

20 de junho de 2018

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 18/06/2018

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman divulgado no mês de junho. O artigo “Mecanismos Financeiros de Regulação” traz uma análise, de forma geral, dos principais benefícios da utilização destes importantes mecanismos de regulação que podem ajudar a conter a escalada de custos da saúde suplementar, sem, no entanto, analisar a fundo as medidas que a ANS vem propondo sobre o tema.

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

**ALTA DO EMPREGO NA SAÚDE
SUPLEMENTAR EM ABRIL**

IESS –19/06/2018

Acabamos de divulgar a nova edição do “[Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#)”, boletim mensal que mostra o desempenho do setor em todo o país e atualiza o estoque de empregos diretos e indiretos. A publicação traz dados relativos ao mês de abril desse ano e mostra que o setor mantém o ritmo de contratações apresentado nas últimas edições.

No período de 12 meses encerrado em abril de 2018, o emprego na cadeia de saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde) apresentou crescimento de 2,6% enquanto o conjunto da economia

dá sinais de recuperação com o terceiro crescimento consecutivo, registrando variação de 0,5% no período.

Seguindo a tendência de reaquecimento da criação de empregos em todo o país, esta é a maior alta já registrada desde que o boletim foi lançado, com dados de abril de 2017, tanto no que se refere ao setor de saúde quanto ao conjunto da economia nacional.

Vale destacar que o fluxo de emprego no segmento também bateu recorde com saldo positivo de contratações de 16.029 pessoas, enquanto o total da economia registrou saldo de 115.898 postos formais de trabalho – mais do que o dobro apresentado em março. O destaque da cadeia de saúde suplementar foi puxado pelo desempenho do subsetor de Prestadores, cujo saldo foi de 12.893 no mês de abril desse ano.

Seguiremos apresentando novos números do setor nos próximos dias. Não perca!

**JUDICIALIZAÇÃO AFETA
FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE
SAÚDE**

IESS –18/06/2018

Falamos [aqui](#) recentemente sobre o projeto Desafios da Nação, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que traz uma série de medidas para o Brasil alcançar o desenvolvimento sustentável. O documento traz um plano de ação vinculado a uma agenda internacional com diferentes conceitos. Uma das questões apontadas pelo projeto é velha conhecida e tema constante dos debates em saúde.

O documento afirma que a judicialização no sistema de saúde brasileiro é um empecilho ao seu bom funcionamento, como já apontamos [aqui](#). Para o Ipea, “A judicialização acontece a partir de uma interpretação do direito de acesso a todos os bens e serviços de saúde”, diz o texto. “O problema é que, em contraposição à política pública de saúde, a decisão judicial é geralmente motivada pelo benefício individual, e, assim, perde-se de vista o bem-estar social. Na judicialização, não são consideradas as necessidades da sociedade em seu conjunto e não se cogita uma política de prioridade para essas circunstâncias”, completa.

Para minimizar o impacto de ações judiciais nos sistemas de saúde, o documento sugere que sejam buscadas “políticas que permitam ao Judiciário um melhor entendimento da integralidade e a consequente tomada de decisão alinhada com os princípios definidos por meio da política nacional de incorporação tecnológica”.

Para se ter uma ideia, uma pesquisa feita pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) mostra que só no Estado de São Paulo as ações judiciais contra planos de saúde aumentaram mais de 631% no período entre 2011 a 2016. O trabalho mostra que em mais de 90% dos casos, o ganho de causa foi para quem entrou com a ação.

O documento Desafios da Nação vai ao encontro do que temos falado sobre a necessidade de magistrados receber municiamento para o correto embasamento técnico-científico para o melhor julgamento. Sabemos que a busca por direitos por meio da justiça faz parte das relações na sociedade, mas é importante que o direito individual não se sobreponha ao direito coletivo, gerando prejuízos à saúde em todo o país.

Para a elaboração do documento, foram realizadas 32 oficinas temáticas sobre os 16 temas abordados no projeto, que inclui reformas estruturais em diferentes áreas, como saúde, risco regulatório, pesquisa e inovação, entre outros. Ao todo, 40 pesquisadores do Ipea e 37 especialistas externos foram envolvidos na elaboração da publicação.

UM 'BIG BROTHER' DOS GASTOS COM PLANOS DE SAÚDE

O Globo –17/06/2018

Com tecnologia e contratação de médicos e enfermeiros, empresa detecta desperdícios que elevam os custos e prejudicam os pacientes

SÃO PAULO - Em um galpão de 4.000 m² que já abrigou uma lavanderia industrial em Barueri, na região metropolitana de São Paulo, funciona o maior centro de conexão de dados do mercado da saúde na América Latina. O paciente não se dá conta, mas, quando entrega a carteirinha do convênio ao atendente do consultório, do hospital ou do laboratório de análises clínicas em qualquer região do Brasil, tem grandes chances de disparar as sinapses digitais da Orizon, uma empresa que tudo checa e registra.

A cada dia, 500 mil procedimentos (do simples hemograma à cirurgia complexa) são autorizados ou negados instantaneamente pelo sistema que conecta grandes corporações: 43 operadoras de planos de saúde, 140 mil prestadores de serviço e 11 mil farmácias que oferecem programas de desconto aos beneficiários de planos de saúde. Transações relacionadas ao atendimento médico de 13 milhões de pessoas trafegam por ali.

No momento em que se discute quais são os custos que impactam no preço dos planos de saúde, é importante levar em consideração as fontes de desperdício, os desvios e as fraudes que corroem o dinheiro que os empregadores e seus funcionários colocam nos planos coletivos e que as famílias investem nas modalidades individuais.

A necessidade de fiscalizar os prestadores que criam artimanhas para engordar pagamentos, ou colocam a saúde dos pacientes em risco ao indicar procedimentos desnecessários, deu origem a um sofisticado mercado de auditoria. São empresas que, como a Orizon, prosperam no ramo da desconfiança.

- É como o custo bélico. Se os países estivessem em paz, ele não existiria. Na saúde, o aparato de guerra é construído porque um lado (as operadoras) sabe que o outro (hospitais e demais prestadores) vai ser mais feliz se fizer mais procedimentos e cada vez mais caros – diz o engenheiro Mario Martins, presidente da empresa.

Os gastos dos planos de saúde com desvios ultrapassaram a cifra de R\$ 22 bilhões em 2015 (19% do total de despesas assistenciais das operadoras), segundo estimativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), uma entidade de pesquisa mantida pelas empresas do setor. No final, quem paga a conta dos gastos desnecessários e da engrenagem criada para combatê-los é o cliente.

Um sino chama a atenção logo na entrada do imenso salão onde trabalham centenas de funcionários da Orizon. Toda grande conquista é festejada com energéticas badaladas -- uma tradição que veio do varejo. Um dos acontecimentos mais celebrados pela equipe foi a adoção do chamado "motor de regras", o cérebro do sistema de controle. Trata-se de um analisador digital, um grande pente fino capaz de monitorar, em tempo real, qualquer item fora do padrão no processo de autorização de procedimentos médicos.

ESTRUTURA SOFISTICADA

Em vez de apenas transportar os dados da carteirinha do paciente entre o prestador de serviço e o plano de saúde, ele é capaz de intervir instantaneamente no fluxo de dados com o objetivo de captar desvios. Por exemplo: um doppler de carótidas serve para avaliar o fluxo em duas artérias carótidas e em duas artérias vertebrais que levam sangue até o cérebro. Tudo em um único procedimento. No

entanto, há clínicas e hospitais que cobram como se quatro exames tivessem sido realizados. O sistema sinaliza que aquilo está fora do padrão e levanta uma bandeira. A investigação detalhada do que aconteceu é tarefa para os funcionários. Ao final dela, a operadora pode decidir não pagar a conta (a chamada glosa) ou até romper o contrato com o prestador.

Em um mundo fascinado pelo potencial do Big Data (a possibilidade de analisar grandes volumes de informação com o objetivo de tomar decisões mais acertadas), a matéria-prima derivada de tantas interações é o maior ativo da empresa criada pela Cielo em parceria com a Bradesco Saúde e a Cassi (a operadora do plano de saúde dos funcionários do Banco do Brasil).

A Orizon tem conseguido captar mais desvios porque investiu em duas frentes: a tecnologia para atuar em tempo real em grandes massas de dados e a contratação de pessoal especializado para trabalhar em células de investigação. Elas são compostas por dezenas de enfermeiros, médicos e farmacêuticos que trabalham nos departamentos de faturamento dos hospitais. Eles sabem, por exemplo, como os materiais usados em uma cirurgia complexa podem ser lançados em uma conta sem que a maioria das auditorias consiga detectar inclusões indevidas ou itens desnecessários.

- Temos um time altamente qualificado que veio do lado de lá. Essa é uma inteligência tática. Eles entendem como os outros pensam e quais são os incentivos para que as fraudes e os desperdícios ocorram - afirma Martins.

Em outra frente de trabalho investigativo, realizado depois que as contas já foram pagas, é possível apontar 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. Assim como as redes sociais, a Orizon usa a teoria dos grafos (ramo da matemática que estuda as relações entre os objetos de um determinado conjunto) para traçar conexões entre os profissionais.

- Com isso, conseguimos descobrir que um médico pede muito mais exames que o normal e está associado a um cirurgião que opera muito mais que o normal e usa materiais muito diferentes do normal - diz Martins.

Por razões contratuais, os relatórios e cruzamentos gerados pela Orizon permanecem em sigilo. A pedido do GLOBO, a empresa concordou em apontar exemplos de desvios detectados recentemente, sem mencionar o nome das empresas envolvidas (veja quadro).

- É difícil afirmar categoricamente que essas práticas sejam fraudes porque seria necessário comprovar que houve má-fé. Elas são, no mínimo, desperdício - diz Marcio Landi, diretor de finanças da empresa.

Veja abaixo exemplos de desperdícios flagrados pela Orizon durante as checagens de contas médicas:

EXAMES DESNECESSÁRIOS

Ao analisar exames realizados no pronto-socorro de dez hospitais do Estado de São Paulo em 2017, a empresa detectou excesso de avaliações em caráter emergencial – o que encarece os atendimentos. Uma sinusite pode ser diagnosticada por radiografia (R\$ 33, em média). Em 18% dos casos, foram realizadas tomografias (R\$ 240) para avaliar os seios da face, sem que houvesse indício de gravidade capaz de justificar essa opção.

COBRANÇAS INDEVIDAS

Bomba de infusão é o aparelho usado para infundir remédios na corrente sanguínea com um maior controle sobre o gotejamento. Em mais de 30 mil contas checadas entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017, os analistas descobriram que o número de diárias pelo uso do aparelho era superior ao período de internação do paciente. Segundo a empresa, o desperdício chegou a R\$ 24 milhões.

ABUSO DE MATERIAL ESPECIAL

DESPERDÍCIOS NA MEDICINA PRIVADA ELEVAM O CUSTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

O Globo –17/06/2018

Para médico, é preciso que pacientes assumam responsabilidade de cuidar da própria saúde

SÃO PAULO - Na guerra entre hospitais e operadoras de planos de saúde, as balas perdidas alcançam os financiadores do sistema. Enquanto os desperdícios ocorridos na medicina privada elevam o custo da assistência médica na folha de pagamento dos empregadores, os beneficiários de planos coletivos ou individuais sofrem com reajustes elevados e danos à saúde.

- Submeter uma pessoa a um procedimento desnecessário é uma fraude gravíssima. É um crime de lesão corporal difícil de tipificar porque sempre há opiniões diferentes. Usar uma agulha de R\$ 5 quando outra de R\$ 0,50 faz exatamente o mesmo efeito não é fraude, mas é um baita desperdício - afirma José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Para o médico Caio Soares, diretor executivo da multinacional espanhola Advance Medical Group, que presta serviços de segunda opinião médica aos funcionários de empresas como Google, Renault e Nissan, as iniciativas para flagrar desperdícios vão continuar a ser apenas paliativas enquanto os indivíduos não assumirem a responsabilidade de cuidar da própria saúde.

- O sistema foi construído de uma forma completamente paternalista. Delegamos o controle da nossa saúde à operadora ou ao hospital, mas eles estão preocupados com a nossa doença, não com a nossa saúde. Para ter um consultório dentro do hospital, o médico precisa ter produtividade, gerar pedidos de exames, procedimentos e consumo de materiais – ressalta Soares.

A maior fatia dos ganhos dos hospitais ainda é gerada pelos materiais e medicamentos consumidos pelos pacientes. No paulistano Sírio-Libanês, por exemplo, esses itens são responsáveis por 52% das receitas. No entanto, há uma percepção geral de que a forma de remuneração baseada no Pagamento por serviço (chamado de “fee for service”) está se esgotando porque ela estimula a doença – não a saúde. Segundo essa lógica, quanto mais a situação do paciente se complica, melhor para o hospital e pior para o plano de saúde.

- É verdade que a receita do hospital é baseada nesse modelo, mas ele é insustentável. Pior do que eu não ter dinheiro é quem me paga

Ao analisar 354 cirurgias de quadril realizadas durante o ano de 2015, a empresa detectou que alguns hospitais usavam um material à base de tântalo (metal mais caro que titânio) em 100% das operações. Com isso, as contas ficaram 64% mais caras. O tântalo deve ser usado em 10% das chamadas cirurgias de revisão – quando há dificuldade de integração óssea e o paciente precisa ser reoperado.

não ter dinheiro - diz Fernando Torelly, diretor-financeiro do Hospital Sírio-Libanês.

Com clareza, Torelly descreve o atual cenário da saúde suplementar no Brasil: o médico está insatisfeito com os honorários que recebe das operadoras. O convênio está insatisfeito com a sinistralidade elevada. O empregador está insatisfeito porque paga demais pelo plano de saúde. O hospital está insatisfeito porque as tabelas pagas pelos planos de saúde são ruins. O cliente está insatisfeito porque há demora no pronto-socorro e ele não consegue ter um bom atendimento.

- A carteirinha do plano de saúde virou o passaporte da doença. O paciente faz uma tomografia em uma semana e, na outra semana, faz de novo. Pega radiação em dobro e os gastos aumentam - diz Torelly.

Uma das formas de reduzir os desperdícios é questionar a pertinência do que é feito. Inspirado pelos centros de atenção primária de países como o Reino Unido, o Sírio decidiu criar ambulatorios com médicos de família dentro das empresas. A primeira unidade foi instalada no Banco Votorantim, em São Paulo. Até o final do ano, mais dez serão inauguradas em outras companhias na cidade. Como cerca de 80% dos casos atendidos por médicos de família são resolvidos sem a necessidade de outros especialistas ou atendimento em pronto-socorro hospitalar, os custos diminuem para os empregadores.

- Somos um hospital que tem toda a sua receita vinda da doença. Agora estamos entrando em um novo modelo de negócios focado na saúde.

Nessa aposta, a remuneração foge da lógica tradicional do “fee for service”. O empregador paga um valor fixo para que o hospital cuide da saúde de cada trabalhador. E, em alguns contratos, há um adicional caso a instituição contribua para melhorar os indicadores de saúde daquele grupo.

Ao se instalar nas empresas e identificar casos que realmente necessitam de atendimento especializado, a instituição vai gerar demanda para seus centros de diagnóstico e para tratamentos mais dispendiosos como os de oncologia, por exemplo. Ou seja: o hospital pode receber menos por paciente, mas vai ganhar na escala de atendimento.

A mudança está acontecendo também na relação com as operadoras. Ainda neste ano, o Sírio vai inaugurar em Brasília um hospital que será remunerado pelos convênios de acordo com os desfechos clínicos alcançados pelo paciente – e não mais por volume de procedimentos. Fatores como tempo e processo de recuperação dos doentes, resultado das cirurgias, entre outros, poderão ser levados em consideração no acordo sobre os pagamentos.

PLANO E HOSPITAL RESPONDEM POR FALTA DE AVISO SOBRE DESCREDENCIAMENTO, DIZ STJ

Consultor Jurídico –17/06/2018

Substituições na rede credenciada de um plano de saúde devem ser notificadas aos segurados com no mínimo 30 dias de antecedência. Quando o consumidor não é avisado sobre o descredenciamento de algum hospital e ainda tem o atendimento negado pela instituição médica por causa do distrato, a responsabilidade pela situação embaraçosa é solidária entre as duas empresas, assim como os custos do tratamento de saúde.

Esse foi o entendimento da 3ª Turma do Tribunal Superior de Justiça ao negar recurso de uma fundação hospitalar e de uma operadora contra decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo que condenou as duas empresas a responderem pela continuidade de um tratamento médico.

A autora pediu que sua quimioterapia continuasse a ser feita no hospital descredenciado por seu plano de saúde, no qual ela passou por cirurgia de urgência após ser diagnosticada com câncer de mama e ovário. Ela alegou que foi impedida de prosseguir com as sessões do tratamento por causa de pendências financeiras entre as partes.

A ministra Nancy Andrighi concluiu que a responsabilidade pela negativa e pelo embaraço do atendimento médico do consumidor é da operadora do plano e também do hospital. O artigo 7º do Código de Defesa do Consumidor, citou a relatora, estabelece a responsabilidade solidária daqueles que participam da introdução do serviço no mercado por eventuais prejuízos causados ao consumidor.

Nancy disse que a substituição da rede credenciada é permitida desde que haja notificação dos consumidores com antecedência mínima de 30 dias, contratação de novo prestador de serviço

equivalente ao descredenciado e comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

“Esses requisitos estabelecidos por lei servem para garantir a adequada e eficiente prestação de serviços de saúde, de modo a evitar surpresas e interrupções indevidas de tratamentos médico-hospitalares em prejuízo do consumidor”, explicou a relatora.

“Os princípios da boa-fé, cooperação, transparência e informação, devem ser observados pelos fornecedores, diretos ou indiretos, principais ou auxiliares, enfim todos aqueles que, para o consumidor, participem da cadeia de fornecimento”, afirmou a ministra, em voto seguido por unanimidade.

Ao condenar as empresas a arcarem com todo o custo do tratamento da autora, a ministra afirmou que a atuação de ambas “atentam contra o princípio da boa-fé objetiva, que deve guiar a elaboração e a execução de todos os contratos, pois frustram a legítima expectativa do consumidor de poder contar com os serviços colocados à sua disposição no momento da celebração do contrato de assistência médica”. *Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.*

FALTA TRANSPARÊNCIA AOS CUSTOS DA SAÚDE

O Globo –15/06/2018

A ‘inflação da medicina’ supera os reajustes salariais, e por isso é preciso haver um debate sincero em busca de fórmulas sensatas para o aumento dos planos

É controversa em todo o mundo a definição de custos da saúde para efeito de reajuste de planos e cobrança de serviços médicos. Afinal, os fatores que influenciam o cálculo são de difícil aceitação, pois muitos pressionam por aumentos que costumam ultrapassar a capacidade de pagamento da população.

O resultado não pode ser outro porque pesam na definição destes custos o envelhecimento da população, um fenômeno mundial, que o Brasil começa a sentir de perto nesta geração; o constante avanço tecnológico aplicado nos exames e a adoção progressiva de novos medicamentos, cujo desenvolvimento pelos laboratórios também precisa ser financiado pelo consumidor. É por isso que a “inflação da medicina” sempre supera os índices de preço usuais, parâmetro para os reajustes dos salários.

Tudo somado — o fator demográfico, novas tecnologias e medicamentos mais modernos — compõe um conjunto explosivo. A conta não fecha e, como acontece mais uma vez, o conflito vai para a Justiça. Dela saem decisões com base legal, mas incapazes de pacificar o assunto.

A mais recente é a definição do teto de 5,72% para o reajuste dos planos individuais — 20% do mercado, sendo os restantes contratos

coletivos de empresas para seus empregados. A correção dos individuais é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que proporia 10%, depois de fixar o índice de 2017 em 13,55%. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), baseado em relatório do Tribunal de Contas (TCU), foi mais rápido e conseguiu a liminar do teto junto à 22ª Vara Cível Federal de São Paulo.

Diante de um mercado de trabalho ainda em crise, com 12 milhões de desempregados, devido à lenta recuperação da economia, e de uma inflação anual na faixa do 3%, referência para as revisões de salário, é evidente que os beneficiários dos 9,1 milhões de planos individuais enfrentam dificuldades para pagar suas mensalidades. A imprensa está repleta de histórias de idosos aposentados sem condições de se manter em dia com esta despesa. Trágico para eles.

Por ser um serviço de absoluta e óbvia necessidade, o poder público, a agência reguladora, os órgãos de defesa do consumidor e as empresas do ramo precisam pactuar um sistema razoável que atenda às necessidades da população, mas sem quebrar o setor, o que acontecerá se o problema for administrado de forma demagógica.

Mas, para isso, é preciso haver total transparência nos números e também na revisão de procedimentos. Supõe-se que haja gordura a queimar nas despesas com exames, por exemplo.

No mundo ideal, o SUS, lançado pela Constituição de 1988, teria condições de prestar um atendimento universal de qualidade, deixando os planos de saúde para uma faixa da população de renda mais elevada. Infelizmente, não é assim, e esta é uma realidade que precisa ser enfrentada com honestidade e seriedade.

ANS DEBATE INCENTIVO A MELHOR DESEMPENHO EM SAÚDE

ANS –15/06/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na terça-feira (12/06) uma audiência pública para colher sugestões da sociedade sobre como melhorar o desempenho das operadoras a partir de resultados que impactem na melhoria da atenção à saúde dos beneficiários. Para isso, a reguladora está propondo a revisão da regra que prevê a concessão de incentivos econômico-financeiro, para a redução da exigência de margem de solvência. No momento,

apenas as empresas que têm Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e de Doenças (Promoprev) aprovados pela ANS têm esse direito. Participaram da atividade cerca de 60 representantes de operadoras, federações, consultorias, além das indústrias farmacêuticas e de equipamentos.

Atualmente, o incentivo econômico-financeiro à adoção dos programas Promoprev é regulamentado pela Instrução Normativa Conjunta nº 7 DIOPE/DIPRO, de 2012. O normativo estabelece que as operadoras podem descontar o valor investido nesse tipo de ação da sua margem de solvência, limitado a 10%. Hoje, cerca de 50% das operadoras que ofertam planos médico-hospitalares possuem programas de Promoprev cadastrados na ANS. Desse total, cerca de

30% fazem jus ao incentivo econômico-financeiro. Entre as operadoras que ofertam planos exclusivamente odontológicos, somente 1,7% das operadoras fazem jus ao incentivo.

Na abertura da audiência, o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca, destacou a importância da audiência pública, que representa uma quebra de paradigma na regulação setorial dos planos de saúde. "Nestes 18 anos de ANS, a regulação setorial se estruturou de forma geral a monitorar, fiscalizar e avaliar diferentes processos de trabalho das operadoras de planos de saúde, de tal forma que fosse garantido aos beneficiários, acesso adequado aos serviços de assistência que contratou, conforme os parâmetros determinados pela ANS", disse. "Todo esse esforço normativo e o constante monitoramento fiscalizatório foram determinantes para oferta de planos de saúde, a organização e a prestação de serviços ao setor. Todavia, a geração de valor para os beneficiários, com foco em resultados na saúde, ainda não foi adequadamente tratada pela regulação. Se a regulação passar a induzir uma competição baseada em valores, focada em resultados, ela se reproduzirá em um novo sistema. Não haverá necessidade de pré-determinar estrutura organizacionais, processos de trabalho, sistema de atendimento ou tecnologia relacionadas ao tema, o que será uma enorme de quebra de paradigma", explicou Fonseca.

A diretora de Normas e Habilitação de Produtos, Karla Coelho, falou sobre a importância do diálogo com todos do setor e ressaltou que o usuário é o centro das atenções. "Neste cenário que estamos passando no Brasil, de crise, instabilidade e de reformulação do modelo de saúde, é o "S" da saúde suplementar que nos chama aqui, para pensarmos em novos modelos de atenção, fórmulas de

inovação e de incentivos que possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários", destacou a diretora.

Em seguida, a assessora da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, Michelle Mello, apresentou a proposta de aprimoramento da política de incentivos econômico-financeiros e indicadores, além de uma série de indicadores odontológicos. Na sequência, a gerente de Monitoramento Assistencial da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Kátia Audi, falou sobre a realidade da assistência prestada na saúde suplementar brasileira. Finalizando as exposições, o especialista em Regulação, Eduardo Neto, exibiu uma série de indicadores médico-hospitalares.

Após as apresentações, o espaço foi aberto para as contribuições do público presente. Os participantes deram sugestões sobre pontos específicos dos temas abordados e solicitaram esclarecimentos sobre a proposta. Entre os principais assuntos discutidos, destacam-se as formas de acompanhamento periódico para a mensuração dos indicadores de saúde pelo setor; os incentivos à transparência e qualificação dos dados no setor; e a promoção da gestão de saúde de alto desempenho em termos de resultados em saúde pelas operadoras para reduzir a volatilidade na sinistralidade.

A ANS recebe contribuições para a Audiência Pública até essa sexta-feira (15/06) por meio do email: audiencia09@ans.gov.br. As contribuições serão objeto de análise e resultarão em um relatório que será disponibilizado posteriormente na página da ANS (www.ans.gov.br).

[Confira aqui mais informações sobre a Audiência Pública.](#)

POSICIONAMENTO DA FENASAÚDE SOBRE AÇÃO CIVIL CONTRA O CÁLCULO DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde –14/06/2018

As operadoras de planos de saúde são responsáveis por arcar com o pagamento das despesas que se formam pela variação da quantidade (frequência de uso dos serviços de saúde) e a variação de seus preços (consultas, honorários profissionais, exames, terapias, medicamentos, diárias de internação hospitalares, serviços hospitalares, insumos hospitalares, materiais de consumo, órteses, próteses e materiais considerados especiais).

Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) o IPCA não é referência em relação à variação das despesas do setor e ao subsequente reajuste dos serviços. O IPCA não leva em consideração a introdução de novos serviços e a variação da frequência de utilização desses serviços médico-hospitalares, mas apenas a variação de preços. Além disso, a cesta do IBGE 'setor de Saúde e Cuidados Pessoais' é composta por itens não relacionados aos serviços contidos nos contratos de planos de saúde, a título de exemplo, higiene pessoal e limpeza.

Dessa forma, o reajuste das mensalidades dos planos de saúde reflete a elevação da variação dessas despesas, que têm se mostrado elevadas. Enquanto a variação das despesas estiver elevada e suas causas não forem combatidas, qualquer que seja a metodologia do cálculo do reajuste continuará produzindo valores elevados. Para que se obtenham variações menores é necessário enfrentar as causas que levam ao crescimento dessas despesas, cujos instrumentos, atualmente a disposição das operadoras, não permitem. Os serviços médico-hospitalares que compõem os custos assistenciais não fazem parte de nenhum arcabouço regulatório que contemple mecanismos de estímulo a contenção de sua evolução e as regras do setor de prestação de serviços especializados e os modelos de remuneração não induzem, igualmente, a contenção de custos.

Para se ter ideia, entre 2008 e 2017, o IPCA acumulou variação de 69,9%, contra despesas médico-hospitalares per capita da ordem de 169,3%, sendo que o reajuste autorizado pela ANS foi de 131,9% para o mesmo período.

Os fatores que levam ao crescimento das despesas assistenciais são conhecidos. As pessoas estão utilizando mais os serviços médicos e isso é bom, desde que usado com responsabilidade. O envelhecimento da população custa para a sociedade 1,4 ponto percentual ao ano na evolução de custos assistenciais. O avanço da medicina produz mais bem-estar, mas também aumenta os custos.

A sociedade precisa entender esses custos e avaliar sua capacidade de pagamento.

REQUERIMENTO PARA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE JÁ TEM AS 27 ASSINATURAS NECESSÁRIAS

Agência Senado –14/06/2018

O requerimento para abertura de uma comissão parlamentar de inquérito para investigar os reajustes dos planos de saúde deve ser lido na próxima semana. A senadora Lídice da Mata (PSB-BA), que idealizou a comissão, anunciou ter conseguido as 27 assinaturas necessárias para regimentalmente solicitar a criação da CPI. Segundo ela, os reajustes dos planos têm ocorrido acima da inflação e com o consentimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deveria proteger os consumidores:

— Os usuários dos planos de saúde têm sido surpreendidos por reajustes acima dos índices de inflação. Em 2016, a inflação medida pelo IPCA foi de 6,28%. Entretanto, a ANS autorizou um aumento de 13,57%. E em 2017, para uma inflação de 2,9% pelo IPCA, a ANS autorizou um aumento de 13,55%.

Segundo a ANS, em dezembro de 2015 havia mais de 49,2 milhões de beneficiários de planos de saúde particulares. Em abril de 2018, haviam caído para 47,3 milhões. A senadora Lídice da Mata explica que isso se deve à crise econômica, que gradativamente foi tirando o poder de compra dos brasileiros. E um dos itens que termina sendo cancelado é o plano de saúde.

— Essas pessoas logicamente vão para o sistema público de saúde, pressionando ainda mais uma estrutura que já está sucateada. Temos de investigar a legalidade desses aumentos acima da inflação — frisou.

ANS RECORRE DA LIMINAR QUE LIMITAVA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE

O Estado de S. Paulo –14/06/2018

Se aprovado, recurso abrirá caminho para que a agência anuncie o aumento para os contratos, que deve ser de aproximadamente 10%

BRASÍLIA - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recorreu da liminar que [fixava um teto de 5,72% para o reajuste de planos de saúde individuais](#). O recurso, um agravo de instrumento, foi apresentado nesta quinta-feira, 14. Se aprovado, ele abrirá caminho para que a agência anuncie o aumento para os contratos, que deve ser de aproximadamente 10%. Atualmente, cerca de 9,1 milhões de pessoas têm planos de saúde individuais.

A liminar fixando o teto foi concedida pela 22ª Vara Cível Federal de São Paulo em uma Ação Civil Pública proposta pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec). Na decisão, o juiz afirmou haver falta de clareza na metodologia usada pela agência para determinar os percentuais de aumento e aceitou a proposta do Idec de fixar o reajuste com base no IPCA do Setor Saúde entre maio de 2017 e abril deste ano até que uma fórmula nova fosse encontrada.

Mesmo que a liminar seja derrubada, a ação que discute a metodologia usada pela ANS para fixar os aumentos dos planos continua a ser discutida na Justiça. As dúvidas sobre a forma como o reajuste é definido ganharam força com um relatório do Tribunal de Contas da União. No relatório, o TCU afirma que a metodologia usada contém falhas, é pouco transparente e carece de mecanismos para conter abusos de operadoras. Essas conclusões serviram como principal argumento para o instituto ingressar na Justiça.

Na ação, o Idec questiona ainda o uso de um indexador no cálculo do reajuste, também criticado pelo TCU. Na avaliação do órgão de controle, o fator moderador aplicado pela ANS desde 2009 poderia representar uma dupla cobrança. Esse tema não foi avaliado na liminar concedida pela Justiça, mas ainda deverá ser apreciado. O Idec pede que, se a dupla cobrança for comprovada, consumidores recebam descontos em mensalidades futuras, para compensar o que foi pago indevidamente. Os descontos poderiam ser feitos em até 3 anos.

A advogada do Idec, Ana Carolina Navarrete, afirma que a ação pedindo a suspensão do reajuste para planos individuais é apenas o ponto de partida de uma série de questionamentos que o instituto vai fazer sobre a forma como a ANS realiza os reajustes. “O relatório do TCU deixa claro que a falta de transparência ocorre também nos planos coletivos e nos planos de pessoas jurídicas”, disse.

‘CONTROLE E REDUÇÃO ARTIFICIAL DO AJUSTE AGRAVARÃO A OFERTA DE PLANOS’

O Globo –13/06/2018

Presidente de associação diz que inflação médica é maior em todo o mundo e afirma que custos repesados dificultam oferta de contratos individuais

RIO - Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), disse, por e-mail, que a decisão judicial agrava o quadro de falta de oferta de planos individuais e pode levar, em caso extremo, até à quebra de operadoras.

Qual o impacto da decisão para as empresas de saúde?

- O atual controle do reajuste dos planos individuais e familiares já é um fator de redução de oferta desse produto. Quaisquer intervenções para o controle e a redução artificial do reajuste agravarão o mercado e a oferta desses planos, na contramão do próprio interesse da população. A consequência mais drástica seria o colapso do setor de saúde público e privado, causando a falência de operadoras, hospitais e clínicas, e acarretando mais dificuldades para o SUS.

O IPCA de Saúde é um índice adequado para o reajuste?

- É completamente inadequado. A inflação do setor de planos de saúde, ou seja, a variação dos custos médico-hospitalares, reflete não só o aumento de preços, mas a variação da frequência de utilização de procedimentos em saúde. Se o preço médio das consultas sobe de R\$ 100 para R\$ 110, a variação é de 10%. Porém, o índice contabiliza ainda o número de consultas. Se foi de mil para 1.100, alta dos dois seria de 21%.

Como explicar ao consumidor reajustes tão mais altos do que a inflação?

- A inflação médica é sistematicamente maior do que a inflação geral em todo o mundo. Os principais motivos são o constante surgimento de medicamentos e exames com preços extremamente caros e o envelhecimento da população.

E a metodologia do reajuste usada pela ANS é adequada?

PLANO DE SAÚDE OU PLANO DE DOENÇA?

Gazeta do Povo –13/06/2018

Modelo que privilegia a saúde e não a doença, mudança cultural e mais diálogo com o governo podem resultar em mensalidades mais acessíveis

Ter um plano de saúde é o terceiro item da lista de desejos do brasileiro, só perdendo para a casa própria e educação. Segundo pesquisa do Ibope mais de 80% dos beneficiários estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a assistência de saúde prestada pelas operadoras. Então, por que apenas 25% da população brasileira possui um plano de saúde? A resposta parece óbvia: o alto custo. Os números da crise econômica comprovaram que três milhões de pessoas precisaram abrir mão do plano de saúde nos últimos anos migrando para, principalmente, as duas seguintes opções: o SUS, que opera acima da capacidade e com atendimento deficiente em várias áreas, e as clínicas populares ou cartão de desconto – modalidade de atendimento de saúde de baixo custo que se proliferou pelo país, mas que não é fiscalizada pelo Governo (pelo menos não com tanta seriedade quanto os planos de saúde).

O próprio conceito de sobrevivência da modalidade cartão de desconto já nasceu com uma visão distorcida e operando com uma lógica que pode ser tida como perversa. Isso porque é um serviço que lucra com a doença – e a saúde fica em segundo lugar. Enquanto para as operadoras não é interessante ter um cliente doente – tanto do ponto de vista econômico quanto humano, motivo pelo qual tem investido cada mais em programas de promoção de saúde e prevenção de doenças – para as clínicas populares o que gera lucro é a doença, que faz com que as pessoas necessitem de exames e de tratamentos. Dessa forma podemos enxergar claramente duas visões de assistência de saúde privada: o plano de saúde e o plano de doença.

Os planos de saúde trabalham justamente no viés contrário: quanto mais doente a população, maior seu custo e, conseqüentemente, menor o resultado positivo. As operadoras têm isso bem claro em sua estratégia e trabalham focadas na promoção da saúde, incentivando hábito saudáveis, como alimentação correta, exercícios físicos e cuidados com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, depressão, etc). A prevenção propriamente dita também faz parte do dia a dia, o

- A Abramge defende a reativação da revisão técnica para ajustes temporários de distorções entre o reajuste autorizado e o custo efetivo apurado, o que encorajaria as operadoras a retomarem a venda de planos individuais.

que significa conhecer a saúde de seus beneficiários para propor um adequado acompanhamento de saúde, com a indicação precoce de exames como medida de identificação de doenças. A mamografia, os testes ginecológicos, o exame de toque retal são alguns exemplos. São benefícios que apenas quem tem um plano de saúde pode contar.

Outro movimento forte nas operadoras é o de popularizar a figura do médico gestor ou, simplesmente, médico de família, um modelo de sucesso na área da saúde bastante difundido no Canadá e em países da Europa, que tem um nível de resolubilidade muito superior a encontrada atualmente no Brasil. O médico de família tem a capacidade de cuidar dos pacientes de forma generalista, evitando a troca frequente de profissionais e as consultas desnecessárias. Por conhecer o histórico do paciente, o médico de família é quem irá avaliar e fazer o encaminhamento para o especialista, se necessário.

A grande maioria da população vai ao médico quando já estão com um problema e aí cabe ao profissional (nem sempre o mais indicado) apenas tratar os sintomas. O que se busca é que as pessoas cuidem de sua saúde de forma constante e o médico de família seja o grande aliado nesse objetivo. Esse modelo de saúde proposto é benéfico para a população, para as operadoras de planos de saúde e para a saúde pública. O caminho é longo, pois envolve uma mudança cultural. Mas as perspectivas são otimistas: a tendência é que baixe drasticamente os custos das operadoras que poderão repassar essa economia aos beneficiários. Isso também irá desafogar o SUS que poderá buscar maior equilíbrio e melhores práticas.

Outra solução plausível para a realidade brasileira e que necessita de legislação da ANS é a utilização da ampla rede de operadoras de saúde, com sua expertise em prevenção de doenças e promoção à saúde, na oferta de consultas e exames pré-pagos nos mesmos moldes do Sistema Nacional de Atendimento Médico (Sinam). Esses procedimentos poderiam ser cobrados à parte junto ao plano hospitalar obrigatório, permitindo que o beneficiário tenha a segurança de um plano de saúde em regime de internação hospitalar, justamente quando há grande dificuldade no pagamento direto devido aos altos custos envolvidos. Essa modalidade permitiria baixar em até 50% o custo dos planos médicos, trazendo mútuo benefício para a população e a operadora de saúde.

Cadri Massuda é presidente do Sindicato Nacional dos Planos de Saúde (Sinamge) e presidente da regional PR/SC da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

DECISÃO DA JUSTIÇA ABRE PRECEDENTES PARA LIMITAR REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –13/06/2018

Segundo especialistas, liminar deve aumentar pressão por cálculos mais transparentes

RIO — Após três anos com reajustes de 13,5% nas mensalidades dos planos de saúde individuais, a Justiça fixou em 5,72% o teto para o aumento desses contratos, únicos com correção regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O percentual

corresponde ao índice da inflação de saúde no país, medido pelo IPCA, apurado pelo IBGE. [Conforme antecipado pelo colunista do GLOBO Ancelmo Gois, a ANS propôs reajuste de 10% para este ano.](#) O anúncio formal da taxa, no entanto, ainda não foi feito pela agência, que aguardava parecer do Ministério da Fazenda.

Apesar de não ter sido notificada, a ANS já informou que irá recorrer da decisão judicial. Segundo especialistas, a determinação da Justiça vai dar início a uma discussão sobre a forma como é calculado o aumento anual pela agência, e pode ter reflexo também sobre os planos coletivos, apesar de eles não estarem contemplados na ação.

A liminar foi concedida nesta quarta-feira, pela 22ª Vara Cível Federal de São Paulo, em resposta à ação civil pública movida pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), que se baseia em relatório divulgado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em março. O TCU aponta distorções, abusividade e falta de

transparência na metodologia usada pela ANS para calcular o percentual máximo de reajuste de 9,1 milhões de planos individuais, uma fração do total de 47,4 milhões de contratos da saúde suplementar no Brasil. A ANS tem pelo menos até a metade do segundo semestre para responder aos questionamentos do TCU.

Primeira ação movida pelo Idec

Na decisão, o juiz Flavio Siqueira Junior reconhece que o constante avanço da tecnologia pede reajuste por índice diferenciado daquele que mede a inflação geral. Ele pondera, contudo, que a ANS, como órgão regulador, não pode autorizar aumento que inviabilize o custeio pelos consumidores. A decisão abre a possibilidade de uma audiência de conciliação e de assinatura de termo de ajuste de conduta para adoção de metodologia que não comprometa a capacidade de pagamento dos usuários nem a sustentabilidade do setor.

Desde 2002, o Idec questiona a ANS sobre os reajustes dos planos individuais. Esta é, porém, a primeira ação movida pelo instituto sobre o tema.

— Esgotamos todas as possibilidades administrativas de revisão dos reajustes. Mas esta é uma solução provisória, enquanto a ANS não cumpre as exigências do relatório do TCU. Propusemos o uso do IPCA setorial de saúde como substituto temporário, por entender que o índice, além de refletir custos do setor, oferece a transparência necessária e mantém relação com a capacidade de pagamento do consumidor — explica Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec.

Representantes das empresas de saúde argumentam que o índice não é adequado como referência ao reajuste. Para André Braz, economista do Ibre/FGV, o IPCA em saúde pode ser usado como parâmetro, mas caberia usar mais dados no cálculo:

— A coleta de preços em serviços fica no tradicional, mas os planos gradualmente absorvem procedimentos novos, ainda não mapeados pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares. Sem esquecer que o plano é um serviço para renda mais alta, está fora da cesta da maioria dos brasileiros.

Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que reúne as maiores operadoras, o IPCA não é referência em relação à variação das despesas do segmento. A FenaSaúde destaca que a cesta do IBGE de saúde e cuidados pessoais é composta por itens não relacionados aos serviços de planos de saúde, como higiene pessoal e limpeza.

Na avaliação das empresas, para obter um reajuste menor é preciso discutir os motivos que levam à alta das despesas do setor, como desperdícios, envelhecimento populacional e incorporação de novas tecnologias. A FenaSaúde ressalta ainda que, de 2008 a 2017, o IPCA acumulou alta de 69,9%, contra aumento de despesas assistenciais médico-hospitalares per capita de 169,3%, e o reajuste autorizado pela ANS foi de 131,9% no período.

Procurada, a ANS explica, em nota, que o índice máximo de reajuste anual dos planos individuais/familiares leva em consideração os percentuais de aumento dos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. E acrescenta que a taxa é influenciada também por frequência de uso de serviços e custos de saúde para explicar por que não é comparável a índices de preços.

A agência ressalta ainda que o acórdão do TCU não apontou ilegalidade no reajuste de planos individuais em anos anteriores, recomendando o aprimoramento da metodologia e dos procedimentos usados, e que foi concedido prazo de 180 dias para resposta. A ANS afirma que já trabalhava nessa melhoria antes do relatório do TCU.

Avaliação retroativa a 2009

A ação movida pelo Idec traz outras solicitações que ainda não foram avaliadas pela Justiça. Entre elas, que seja reconhecida a ilegalidade e a abusividade dos reajustes autorizados pela ANS desde 2009, com a compensação de valores pagos a mais pelos consumidores em forma de descontos nos reajustes dos próximos três anos. Além disso, requer que a agência seja condenada a pagar indenização por danos coletivos.

O aposentado Maurício Vainstein, de 78 anos, gasta R\$ 3 mil por mês com o plano de saúde dele e da mulher, mesmo após ter obtido na Justiça a suspensão do aumento por faixa etária. A aplicação do reajuste anual, diz ele, pode inviabilizar a manutenção da assistência privada da família, já que a aposentadoria paga pelo INSS teve aumento de 2,01%:

— As coisas deveriam ser equivalentes. Mas o reajuste do plano de saúde será muito acima do que recebemos de reposição, comprometendo nosso poder de compra.

Para Mário Scheffer, coordenador do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar do Departamento de Medicina Preventiva da USP, a decisão judicial pode ter impacto em todo o mercado:

— A decisão joga luz sobre a necessidade de revisão de toda a política de reajustes da ANS, não só dos individuais, mas dos coletivos, hoje liberados. Nos individuais, falta transparência nos critérios e, nos coletivos, regulação.

Em levantamento feito pela USP, em 3.870 decisões de segunda instância no Tribunal de Justiça de São Paulo, nos primeiros quatro meses deste ano, 28,2% envolveram reclamações sobre reajuste de mensalidade. Os percentuais de aumento são a segunda maior demanda no tribunal.

— Grande parte dos beneficiários de planos de saúde individuais entra na Justiça contra os reajustes por faixa etária. Os juízes só suspendem o aumento se estiver em desacordo com o contrato, com os padrões de razoabilidade e com as normas da ANS — observa o advogado Leandro Sender.

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