

27 de junho de 2018

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 26/06/2018

Recomendamos a leitura do segundo Conselhos Milliman divulgado no mês de junho. O artigo “Atenção Primária à Saúde” traz um resumo da nova iniciativa da ANS, que implementou o Projeto de APS buscando utilizar a regulação para inspirar uma contribuição mais efetiva na transição dos modelos assistencial e de remuneração de prestadores no setor de Saúde Suplementar. Adicionalmente, os principais pilares dos cuidados primários em saúde também são avaliados.

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

**SAI AUTORIZAÇÃO DE REAJUSTE
DE ATÉ 10% PARA PLANOS DE
SAÚDE INDIVIDUAIS**

O Globo –27/06/2018

No ano passado, a correção autorizada foi de até 13,55%

RIO — A autorização para a aplicação do [reajuste máximo de 10% para os planos de saúde individuais e familiares](#) foi publicada nesta quarta-feira, dia 27, no Diário Oficial da União. O índice — aprovado por unanimidade pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) — terá vigência de 1º de maio de 2018 a 30 de abril de 2019. No ano passado, a correção autorizada foi de até 13,55%.

Segundo o órgão regulador, o percentual é válido para os planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/1998. O aumento, portanto, vai afetar 8,1 milhões de beneficiários, representando 17% do total de 47,3 milhões de pessoas com assistência médica no país.

Ainda de acordo com a ANS, o percentual autorizado é o máximo a ser cobrado pelas empresas. As seguradoras e as operadoras de saúde, portanto, são livres para adotar índices inferiores, se desejarem, de acordo com seus custos médico-hospitalares.

Atualmente, 458 empresas comercializam planos individuais no Brasil, de acordo com a agência. Somente aquelas autorizadas pela ANS podem aplicar o aumento ([confira no seguinte endereço](#)).

Aplicação do aumento

O índice de reajuste deverá ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato. É permitida, no entanto, a cobrança de valor retroativo. Neste caso, será considerado o número de meses decorridos entre a aplicação do aumento e a data de aniversário.

Considerando um contrato com aniversário em maio, por exemplo, a cobrança será feita da seguinte forma: as mensalidades de agosto, setembro e outubro serão acrescidas dos valores referentes às diferenças que deixaram de ser cobradas em maio, junho e julho.

Se a pessoa pagava R\$ 100 (valor hipotético), em agosto vai desembolsar R\$ 120 (R\$ 110 da mensalidade corrigida, mais R\$ 10 de diferença retroativa). O mesmo acontecerá em setembro e outubro. Depois, passará a pagar R\$ 110.

No entanto, para os contratos com aniversário entre os meses de agosto de 2018 e abril de 2019, não poderá haver cobrança retroativa. O usuário deverá pagar apenas a mensalidade com aumento.

Ainda de acordo com a ANS, deverão constar do boleto de pagamento o índice de reajuste autorizado, o número do ofício de autorização, o nome, o código e o número de registro do plano, assim como o mês previsto para aplicação do próximo reajuste anual.

Briga na Justiça

Na última sexta-feira, dia 22, a [ANS conseguiu derrubar uma liminar que limitava o aumento dos planos de saúde individuais este ano a 5,72%](#). A ação havia sido movida pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

A entidade questionava o percentual previsto de 10%, muito acima da inflação oficial do país — o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) — que acumulou alta de 2,76% em 12 meses encerrados em abril.

O Idec lamentou a decisão do desembargador Neilton dos Santos do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF-3) que, segundo a entidade, considerou apenas “os argumentos das empresas sem levar em conta os fatos gravíssimos que o Idec e as organizações de defesa do consumidor vêm denunciando há anos”.

Para o instituto, a decisão em favor dos planos “desconsiderou a gravidade dos erros na metodologia dos reajustes aplicados pela ANS e ignorou suas falhas, permitindo que a lesão aos consumidores se agrave”.

Dúvidas

Em casos de dúvidas, os usuários de planos individuais e familiares podem ligar para o Disque ANS (0800-701-9656) ou acessar www.ans.gov.br

PLANOS DE SAÚDE TERÃO REAJUSTE DE 10% NAS MENSALIDADES

FenaSaúde –26/06/2018

O aumento incide nos planos individuais, que contam com cerca de 9 milhões de beneficiários

O índice máximo autorizado para o aumento das mensalidades dos planos de saúde individuais e familiares foi fixado em 10% pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme divulgado na última sexta-feira (22). O reajuste atinge cerca de 9 milhões – do total de mais de 47 milhões de beneficiários de planos de saúde – e é retroativo a maio, a depender do mês de aniversário do contrato vigente entre o beneficiário e a operadora.

“Na Saúde Suplementar, o crescimento dos custos supera em muito o reajuste autorizado, e este, por outro lado, ficou novamente acima da inflação geral de preços e, conseqüentemente, agravando a dificuldade financeira da população para manter seus planos de saúde. Para não inviabilizar o sistema, é necessário que todos os agentes da cadeia produtiva atuem no sentido de reduzir esses custos. Nós, da FenaSaúde, já apresentamos algumas propostas como: plano de saúde com médico generalista e direcionamento ativo; com franquia; com disciplina rigorosa de incorporação tecnológica; transparência, pela ANS, dos dados de custos e tratamentos mais efetivos da rede de assistência médica; permissão de importação de insumos diretamente pelas operadoras; e

criminalização de más práticas”, detalha Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

Segundo um levantamento da Federação, nos últimos dez anos (2008 a 2017), a despesa assistencial por beneficiário – indicador que leva em consideração a frequência de utilização – cresceu 169,3%. No mesmo período, o reajuste da ANS foi de 104,2%, o que mostra que a majoração dos planos individuais não acompanha o ritmo dos gastos. Já o IPCA registrou 65,2%, ou seja, constata-se também que a despesa assistencial está muito descolada dos parâmetros da chamada inflação oficial, que leva em conta os preços de todos os setores da economia.

“Comparar a inflação geral de preços com a variação de custos do setor é um equívoco. O IPCA não é referência em relação à variação das despesas de assistência à saúde e ao subseqüente reajuste das mensalidades dos planos de saúde. O IPCA não leva em consideração a introdução de novos procedimentos e materiais, nem a variação da frequência de utilização desses serviços médico-hospitalares, mas apenas a variação de seus preços”, esclarece Solange Beatriz.

A presidente da FenaSaúde também chama a atenção para o perfil heterogêneo do setor. “O mercado de planos de saúde é complexo e com necessidades diferentes. É preciso levar em conta a sinistralidade das carteiras de beneficiários, as peculiaridades regionais, porte das operadoras, abrangência dos serviços e características da rede credenciada, por exemplo”, conclui.

AUTOGESTÕES EM SAÚDE PRECISAM DE INCENTIVOS DO ESTADO, DIZEM DEBATEDORES

Agência Senado –26/06/2018

O Estado deve incentivar a formação de autogestões em saúde. Essa afirmação foi destacada pelos convidados da audiência pública realizada na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) nesta terça-feira (26). O senador Paulo Paim (PT-RS) requereu a reunião para debater a situação enfrentada por essas operadoras sem fins econômicos e pelos seus beneficiários.

Para Paim, é dever da sociedade civil apresentar proposições legislativas para mudar o cenário das autogestões em saúde no Brasil.

— A responsabilidade é de todos nós. Não dá para o servidor continuar a ter aumento nos planos de saúde e não ter aumento no salário de acordo com a inflação.

De acordo com João Paulo dos Reis Neto, diretor presidente da Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde (Capesesp), em 2017, a estimativa de participação da União no custeio dos planos de saúde era de 27%, porém o repasse patronal não aconteceu, causando um reajuste de 14,6% a ser pago pelo beneficiário.

— Nos últimos oito anos, houve um aumento de 145% dos custos assistenciais dos planos de autogestão. A variação da parte de custeio per capita assumida pelos servidores foi de 220%. E a variação do valor do repasse da União aos servidores para a assistência à saúde foi de apenas 50% — informou.

Segundo João Paulo, a média de idade do beneficiário da Capesaúde, o plano oferecido pela Capesesp, é de 48 anos, sendo 40% da carteira na última faixa etária (59 anos ou mais). Para ele, um plano de saúde com fins lucrativos não conseguiria atender a esse perfil.

O diretor executivo da operadora Geap, Leopoldo Alves Neto, ressaltou que as liminares contra os reajustes dos custeios gera um prejuízo anual de mais de R\$ 456 milhões para a entidade.

— Um em cada três beneficiários da Geap tem ação na Justiça para reduzir o reajuste das mensalidades. Por causa dessas ações, o reajuste em 2018 foi de 19,94%. Sem a queda na receita das liminares, seria de 1,37% — apontou.

O coordenador-geral substituto de Previdência e Benefícios para o Servidor do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Teomair de Oliveira, informou que a União investe R\$ 1,6 milhão por ano e que o valor é calculado de acordo com a idade e a remuneração dos beneficiários.

— Entendemos a situação das entidades de autogestão e nos compadecemos. Mas o governo está procurando fazer a sua parte. Estamos investindo e entendemos que esse investimento é um valor considerável para o público de 1,4 milhão de beneficiários — justificou.

Legislação

Para José Luiz da Silva, consultor jurídico da Unidas Autogestão em Saúde, se faz necessária alteração da legislação que especifique um tratamento diferenciado para as autogestões.

— Ao invés de o Estado estimular os direitos dos trabalhadores e servidores a se organizarem para cuidar de sua saúde, acontece um

verdadeiro desestímulo. A lei deveria especificar um tratamento diferenciado para as autogestões. As operadoras não estão conseguindo cumprir as garantias financeiras semelhantes ao mercado — disse.

Segundo Paula Ávila Poli, assessora Jurídica da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (Fenasps), com a nova súmula do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que revoga a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, as ações judiciais não tem sido a grande saída para os beneficiários.

— Com a nova súmula do STJ, o beneficiário não está sendo mais considerado como a parte vulnerável da relação. E isso se deu mediante entendimento de que o beneficiário, tendo assento no Conselho de Administração, pode decidir e fazer valer as suas vontades. Acontece que isso não é verdade. Nos últimos três anos, o

reajuste foi aprovado pelo voto de minerva, deixando de lado os votos dos servidores — criticou.

Rotatividade

Outra questão apontada pelos convidados foi a alta rotatividade dos dirigentes nomeados pelo governo. De acordo com Vanderley José Maçaneiro, vice-presidente de Assuntos Fiscais da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip), nove dirigentes assumiram a presidência do Conselho Administrativo da Geap em três anos.

— A média é de que a cada quatro meses há um novo dirigente. A nossa preocupação é: será que é possível desenvolver um planejamento em longo prazo com tanta rotatividade nos comandos? E por que há tanta rotatividade? — indagou.

ANS E OPAS DIVULGAM PUBLICAÇÃO COM EXPERIÊNCIAS FINALISTAS NO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE APS

ANS –25/06/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil divulgam publicação com os projetos selecionados no Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira. A coletânea encerra a parceria iniciada em agosto de 2017 entre as duas entidades com o objetivo de identificar e reconhecer o esforço, individual ou conjunto, de operadoras de planos de saúde brasileiras na implementação da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como acompanhar o seu impacto nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor.

De acordo com critérios definidos pela Comissão de Avaliação no edital do Laboratório de Inovação, a publicação apresenta as 12 práticas consideradas inovadoras na organização de serviços a partir da atenção primária, com indicadores e resultados comprovados. As experiências reúnem diferentes práticas, evidenciando variada capacidade de incorporação e gestão da APS como estratégia para reorganização da assistência prestada pelas operadoras aos seus beneficiários.

“Com a publicação, esperamos fomentar no setor o esforço de repensar e reorganizar o modelo de atenção em saúde, visando o vínculo do cuidado coordenado, a integralidade da assistência prestada e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Desejamos que a leitura contribua para a melhoria dos resultados em saúde, favorecendo a sustentabilidade do setor”, afirma Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

Renato Tasca, coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas no Brasil, acrescenta: “As experiências analisadas permitiram uma visão mais ampliada das estratégias que estão sendo utilizadas pelas operadoras no sentido de reduzir a fragmentação do cuidado e racionalizar o uso dos recursos, melhorando assim a experiência do beneficiário e reduzindo desperdícios”.

Considerando as peculiaridades do setor, a publicação destaca aspectos importantes e recomendações com a finalidade de subsidiar as operadoras na mudança de modelo assistencial. O envelhecimento da população e o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas, incluindo a inatividade física, a alimentação inadequada, o tabagismo e o uso abusivo de álcool, exigem a adoção de estratégias para beneficiários que não apresentam condições crônicas, mas precisam melhor gerenciar o seu estilo de vida.

“Neste sentido, é fundamental aprimorar os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Promoprev) para que sejam mais efetivos no engajamento de participantes, com integração crescente da rede assistencial e monitoramento contínuo dos resultados alcançados”, destaca Alberto Ogata, coordenador do Laboratório de Inovações da Saúde Suplementar.

Ao todo, 41 projetos foram inscritos no Laboratório. As 12 experiências inovadoras selecionadas para esta publicação final estão sistematizadas e publicadas na Série Técnica NavegadorSUS.

[Confira aqui a publicação](#)

RECUPERAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE SE APOIA NA CONTRATAÇÃO POR EMPREGADORES

IESS –25/06/2018

IESS destaca necessidade de novos produtos de saúde que facilitem o acesso por parte dos trabalhadores, como planos com franquia e coparticipação

“A recuperação que o mercado de planos de saúde médico-hospitalares está ensaiando se apoia exclusivamente na contração de planos por empregadores”, revela Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Segundo dados do IESS, o aumento de 0,1% no total de beneficiários do setor se deve unicamente aos planos coletivos empresariais, aqueles fornecidos aos trabalhadores pela empresa onde atuam.

O executivo aponta que o total de planos coletivos por adesão e de planos individuais ou familiares, aqueles contratados e pagos

exclusivamente por pessoas físicas continua caindo. Nos 12 meses encerrados em abril de 2018, o total de vínculos com planos pagos pelos empregadores aumentou 0,9%, enquanto o de planos pagos por pessoa física recuou 1%, na modalidade coletivo por adesão, e 1,5%, na modalidade individual ou familiar. “É importante notar que apesar de a economia nacional estar reaquecendo, os trabalhadores ainda não se sentem confiantes ou ainda não estão com crédito suficiente para acessar um de seus maiores desejos, o plano de saúde”, destaca. De acordo com pesquisa recente do Ibope, o plano de saúde é o terceiro bem mais desejado pelos brasileiros, atrás apenas da casa própria e de educação.

Para mudar esse cenário, o IESS defende medidas como o desenvolvimento de novos produtos para a saúde suplementar, como os planos populares e, principalmente planos com franquia e coparticipação, que segundo Carneiro têm mensalidades mais acessíveis. “Esses mecanismos tornam os planos mais acessíveis e, para as operadoras, têm a vantagem de aproximar o beneficiário das decisões de uso dos serviços de saúde, o que tende a reduzir desperdícios”, avalia Carneiro.

De acordo com pesquisa recente do Ibope, o plano de saúde é o terceiro bem mais desejado pelos brasileiros, atrás apenas da casa própria e de educação.

IDEC ESTUDA RECURSO APÓS ANS DERRUBAR LIMINAR QUE LIMITAVA REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS

O Globo –23/06/2018

Para instituto, nova decisão da Justiça considera apenas argumentos das empresas

RIO - O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) estuda as possibilidades de recursos à Justiça, após a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conseguir derrubar, na sexta-feira, a liminar que limitava o aumento dos planos de saúde individuais a 5,72%. Sem a limitação judicial, a ANS divulgou o índice de 10% como percentual máximo de reajuste destes contratos que somam cerca de oito milhões de beneficiários, o que representa 17% dos 47,3 milhões de usuários da saúde suplementar.

O percentual, muito acima do índice de inflação oficial do país, o IPCA — que acumula alta de 2,76% em 12 meses encerrados em abril — é o mais baixo concedido pela ANS desde 2014, quanto o reajuste havia sido de 9,65%. Desde então, o percentual aplicado tem sido de 13,5%, a cada ano.

O Idec lamentou a decisão do desembargador Neilton dos Santos do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, que segundo a entidade, considerou apenas “os argumentos das empresas sem levar em conta os fatos gravíssimos que o Idec e as organizações de defesa do consumidor vem denunciando há anos”.

Para o instituto, a decisão “desconsidera a gravidade dos erros na metodologia dos reajustes aplicados pela ANS e ignora suas falhas, permitindo que a lesão aos consumidores se agrave”.

O pedido liminar, continua o Idec, vai além do índice de reajuste, ele coloca em discussão a metodologia utilizada para o cálculo pela ANS, apontada pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

Empresas se dizem que reajuste de 10% está aquém da necessidade do setor

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), por sua vez, apesar de afirmar não comentar ações em tramitação e que decisões judiciais devem ser respeitadas, diz que estar confiante que a “solução para o tema será muito bem embasada com o devido apoio técnico da agência reguladora e de toda a sociedade da saúde suplementar”.

A Abramge ressalta ainda que o controle do reajuste dos planos individuais e familiares é um fator de redução da oferta desse produto e acrescenta que o “índice divulgado fica aquém da necessidade do setor, que segundo o relatório Taxas Globais de Tendência Médica 2018, elaborado pela Aon Consultoria, que avalia a inflação médica em mais de 90 países de todos os continentes, estima em 19% os custos no Brasil em 2018, assim como trabalhos apresentados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS”.

Apesar de admitir que a aplicação de índices de reajustes, além da capacidade de absorção por parte do consumidor, pode levar a perda de clientes, a associação afirma que “não existe setor que possa funcionar sem a reposição dos seus custos e não será desprezando os devidos cálculos técnicos”.

O BRASIL MUDOU E A SAÚDE TAMBÉM

O globo –23/06/2018

O que se busca é o debate da atualização da Lei dos Planos de Saúde e o tão almejado marco regulatório, mas com tranquilidade e transparência

A Lei dos Planos de Saúde completa neste mês de junho 20 anos de existência. Mas, desde sua criação e implantação, em 1998, o setor passou, assim como o país, por diversas transformações, o que é justamente um dos motivos para que a modernização da lei se faça necessária. A Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) acompanhou ativamente a formulação da Lei 9.656, uma das mais avançadas do mundo devido à cobertura assistencial proposta, e mesmo com todas as suas nuances, cumpriu até aqui o papel que lhe coube. A saúde mudou, a tecnologia utilizada hoje é outra. Uma nova

lei precisa fazer sentido para os tempos atuais e ser realmente eficaz e equilibrada.

Embora esteja completando duas décadas, a lei pode ser considerada relativamente recente, já que os planos de saúde existem há muito mais tempo do que isso. O próprio Sistema Abramge foi fundado há mais de 50 anos com o intuito de disciplinar a atuação das empresas do setor. Em 1990, foi criado o Conamge (Conselho de Autorregulamentação de Medicina de Grupo) para promover a regulamentação, fiscalização, registro e controle das operadoras que integram o sistema de planos privados de saúde. Portanto, o Conamge é anterior até mesmo ao Código de Defesa do Consumidor e assumiu o importante papel de fazer a interlocução entre beneficiários, prestadores de serviços e operadoras de plano de saúde. Devido à criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) foi extinto em 2000.

Assim como fez há 20 anos, quando da criação da lei, a Abramge, como principal representante das operadoras, sempre considerando os interesses dos milhões de beneficiários de planos de saúde,

batalha pela formulação de um marco regulatório moderno, equilibrado, com mais segurança jurídica, e que seja voltado e pensado para este setor econômico tão imprescindível no Brasil que, segundo trabalho do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, é responsável por cerca de 3,4 milhões de empregos diretos e indiretos, ou seja, 8,0% do total da força de trabalho no país. Assim é a saúde suplementar.

As operadoras de planos de saúde deverão movimentar na economia brasileira neste ano, aproximadamente R\$ 200 bilhões, dos quais algo em torno de R\$ 170 bilhões injetados no atendimento assistencial de seus quase 48 milhões de beneficiários. Mesmo com a pertinente importância social da atividade, as operadoras de planos de saúde têm uma das maiores cargas tributárias dos setores econômicos brasileiros, alcançando mais de 26% em tributos diretos e indiretos.

É necessário tornar toda a discussão que envolve o serviço de planos de saúde mais coerente, participativa, para que todas as partes interessadas se posicionem quanto às mudanças e seus possíveis impactos. Mesmo sendo um dos maiores desejos da população, o acesso à saúde tem se tornado cada vez mais restrito, principalmente para as regiões do interior do Brasil, onde os hospitais e as Santas

Casas de Misericórdia estão com dificuldades em manter seus serviços. As consequências são: leitos sendo fechados; número de médicos insuficiente; inexistência de acesso a exames simples e, muito menos, a exames e tratamentos complexos.

O que se busca é o debate da atualização da Lei dos Planos de Saúde e o tão almejado marco regulatório, mas com a devida tranquilidade e transparência que o tema promove para que surja uma lei mais sólida, com maior segurança para todas as partes envolvidas da saúde suplementar, desde o beneficiário, até os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos. É preciso haver um profundo estudo técnico com a seriedade que este assunto requer.

No mundo todo esse é um debate pelo qual diversos países têm passado. Aqui no Brasil o sistema de saúde suplementar em termos técnicos, já é de excelência, mas deve-se enviar todos os esforços para que, na lei e na prática, se alcance um modelo mais justo, estável e eficaz, e, principalmente, acessível a uma maior parcela da sociedade. A saúde da Nação agradece.

Reinaldo Scheibe é presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge)

JUSTIÇA SUSPENDE DECISÃO QUE LIMITAVA REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Folha de S. Paulo –22/06/2018

Teto para modalidade passa a ser de 10%, percentual acima da inflação

SÃO PAULO A decisão de [limitar o reajuste anual de planos de saúde](#) individuais e familiares a 5,72% foi suspensa nesta sexta-feira (22) pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

Com isso, o teto fixado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para o reajuste no período entre maio de 2018 e abril de 2019 passa a ser de 10%. Este percentual atinge cerca de 8 milhões de beneficiários —17% dos 47,3 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil, segundo a agência.

Quando a decisão liminar de limitar o reajuste foi concedida, no dia 12, o juiz afirmou que indicou o limite de 5,72% de acordo com o IPCA (índice de preços ao consumidor) do setor de saúde e cuidados especiais. Conforme a liminar, ficou evidente nos apontamentos do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) que a ANS não deixa claro o critério para estabelecer os aumentos, o que abre margem para arbitrariedades.

Em recurso, a agência relatou que o cálculo desse índice é feito a partir da média ponderada dos reajustes aplicados aos planos coletivos e amparado em "estudos internacionais que legitimam todos os percentuais já autorizados".

O uso do IPCA para a definição de tal valor, portanto, seria "equivocado", uma vez que este leva em conta a variação de preços —enquanto o reajuste de planos leva em conta os custos envolvidos.

O desembargador federal Nelson dos Santos, do TRF-3 escreve que "parece ser inquestionável" que os reajustes não possam ser

pautados pela inflação e que, se fosse esse o caso, o papel de reguladora da ANS seria nulo.

Em nota, o Idec afirmou lamentar a decisão, "tomada apenas considerando os argumentos das empresas". O instituto diz que a decisão desconsidera "a gravidade dos erros considerados na metodologia dos reajustes aplicados pela ANS e ignora as falhas da metodologia atual, permitindo que a lesão aos consumidores se agrave".

O Idec informa que estudará possibilidade de recurso, amparado em erros na metodologia apontados pelo Tribunal de Contas.

No país, 458 operadoras comercializam planos individuais. O reajuste só pode ser aplicado a partir da data de aniversário de cada contrato. No entanto, é permitida a cobrança de valor retroativo entre a aplicação e o aniversário do contrato.

AUMENTO DE 19% EM COLETIVOS

Os planos de saúde coletivos por adesão com até 30 beneficiários terão, a partir de 1º julho, mensalidades reajustadas em até 18,85%.

O aumento no preço desses convênios é negociado diretamente entre as operadoras e as administradoras, como a Qualicorp, ou os grupos, que podem ser sindicatos ou associações de classe. A ANS não regula esse valor, diferentemente do que ocorre com planos individuais e familiares.

Na Amil, o aumento dos planos coletivos por adesão será de 18,85%. Na Bradesco Saúde, há avisos de aumento de 18,4%. Na SulAmérica, 17%.

A Bradesco Saúde informou que o reajuste é baseado em contrato e que ele tem "como referência os índices de sinistralidade do plano e da VCMH (Variação dos Custos Médico-Hospitalares)". A Amil disse que, além dos custos médicos, há o impacto do novo rol de procedimentos. A SulAmérica afirmou que os reajustes cumprem regras da ANS.

A Qualicorp afirmou que negocia sempre o menor reajuste possível e que oferece alternativas para os clientes.

QUATRO RAZÕES QUE EXPLICAM O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde –21/06/2018

Campanha da FenaSaúde no Site Minha Vida ajuda a esclarecer a questão

O site www.minhavidacom.br publicou em 19/6 uma matéria abordando quatro razões que explicam o reajuste dos planos de saúde: longevidade, investimentos em desenvolvimento tecnológico, utilização crescente dos planos e investimento em medicamentos.

As explicações do texto contam com reforço em vídeos da campanha da FenaSaúde sobre o tema, estrelados pelo economista Luís Carlos Ewald, mais conhecido com Sr. Dinheiro, que explica mais detalhadamente cada uma dessas razões.

[>> Para conferir o material na íntegra, clique aqui](#)

OS MALABARISMOS DAS EMPRESAS PARA CORTAR CUSTOS COM PLANO DE SAÚDE

Valor Econômico –20/06/2018

Os planos de assistência médica corporativa, que há quase duas décadas vêm sendo reajustados acima da inflação, estão colocando em cheque a própria saúde das empresas - e obrigando a buscar alternativas para conter as despesas com esse benefício aos funcionários. "Mudar de operadora pode reduzir os custos temporariamente, mas não resolve. É preciso investir numa estrutura de gestão profissional para estimular programas de prevenção e evitar procedimentos de alto custo que não sejam necessários", diz Luiz Edmundo Rosa, presidente da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH).

Rosa lembra que a assistência médica superou o investimento em treinamento de pessoal e só fica atrás dos gastos com a folha de pagamento, respondendo, em média, por 12% dos custos fixos das empresas, podendo chegar até a 20% em algumas delas. "Apesar disso, há uma tendência nas corporações de entregar esse assunto a profissionais de escalões inferiores", ao citar recente pesquisa da ABRH, feita em parceria com a Aliança para a Saúde Populacional (Asap).

Segundo o levantamento - que consultou 668 empresas entre maio e junho de 2017, representando 1,3 milhão de empregados e 3 milhões de beneficiários -, apenas 9% delas destacam um diretor para cuidar da gestão da saúde dos colaboradores, enquanto 36% entregam essa responsabilidade a gerentes. A maioria deixa essa área a cargo de coordenadores, analistas ou técnicos. "A perplexidade de muitas companhias diante da escalada dos custos médicos tem a ver com a falta de importância que costumam dar à gestão da saúde corporativa."

A pesquisa revelou dados preocupantes: quase metade (46%) das empresas não trabalha com indicadores de saúde (essenciais para monitorar a qualidade do atendimento), 40% não adotam a coparticipação dos funcionários no pagamento de consultas e exames (importante para evitar repetições e abusos), 56% não investem em alimentação saudável e 51% não têm programas de apoio a grupos de risco, como hipertensos, diabéticos e obesos. Quanto ao peso crescente da conta-saúde, o estudo mostrou que 55% das empresas consultadas tiveram aumento superior a 10% nos planos de assistência médica em 2016 (no caso de 14% delas, acima de 20%) e só 17% acreditam que os custos nessa área podem baixar nos próximos dois anos.

Se esses resultados mostram que boa parte das empresas não entrou em campo, efetivamente, para conter a alta acelerada de preços na saúde, também revelam que há cada vez mais companhias preocupadas com esse tema. "O número de empresas que nos procuram para redesenhar os seus planos de saúde cresceu muito

nos últimos três anos", afirma Rafaella Matioli, diretora da consultoria de saúde corporativa Aon. "Cerca de 22% delas estão fazendo gestão de saúde de forma contínua, indo além de medidas pontuais."

Rafaella vê duas vertentes de ação para a redução de gastos na assistência médica corporativa: mudar planos de abrangência nacional para regional, incluindo a coparticipação dos funcionários nas despesas; e investir na gestão de saúde com mais profundidade, criando uma estrutura de atenção primária, na qual o médico de família, apoiado por um banco de dados com histórico dos pacientes, faça um primeiro diagnóstico e os oriente na busca dos especialistas mais indicados.

Ela nota que a inflação médica tende a continuar num patamar mais alto pelo avanço natural da medicina, que a cada ano desenvolve novos procedimentos. "Mas ter à disposição um exame inovador não significa que ele seja sempre recomendado. Se não houver um cuidado na atenção primária de saúde por parte da empresa, o paciente pode ser induzido a fazer exames e até cirurgias desnecessárias, encarecendo a conta." Com base na experiência acumulada pela Aon, Rafaella estima que cerca de 30% dos exames pedidos pelos médicos brasileiros sejam dispensáveis.

O relatório mais recente sobre a atuação da rede privada de saúde no país, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com dados de 2016, indica certo exagero na solicitação de exames. Segundo o documento, os brasileiros beneficiários dos planos de saúde particulares realizaram naquele ano 7 milhões de ressonâncias magnéticas e outros 7 milhões de tomografias computadorizadas, o que dá uma média de 149 exames por mil pacientes nos dois casos. Em relação a 2014, houve aumento de 25% em ressonâncias e 21% em tomografias.

"Em média, o Brasil realiza quase três vezes mais esses exames de alto custo do que os países da OCDE", compara Luiz Edmundo Rosa, referindo-se à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que congrega 35 nações entre as mais desenvolvidas. Outro procedimento superestimado no Brasil, este com certa tradição, é a cesariana, adotada em 84% dos partos feitos na rede privada em 2016 - índice acima dos 18,6% da média mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Considerada a prática na rede pública de saúde, a taxa brasileira de cesarianas é de 55,6%, só superada pela da República Dominicana, com 56%.

Por essas e outras, o custo da assistência médica corporativa brasileira cresceu num ritmo três vezes maior do que o índice de inflação no período de 2005 a 2017 - acumulando aumento de 270% ante a variação de 83% no índice geral de preços ao longo desses anos. Com isso, o peso da assistência médica nas despesas com pessoal passou de uma média de 5% para 12% nas empresas e, segundo especialistas, pode chegar a 14% em dois anos. "O envelhecimento da população responde por boa parte desse aumento. Antes o sistema de saúde cuidava principalmente de enfermidades transmissíveis, enquanto hoje é mais procurado para o tratamento de doenças crônicas, que demandam mais tempo", explica Rafaella.

Diante do desafio do excesso de procedimentos caros, somado à expectativa de vida mais alta dos beneficiários, a direção da empresa não pode mais dar-se ao luxo de deixar a gestão de saúde nas mãos das operadoras, diz médica Márcia Agosti, gerente de programas de saúde da General Electric. "É preciso se aproximar de todos os atores envolvidos na questão para fazer as correções de rumo necessárias. Isso significa criar uma força-tarefa dentro da companhia, com gente de recursos humanos, financeiro e do setor de compras, e sentar-se à mesa com representantes dos trabalhadores, prestadoras de serviços e consultorias especializadas em busca de soluções."

No caso da GE Brasil, o envolvimento direto da empresa na gestão de saúde começou dez anos atrás, com a implantação de vários programas de bem-estar, e evoluiu para a adoção da coparticipação dos funcionários no pagamento de consultas e exames, em seguida para a redução do número de planos de saúde - eram 13 e hoje são sete, para atender 12 mil funcionários e suas famílias - e finalmente à conversão de 70% dos planos para a modalidade pós-paga, que permite uma margem maior na negociação dos reajustes. Em 2011, a empresa criou um comitê multidisciplinar, com oito membros, para avaliar a qualidade do atendimento. O comitê procura identificar casos que sugerem uma certa dispersão dos pacientes na busca de tratamento e ajudá-los a ter mais foco.

"Percebemos que o maior motivo para um beneficiário procurar médicos diferentes de uma mesma especialidade estava no atendimento insatisfatório na primeira consulta. Isso nos ajudou a qualificar a rede de atendimento e a reduzir de 6,5 para 4 o número de consultas ao ano por beneficiário", conta Márcia. O grupo que realizava mais de 13 consultas por ano, que representava 22% do total e mereceu atenção especial, hoje não passa de 12%. Com essas medidas, a GE Brasil derrubou em 15% o custo real per capita nos planos de assistência médica e, desde 2011, tem conseguido manter os reajustes anuais abaixo de 10% - à exceção de 2017, quando a empresa passou por uma reestruturação, com vendas e aquisições, e a conta-saúde aumentou 13,4%.

Outra experiência interessante ocorre no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo, que em 2010 decidiu implantar um programa de bem-estar e internalizar o tratamento mais dispendioso de seus três mil funcionários, deixando para a operadora de saúde apenas consultas e procedimentos mais simples. Para fazer esse atendimento primário e encaminhar os colaboradores aos tratamentos adequados, o hospital montou um ambulatório com 18

profissionais de saúde, incluindo dois médicos clínicos, dois geriatras e um médico do trabalho. Além disso, inspirado num modelo adotado pela Universidade Stanford, dos Estados Unidos, reservou um andar inteiro para atividades físicas e de lazer dos empregados, colocando à disposição não só uma academia completa, mas também aulas de ioga, balé e canto. "Ao usar a expertise que temos a nosso favor, conseguimos não só melhorar a qualidade do atendimento aos funcionários como reduzir em 40% o custo da assistência médica", diz Leonardo Mendonça, coordenador de saúde ocupacional e qualidade de vida do Oswaldo Cruz.

Segundo Mendonça, o número de empregados do hospital que fazem atividade física diária aumentou 39% nos últimos oito anos, contribuindo para reduzir em 31% o total de pessoas afetadas pelo stress, em 35% o grupo com colesterol alto e em 36% o bloco dos hipertensos. "O custo per capita de quem aderiu aos programas de bem-estar é 35% menor do que o de quem não aderiu. Mas apenas 2% dos funcionários não aderiram." Os resultados animaram a diretoria do hospital a construir uma nova unidade, que permitirá estender o mesmo nível de atendimento aos quatro mil familiares dos funcionários. Em 2017, mesmo com o reajuste de 16,4% da operadora de saúde contratada pelo hospital, o custo total da assistência médica subiu 10,95% no Oswaldo Cruz.

O médico Ricardo de Marchi, diretor do Centro de Performance Humana (CPH), especializado em estratégia de saúde, observa que não há fórmulas prontas para as empresas evitarem o alto custo da assistência médica. "Assim como tratamos os pacientes individualmente, devemos olhar cada empresa como única, respeitando as suas particularidades na hora de planejar mudanças no atendimento médico aos funcionários. É preciso levar em conta o tamanho da companhia, a sua abrangência, a sua cultura." O que vale para todas, segundo ele, é a educação da população de usuários. "Os colaboradores precisam ser incentivados a se autocuidar e a usar responsabilmente a rede de apoio de saúde que a empresa lhes proporciona."

Para passar esses valores de forma efetiva aos empregados, Marchi sugere como primeiro passo que o comandante da empresa adote para si os hábitos saudáveis que pretende disseminar entre os colaboradores. "Os CEOs que não acham tempo para atividades físicas e costumam adiar as consultas médicas precisam ser sensibilizados para cuidar da própria saúde. Ao fazer isso, eles vão induzir diretores e gerentes a fazer o mesmo e reforçar a importância de ações de prevenção de doenças para toda a corporação."

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