigo Martins (PSB-PI) e Júlio Delgado (PSB-MG).

BENEFICIÁRIOS PERCEBEM VANTAGENS DE NOVOS PRODUTOS

IESS -07/06/2018

Temos reforçado periodicamente sobre a necessidade de melhor regulamentação e disponibilização de novas modalidades de planos de saúde para garantir mais acesso à população em todo o país. Por mais que produtos como de franquia e coparticipação sejam presumidos desde 1998, essas modalidades ainda carecem de regras específicas para a ampliação de sua utilização.

Já noticiamos [aqui](#) que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está se preparando para aprovar, ainda nesse semestre, novas regras para a oferta desses tipos de planos. Outra boa novidade dessa vez veio de reportagem da Folha de S. Paulo que mostra o crescimento da utilização por cada vez mais beneficiários.

A publicação se baseou em dados da ANS para mostrar que em pouco mais de uma década, o número de beneficiários em planos de franquia e coparticipação saltou de 8,3 milhões, em 2007, para 24,7 milhões neste ano. Os números mostram que essas modalidades de planos já são maioria no percentual de usuários de planos,

avançando de 22%, em 2007, para 52% atualmente - a maioria com coparticipação. Se há dez anos, o índice de planos com mecanismos de coparticipação era de 22%, atualmente equivale a cerca de um terço dos planos de saúde ofertados no país, chegando aos 32%.

Como é percebido, contudo, apenas os planos com coparticipação apresentaram expressivo aumento na última década. A reportagem mostra que, entre os beneficiários com novos modelos de assistência, 87% estão na modalidade de coparticipação, enquanto apenas 2% possuem planos exclusivamente com franquia. Os demais 11% têm os dois mecanismos.

Ou seja, se a expansão de novos produtos tem melhorado o acesso aos planos de saúde e deve ser comemorada, ainda há muito o que se expandir para aperfeiçoar o setor. Como reforçou Rodrigo Aguiar, diretor de desenvolvimento setorial da ANS, a ampliação do uso de novos produtos é fundamental tanto para a população quanto para o segmento, já que costumam ter mensalidade 20% menor. "Com isso, temos mitigação na escalada de custos, e isso evita reajustes mais altos", comenta.

Veja a matéria na íntegra [aqui](#).

Ainda tem dúvidas sobre diferentes produtos na saúde suplementar? Confira nossa [área temática](#).

PLANOS DE SAÚDE: NÚMEROS DE BENEFICIÁRIOS APRESENTA ESTABILIDADE EM 2018

FenaSaúde -07/06/2018

FenaSaúde destaca que o desempenho do segmento está atrelado à atividade econômico do país

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou, no último dia 05, os dados de abril sobre beneficiários de planos de saúde. Em comparação ao mês de março, houve uma ligeira alta de 216 mil

consumidores do serviço de assistência privada à saúde - alavancado pelos planos coletivos empresariais que, nesse período, registraram mais 201 mil beneficiários. Em comparação ao mesmo mês do ano passado, o segmento teve um pequeno incremento de 34 mil vidas.

"Esses primeiros quatro meses do ano estão sendo marcados pela estabilidade nos dados de beneficiários de planos de saúde. O segmento é muito atrelado ao desempenho econômico do país. Após um período acentuado de crise, a recuperação da economia está sendo lenta e gradual. Como a principal forma de contratação do serviço é por intermédio dos planos coletivos empresariais, o segmento funciona como um termômetro da economia", explica

Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

No último ano, 16 dos 26 estados registraram crescimento desse indicador: Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins.

Por sua vez, os planos exclusivamente odontológicos mantiveram o ritmo de crescimento dos últimos anos, totalizando 23,1 milhões de consumidores em abril – aumento de 212 mil beneficiários na comparação com o mês anterior e de 1,3 milhão em relação ao mesmo período de 2017.

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