

19 de Julho de 2017

SALA DE SITUAÇÃO: DADOS DE JUNHO ESTÃO DISPONÍVEIS

ANS –18/07/2017

Estão disponíveis no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os números de beneficiários de planos de saúde relativos a junho de 2017. As informações estão disponíveis na ferramenta Sala de Situação, que foi atualizada nesta terça (17/7).

Em junho, o setor apresentou 47.383.248 de beneficiários em planos médico-hospitalares, o que representou um crescimento de

155.153 beneficiários em relação ao mês anterior. Nos planos exclusivamente odontológicos, o aumento foi de 1.582.597, totalizando 22.669.357 de beneficiários nessa modalidade.

Em comparação com o mês de junho de 2016, seis estados apresentaram aumento de beneficiários em planos de assistência médica: Acre, Amazonas, Ceará, Piauí, Santa Catarina e Tocantins.

Confira nas tabelas abaixo o número de beneficiários em planos de assistência médica e odontológica detalhados por modalidade de contratação e por Unidade da Federação.

[Clique aqui e acesse a Sala de Situação para visualizar as informações completas do período.](#)

PLANOS DE SAÚDE DISCUTEM COM PADILHA RECRIAÇÃO DE CONSELHO

Agência Estado –15/07/2017

A Abrange, representada pela Amil, se reuniu recentemente com Eliseu Padilha em agenda extraoficial para propor a recriação do extinto Conselho Nacional de Saúde Suplementar – que teve atuação entre 1999 e 2000.

Ele antecedeu a ANS e foi extinto depois da criação da agência.

NA CONTRAMÃO DO MERCADO, SAÚDE SUPLEMENTAR CRIA POSTOS DE TRABALHO

Monitor Digital –14/07/2017

Na contramão do mercado brasileiro, o total de trabalhadores com carteira assinada empregados pela 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) cresceu 1,4% nos 12 meses encerrados em maio, de acordo com o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, o novo boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (less). No mesmo período, o total de empregos no mercado nacional recuou 2,5%. “O indicador mostra, claramente, que a cadeia de saúde suplementar é mais estável e resiliente à crise econômica brasileira do que o conjunto da economia do país”, avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do less. No total, o setor emprega 3,4 milhões de pessoas, ou 7,9% da força de trabalho no país.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o less criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em maio de 2017, o índice para o estoque de empregos do mercado nacional é de 109, enquanto o índice da cadeia da saúde suplementar é de 135.

Carneiro destaca que desde o segundo semestre de 2014, o indicador geral tem apresentado queda nos demais setores da economia. Por outro lado, o saldo da cadeia produtiva atrelada à saúde suplementar continuou crescendo. “Note que, no período de setembro de 2014 a maio de 2017, mais de 2,6 milhões de beneficiários saíram dos planos de saúde e, mesmo assim, o setor continuou contratando”, analisa.

Na cadeia da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), que responde por 2,4 milhões de ocupações ou 71,3% do total do setor.

Já o subsetor de fornecedores emprega 818,9 mil pessoas. O que equivale a 24,2% dos empregos na cadeia da saúde suplementar. As operadoras e seguradoras empregam 149,6 mil pessoas ou 4,4% do total.

NOVAS REGRAS SOBRE JUNTA MÉDICA PODEM ATRASAR TRATAMENTOS

IDEC –14/07/2017

No final de junho, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) lançou uma nova norma que propõe solucionar divergências entre as operadoras e os profissionais de saúde de confiança do consumidor. A RN (Resolução Normativa) nº 424/2017, que entra em vigor em 27 de agosto, define que será criada uma junta médica para “desempatar” a situação.

A divergência entre a operadora e o profissional acontece, principalmente, quando o procedimento ou material sugerido é de alto valor. Para quimioterapia, por exemplo, o médico pode solicitar a aplicação de injeções que diminuem as náuseas do paciente. Contudo, mesmo com essa justificativa, o operadora pode negar o pedido por entender que ele é desnecessário.

De acordo com a agência, a norma traz uma maior segurança e acesso a informação ao paciente. Uma vez feito o desempate, o consumidor deve ser informado do resultado da junta em linguagem clara e adequada, além de receber todos os documentos referentes ao assunto.

Contudo, Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Idec, aponta controvérsias sobre a eficácia dessa resolução e afirma que o processo de avaliação para desempate pode ser mais demorado do que o prometido pela ANS.

“O profissional responsável pela mediação pode solicitar exames complementares, o que gera um tempo de espera superior para resolução do problema de saúde. Caso o consumidor não queira se submeter a novos procedimentos, o parecer da operadora automaticamente ‘vence’” alerta.

Escolha dos mediadores

A norma também possui outros pontos questionáveis. A escolha dos desempataadores, por exemplo, não será tão neutra quanto sugere a resolução.

A junta médica será composta por três profissionais: o médico ou dentista que solicitou o procedimento, a operadora e o mediador. Para a escolha dessa terceira pessoa, o plano deverá sugerir quatro nomes, entre os quais um será selecionado.

“Esse processo de indicação dos mediadores faz com que a empresa indiretamente escolha o método para o tratamento, em vez de ser selecionado o mais adequado ao consumidor”, aponta a pesquisadora.

PESSOAS COM MAIS DE 80 ANOS TERÃO PRIORIDADE SOBRE OUTROS IDOSOS

Consultor Jurídico –13/07/2017

A partir de agora, pessoas com mais de 80 anos terão preferência no atendimento em relação aos demais idosos. A mudança no Estatuto do Idoso que estabelece essa prioridade especial — [Lei 13.466/2017](#) — foi sancionada pelo presidente Michel Temer (PMDB) no dia 12/7.

A [Lei 10.741/2003](#) considera idosas pessoas a partir de 60 anos. O projeto saiu do Senado no dia 21 de junho e seguiu para sanção presidencial.

Uma das mudanças envolve diretamente a Justiça. O parágrafo 5º do artigo 71 define que, “dentre os processos de idosos, dar-se-á prioridade especial aos maiores de oitenta anos”.

Além disso, houve a inserção do parágrafo 2º no artigo 3º: “Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos”.

Outra alteração, exclusiva para a saúde, foi feita no artigo 15, que passa a ter o parágrafo 7º: “Em todo os atendimentos de saúde, os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência”.

SAÍDA DE SERVIÇO

Folha de São Paulo –13/07/2017

Com a nova regra de cobrança do ISS (Imposto sobre Serviços), as operadoras de saúde propuseram ao governo a criação de um fundo ou órgão para recolher o tributo.

A medida seria uma solução para o aumento de custos operacionais decorrentes da mudança — o recolhimento passará a ser feito no município onde o serviço é prestado, e não mais na cidade-sede da companhia.

Empresas que operam planos de saúde, leasing, cartões de crédito e outros serviços têm se articulado para encontrar saídas com a Casa Civil, afirma Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, que reúne operadoras de saúde.

O setor chegou a dizer que deixaria de operar em 70% dos municípios do país.

“A ideia é criar uma espécie de fundo federal, que redistribuiria o valor entre as cidades. Outra opção seria fazer a cobrança pelo Estado.”

A Casa Civil diz, em nota, que o tema está em estudo, sem prazo para conclusão.

ANS ATUALIZA AS FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DO IDSS

ANS –13/07/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou as fichas técnicas dos indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) – Ano-base 2016. O objetivo é trazer mais clareza, transparência e um melhor entendimento sobre questões operacionais para cálculo dos indicadores.

As atualizações realizadas nas fichas que compõem o cálculo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) foram detalhadas na Nota Técnica nº 28/2017/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES.

Todas as atualizações foram aprovadas pela Diretoria Colegiada da ANS e debatidas previamente com os atores do setor durante as Reuniões do Grupo Técnico de Qualificação de Operadoras que vem acontecendo desde dezembro de 2016.

[Confira na íntegra os arquivos atualizados na área do Programa de Qualificação de Operadoras](#), clicando em: Ano 2017 (Ano-base 2016) – Vigente a partir de 01/01/2016

CRIMINALIZAÇÃO DE EXIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA URGÊNCIAS

Agência Senado –12/07/2017

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) aprovou no dia 12/07 substitutivo a projeto que veda e enquadra como crime a exigência de autorização prévia de operadoras de planos de saúde para atendimento de casos de urgência ou emergência. A proposta ([PLS 480/2015](#)) prevê pena de detenção e multa e seguirá agora para a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), onde receberá decisão terminativa.

O substitutivo foi apresentado pelo senador Paulo Paim (PT-RS), como alternativa ao texto original, de autoria do ex-senador Marcelo Crivella, hoje prefeito do Rio de Janeiro. A intenção de Crivella era enquadrar como cláusula abusiva a exigência de autorização prévia para todos os tipos de atendimento cobertos pelos planos, não apenas os de urgência e emergência.

Ainda pelo texto original, a tipificação dessa exigência como crime no Código Penal se aplicaria a todas as situações, mas Paim também restringiu a medida apenas aos casos de urgência e emergência. O infrator poderá receber pena de detenção de três meses a um ano, além de multa. Se a recusa de atendimento resultar em lesão grave ou morte, o tempo de detenção poderá ser aumentado em metade ou triplicado.

Equilíbrio do mercado

Ao justificar a decisão de restringir os efeitos do projeto aos casos de urgência e emergência, Paim destacou o impacto que o fim da exigência de autorização prévia para todos os procedimentos cobertos poderia ter sobre a “estabilidade e harmonia” do mercado de planos de saúde. Saliou a necessidade de garantia da continuidade e da qualidade do atendimento aos clientes.

No relatório, Paim destacou ainda nota técnica encaminhada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que descreve as autorizações prévias como mecanismos de regulação aceitos no mercado de saúde complementar, desde que não impeçam ou dificultem o atendimento em situações de urgência e emergência. Para evitar esses casos, lembrou já existe regulação específica adotada pelo Conselho de Saúde Suplementar.

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