

18 de julho de 2018

ANS PRETENDE MANTER A REGRA DOS 40% DE COPARTICIPAÇÃO NOS PLANOS DE SAÚDE, DIZ DIRETOR

O Globo –18/07/2018

Segundo Rodrigo Aguiar, papel da agência é equilibrar interesses de mercado e dos usuários dos planos

RIO - Um dia depois de a ministra Cármen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal (STF), suspender a regra que fixa um limite de 40% para exames e consultas em planos de coparticipação e franquia, o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS afirma que o percentual é adequado e que só será alterado em razão da decisão de outros órgãos. Em sua decisão, a ministra argumentou que o tema deveria ser discutido no Congresso. A decisão atendeu a um pedido do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). A norma entraria em vigor no fim de dezembro. Agora, depende da análise do plenário do STF.

A ANS tem competência para editar essa resolução?

- Essa análise não é feita por nós, é feita pela Advocacia-Geral da União (AGU). E a AGU teve oportunidade de se manifestar nesse processo que resultou na Resolução Normativa 433 em, ao menos, três vezes, e em nenhum momento se aventou a possibilidade de ilegalidade ou inconstitucionalidade da norma.

Faltou debate com a sociedade?

- Nossa opinião sobre a norma se mantém, a gente entende que essa norma foi a que observou, na história da ANS, as melhores práticas regulatórias possíveis. Ela observou o rito de participação popular. Essa crítica é infundada.

A que o senhor atribui a reação da sociedade e do Judiciário?

- O Judiciário ainda não apreciou a norma, fez uma análise quanto à possibilidade de a ANS editar ou não a norma. Ainda não analisou a resolução. Quanto à sociedade, em geral, houve um desentendimento geral e irrestrito sobre a norma. Ela propõe que o consumidor que tem um contrato de coparticipação e franquia, tendo de pagar três, quatro, cinco vezes a sua mensalidade porque tem um percentual a arcar do procedimento, estará protegido ao saber que isso não pode mais acontecer. Um dos limites é o valor da mensalidade. E, quanto ao percentual, é uma inverdade que a ANS orientava as operadoras a praticar percentuais de 30%.

Mas há um documento da ANS que falava que percentuais acima dos 30% representavam restrição severa ao uso...

- Os 30% nunca foram balizador para o mercado. Temos aqui processos sancionadores analisados pela ANS com percentuais diversos, que partem de 10% e chegam a 60%, 70% de coparticipação do valor do procedimento. Era, no máximo, uma sugestão de aplicação. Se não tinha sido deliberado pela diretoria colegiada, mesmo que o contrato tivesse percentual superior, aquele documento não era suficiente para aplicar uma penalidade à operadora.

A reação é desproporcional?

- Mais que isso: irreal. As pessoas estão dizendo que é um absurdo a ANS ampliar o percentual de coparticipação, mas isso não é verdade. ANS não ampliou, pelo contrário, pela primeira vez limitou: não pode cobrar acima de 40%. O que fizemos foi limitar, e muito, a atuação das operadoras. Caso a ação (da OAB) no STF, no fim, seja julgada improcedente, espero que a gente possa prosseguir com a aplicação da normativa, que a gente consiga fazer essa apresentação mais ampla, mais verdadeira à sociedade.

Em sua decisão, a ministra Cármen Lúcia diz que “saúde não é mercadoria. Vida não é negócio”. Faltou sensibilidade para determinar o percentual-limite de 40%?

- A gente está bastante seguro quanto aos critérios utilizados. Esse percentual não onera excessivamente o consumidor, e permite que os produtos sejam formados de acordo com o seu perfil. Aquele que entender que prefere pagar uma mensalidade menor e um percentual maior de coparticipação contrata esse produto. E o que preferir o contrário paga uma mensalidade maior para ter um percentual menor de coparticipação. O nosso objetivo foi ampliar a escolha do consumidor. Quanto mais enrijecermos as regras, menos opções teremos. A maior parte da população brasileira tem um nível de rendimento mais baixo, se não tivermos mecanismos que nos possibilitem a prática de mensalidades menores, essa população nunca vai conseguir contratar um plano de saúde. A partir do momento em que a gente tem uma saúde universal e gratuita que atende a todos, é uma escolha muito individual contratar um plano de saúde.

Há possibilidade de a ANS rever este percentual?

- Não tem razão de ordem técnica para isso. Aconteceria apenas em caso de sermos determinados por alguém, pelo Judiciário, por exemplo. Vamos sempre cumprir determinações de órgãos ou poderes que tenham essa competência para determinar essa ação. Mas as decisões tomadas foram as mais adequadas para a regulamentação do setor da saúde suplementar, para a proteção dos consumidores e para a ampliação do poder de escolha do consumidor.

Apesar dos cuidados, críticos afirmam que a ANS atua a favor das empresas. A que o senhor atribui essa imagem?

- É uma fala apenas repetida. Alegam que a ANS está composta de diretores que observam o interesse das operadoras. Todos os atuais diretores são servidores públicos, então, essa é uma fala que não faz sentido, não corresponde à realidade. Não significa uma crítica efetiva, mas uma retórica de falar mal de agências reguladoras.

De fato, uma das críticas recorrentes à ANS é que ela não trabalha para regular o mercado e proteger o consumidor...

- A gente não trabalha para nenhuma das partes. A gente recebe críticas dos prestadores de serviços, das operadoras, cada qual falando que a gente atua em prol do outro. Isso demonstra que a gente não é em prol de ninguém, mas do sistema de saúde suplementar. A ANS foi criada para proteger o sistema de saúde suplementar. Obviamente, na nossa regulação, a gente considera a vulnerabilidade do consumidor, mas a gente não é um órgão de defesa do consumidor. Nossa atuação tem que ser equilibrada, observar os interesses de todos os envolvidos. Mas considerando a necessidade da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das

empresas, de uma remuneração adequada aos prestadores de serviços. O nosso trabalho é equilibrar todos esses interesses.

A decisão do STF cria insegurança jurídica na atuação da ANS?

'A REGRA ONERA O CONSUMIDOR EM BENEFÍCIO DAS EMPRESAS DE PLANO DE SAÚDE', DIZ PRESIDENTE DA OAB

O Globo –17/07/2018

Para Claudio Lamachia, a ANS está se afastando do papel de reguladora do mercado e de proteção dos usuários

RIO - O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) obteve esta segunda-feira, no Superior Tribunal Federal (STF), a suspensão, de forma liminar, da Resolução Normativa 433, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamentava os percentuais de franquia e coparticipação para os planos de saúde. A norma, que entraria em vigor em 27 de dezembro, estabelecia um teto de 40% para o pagamento de procedimentos médicos.

O percentual, no entanto, poderia chegar a 60%, para os planos empresariais, caso houvesse acordo com os trabalhadores. Para Claudio Lamachia, presidente Nacional da OAB, a norma impõe ônus excessivo ao consumidor e mostra que a ANS não está exercendo a sua função de reguladora de mercado, visando à proteção do consumidor, que é a parte mais fraca. Por isso, diz Lamachia, a OAB decidiu entrar com uma arguição no Supremo em que questiona a constitucionalidade da atuação da ANS nessa resolução.

A OAB questiona a legitimidade da ANS para regular os percentuais de franquia e coparticipação. Mas a agência trata de vários outros artigos da lei de planos de saúde. Porque, nesse caso específico, ela não poderia regular?

- Questionamos a legalidade de todo o ato da resolução, com base na própria previsão de atuação da agência, que, de maneira geral, tem se afastado do seu papel de regular o mercado e proteger o consumidor, comportando-se mais como um sindicato das empresas. Mas poderíamos também ter baseado a ação no descumprimento do Código de Defesa do Consumidor, por onerosidade excessiva aos beneficiários. A regra onera o consumidor em benefício das empresas.

A quem caberia essa regulação?

JUDICIÁRIO NÃO EQUACIONARÁ QUESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –17/07/2018

Presidente do STF suspende norma sobre coparticipação e franquia, e mais uma vez faz falta um enfrentamento mais amplo do custo do atendimento médico

Não foi a primeira vez, e infelizmente, tudo indica, não será a última, que a Justiça se pronuncia no conflito constante em torno do preço dos planos de saúde. Desta vez, coube à própria presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, plantonista

- Não. A norma não está em vigor, então é melhor que seja tomada uma decisão neste momento. E, sendo submetida à instância máxima do Judiciário, a decisão que for proferida vai gerar segurança jurídica absoluta.

- Para criar um critério novo, deveria ser editada lei via Congresso.

A ANS pondera que não havia norma, o que possibilitava cobranças mais altas.

- De fato não havia regra, mas havia um entendimento de que, acima de 30% de coparticipação, estava caracterizada a onerosidade excessiva. Agora os 40% ficariam institucionalizados. E não acredito que haveria margem de negociação do percentual ou redução da mensalidade, como se propaga. Num primeiro momento, pode ser que se mantivessem na prateleira os planos sem franquia ou coparticipação, mas, a exemplo dos individuais, poderiam ter seus preços elevados, o que inviabilizaria a contratação, até o fim da oferta. Você já viu seguro de carro sem franquia? Pois é, acredito que também não teria mais planos sem franquia ou coparticipação.

- A ação altera alguma coisa para quem já paga percentuais de coparticipação na casa dos 40%?

- Nada muda para quem já tem o contrato com coparticipação. Até porque as novas regras só valem para contratos novos, e a partir da entrada em vigência, que estava prevista para o fim de dezembro. Mas vale lembrar que os contratos coletivos são repactuados anualmente. Se conseguirmos suspender as normas, estamos protegendo-os.

Mas hoje não há limite. Quando se considera o percentual abusivo, recorre-se à Justiça, que pode dar ganho ou não para o consumidor.

- Sim, mas se a regra não for considerada ilegal, haverá um enfraquecimento da defesa do consumidor em juízo. A regra onera o consumidor em benefício das empresas de plano de saúde.

Qual é a expectativa, a partir da liminar?

- Espero que esta sensibilize a ANS a discutir mais com a sociedade situações como essa e a adotar o viés dos consumidores. A ANS precisa informar os cálculos feitos para se chegar à regra.

Há alguma previsão de se discutir o modelo dos reajustes aplicados pela agência?

- Ainda não foi questionado pela OAB. Estou examinado para ver se tenho condições. Estou estudando a matéria.

da Corte em recesso, suspender, ontem, de forma liminar, resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula os mecanismos de coparticipação e franquia.

Pela Resolução 433, baixada em junho para vigorar dentro de 180 dias em novos contratos, a aplicação dos dois mecanismos não poderá ultrapassar 40% do custo do procedimento médico. Este teto chegará a 60%, caso haja previsão em convenção coletiva, nos planos empresariais. A ministra suspendeu as normas.

A liminar foi concedida em ação impetrada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), que considera os percentuais abusivos, e será encaminhada para o relator do caso, ministro Celso de Mello.

Como em qualquer conflito sobre o custo da saúde, os interesses em jogo e os ingredientes da questão são, em princípio, irreconciliáveis: em todo o mundo, a inflação da assistência médica aumenta mais que os índices de preços. Sobretudo, portanto, acima dos reajustes salariais, não só devido aos gastos no desenvolvimento tecnológico de equipamentos como também pela pesquisa de novos remédios. Agrava este quadro o envelhecimento da população — caso da brasileira —, necessitada de cuidados mais frequentes e terapias sem interrupção.

Não será um juiz que desembaraçará este novelo. Nem um técnico com alguma ideia brilhante nunca pensada antes. O esforço para se encontrarem alternativas que se encaixem no poder aquisitivo das pessoas precisa ser amplo e em diversas áreas.

Em ações judiciais deste tipo há argumentos de fato importantes, como o de que o segurado dos planos precisa ter alguma

previsibilidade dos custos. Mas também é verdade que as empresas de planos não podem subsidiar seus clientes. Falirão, e os serviços entrarão em colapso.

O sistema de coparticipação e franquias é eficaz, porque ajuda a reduzir o custo total do plano e, no caso dos empresariais, economias podem ser repassadas aos empregados. Mas nada é simples neste universo. Seria necessário aumentar a ofertas de planos, inclusive de empresas internacionais, para que a competição entre eles melhorasse preços, apurasse a qualidade dos serviços e ampliasse os tipos de contratos.

Sempre há algo a ser feito no campo da gestão. Por exemplo, para evitar exames desnecessários. E tudo aquilo que onera o segurado. Não será por meio de medidas heroicas e supostamente definitivas, muito menos por promessas irreais, que esta crise constante nos planos será debelada.

CONSULTAS PÚBLICAS EM ANDAMENTO

ANS –17/07/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está realizando consultas públicas a fim de colher sugestões e contribuições sobre a regulação do setor de planos de saúde.

Confira abaixo os temas e acesse mais informações sobre as consultas.

- [ANS realiza consulta pública para discutir Fator de Qualidade](#)
- [Consulta Pública colherá sugestões sobre o processo de revisão do Rol de Procedimentos](#)
- [Consulta Pública visa aprimorar monitoramento econômico-financeiro das operadoras](#)
- [Prazo prorrogado: Consulta Pública sobre Atenção Primária à Saúde](#)
- [ANS realiza consulta pública para proposta de normativo sobre governança corporativa](#)

STF SUSPENDE RESOLUÇÃO DA ANS QUE PREVÊ COBRANÇA DE ATÉ 40% DOS CLIENTES EM PLANOS DE SAÚDE

O Estado de S. Paulo –16/07/2018

Associação Brasileira de Planos de Saúde - entidade representativa da saúde suplementar - informa que a decisão do STF será melhor analisada e que decisões da Justiça devem ser respeitadas

A presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, suspendeu nesta segunda-feira (16), a resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que prevê que operadoras de planos de saúde poderão cobrar de clientes até 40% do valor de cada procedimento realizado. A novidade foi publicada no Diário Oficial da União em 28 de junho.

A ministra atendeu liminarmente o pedido do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB), que entrou com a ação no STF nesta sexta-feira, 13. O mérito da ação ainda será julgado.

A resolução define regras para duas modalidades de convênios médicos: a coparticipação (quando o cliente arca com uma parte dos custos do atendimento toda vez que usa o plano de saúde) e a franquia (similar à de veículos). De acordo com a OAB, a ANS invadiu as competências do Poder Executivo e do Poder Legislativo ao regulamentar a matéria.

"A referida Resolução institui severa restrição a um direito constitucionalmente assegurado (o direito à saúde) por ato reservado

à lei em sentido estrito, não a simples regulamento expedido por agência reguladora", afirma a petição da OAB.

A OAB chama de abusivo o percentual de 40% que os beneficiários dos planos de assistência à saúde poderão pagar. Ao suspender a resolução, Cármen afirmou que direitos conquistados não podem ser retrocedidos, "sequer instabilizados".

"Direitos conquistados não podem ser retrocedidos sequer instabilizados, como pretendeu demonstrar a entidade autora da presente arguição de descumprimento de preceito fundamental", diz a ministra. "Saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro", comenta a presidente da Suprema Corte.

Segundo a ministra, há uma "inquietação de milhões de usuários de planos de saúde", que estão diante de "condição imprecisa e em condição de incerteza quanto a seus direitos".

Antes da resolução não havia a definição de um percentual máximo para a coparticipação em cada atendimento, mas a diretoria de fiscalização da ANS orientava as operadoras a não praticarem valores superiores a 30% - na prática, portanto, a nova regra amplia o valor máximo que as operadoras podem cobrar dos usuários.

O texto da nova resolução, prevê, porém, que todas as cobranças com franquia e coparticipação estejam sujeitas a um valor máximo por ano.

Esse limite poderá ser aumentado em 50% no caso de planos coletivos empresariais (que representam 67% do mercado de convênios médicos), caso isso seja acordado em convenção coletiva, de acordo com a resolução agora suspensa.

A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem

responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

A OAB critica o modelo de franquia e assinala que a escolha de um procedimento, de acordo com a franquia contratada, "pode significar limitação do atendimento e retardo do diagnóstico, resultando dessas escolhas 'trágicas' que consumidores vão procurar o sistema já doentes e com diagnósticos incompletos, anulando, portanto, quaisquer medidas preventivas".

O presidente da OAB, Claudio Lamachia, comentou a decisão do STF e disse que a ANS "claramente se desviou de sua finalidade" ao editar a norma. "A lei que cria a ANS determina que ela fiscalize o setor visando à proteção e à defesa do consumidor. Claramente ela se desviou de sua finalidade", afirma Lamachia.

Norma seguiu o rito necessário, afirma ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) foi proferida sem que a agência tenha sido ouvida e destacou que a norma nem sequer está em vigor. O órgão diz ter sido notificado da decisão na tarde desta segunda-feira, 16.

Em nota, a ANS acrescentou que tampouco teve conhecimento da ação da OAB e "editou a norma observando rigorosamente o rito para edição de ato administrativo normativo, especialmente quanto à oportunidade de participação da sociedade".

NOTA DA ANS

ANS –16/07/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que foi notificada da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) de suspender a Resolução Normativa nº 433, que regulamenta as regras de coparticipação e franquia nos planos de saúde.

A ANS acrescenta que a citada norma não está em vigor e destaca que a decisão foi proferida sem que a ANS tenha sido previamente ouvida. Tal decisão já foi encaminhada à Advocacia Geral da União (AGU) para a adoção das providências cabíveis.

ASSISTÊNCIA MÉDICA BASEADA EM VALOR

IESS –16/07/2018

Os modelos de pagamento se configuram como importante área da saúde suplementar em âmbito global. Não há um modelo ideal e os diferentes tipos podem ser combinados ou modificados de acordo com as necessidades de cada sistema.

Com esse mesmo intuito de fornecer mais informações sobre o tema, o trabalho "Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands" (Pagamento baseado em resultados aos prestadores de seguro-saúde: o caso de contratação hospitalar para intervenções cardíacas na Holanda) publicado na [22ª edição do Boletim Científico](#) buscou analisar os resultados da aplicação de um modelo de pagamento entre companhia de seguro de saúde e hospital na Holanda. O modelo analisado inclui os princípios de assistência médica baseada em valor ("Value-Based HealthCare – VBHC") em

Além disso, sustenta a nota, a norma "foi analisada pela Advocacia-Geral da União (AGU), sem que tenha sido identificada qualquer ilegalidade ou inconstitucionalidade".

"A agência reafirma seu compromisso de estrita observância do interesse público, especialmente no que concerne à defesa dos beneficiários de planos de saúde."

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), uma das entidades representativas das operadoras, informou que a decisão do STF será melhor analisada e decisões da Justiça devem ser respeitadas. Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) informou que não comenta decisões provisórias da Justiça.

Clientes

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), que já se posicionou diversas vezes de forma contrária aos termos da resolução da ANS, declarou nesta segunda, também em nota, que a suspensão da norma é uma "vitória para os consumidores brasileiros".

Advogada e pesquisadora em saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete declarou, ainda em nota, que a resolução representa um "retrocesso na regulação hoje em vigor", que causava preocupação em diversas entidades. "Com essa decisão, o STF reconhece que a agência não está regulando de forma adequada, impondo uma normativa que não atende o interesse público", disse a advogada.

A ANS ressalta, ainda, que editou a norma observando rigorosamente o rito para edição de ato administrativo normativo, especialmente quanto à oportunidade de participação da sociedade. Além disso, a Resolução foi analisada pela Advocacia Geral da União (AGU) sem que tenha sido identificada qualquer ilegalidade ou inconstitucionalidade.

A Agência reafirma seu compromisso de estrita observância do interesse público, especialmente no que concerne à defesa dos beneficiários de planos de saúde.

que a qualidade é financeiramente recompensada e sua perda leva à redução da compensação financeira.

Para a pesquisa, foram escolhidos procedimentos realizados com frequência: pacientes com doença arterial coronariana tratados por intervenção coronariana percutânea (ICP) ou cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), além de pacientes com fibrilação atrial tratados com isolamento da veia pulmonar por cateter (PVI).

Os autores mostraram que houve melhorias significativas na qualidade nos três tratamentos analisados após a mudança no modelo de pagamento, que vão desde a queda na taxa de mortalidade, melhora da recuperação e ainda redução da necessidade de realização de novas intervenções. Para uma implementação bem-sucedida do modelo de pagamento baseado em resultados, destacam que é necessário haver transparência e usar conjuntos de indicadores padrão já testados e validados internacionalmente.

No Brasil, o modelo de remuneração vigente em grande parte dos prestadores é o fee for service (FFS), que privilegia a quantidade de atendimentos e não a qualidade e incentiva a maior utilização de procedimentos e insumos, gerando mais desperdício em toda a

cadeia. Informações sobre outros modelos podem ser encontradas aqui ([DRG](#), [Bundled Payment](#), [Pay for Performance \(P4P\)](#), [Global budget](#) e [Captation](#)) ou em nossa área temática.

SUS TEM QUASE R\$ 2 BILHÕES A RECEBER DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil –15/07/2018

Quase R\$ 2 bilhões devidos ao Sistema Único de Saúde (SUS) não foram repassados pelas operadoras de planos de saúde ou estão contingenciados devido a ações judiciais impetradas pelas empresas. O valor se refere a atendimentos prestados a beneficiários de saúde suplementar por unidades públicas de saúde.

A cobrança é prevista pela Lei 9.656 de 1998, que define que as operadoras devem ressarcir a União sempre que um de seus beneficiários usar o SUS para um serviço que esteja previsto no contrato do plano de saúde.

Desse valor, R\$ 346,27 milhões estão suspensos devido a decisão judicial. Outros R\$ 1,28 bilhão simplesmente não foram pagos pelas operadoras de saúde suplementar e foram inscritos na Dívida Ativa da União. Há ainda cerca de R\$ 300 milhões que não foram pagos mas ainda não chegaram a ser inscritos na Dívida Ativa.

Os dados são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos de saúde e é a responsável por fazer os cálculos e as cobranças desses ressarcimentos.

Segundo a gerente de Ressarcimento ao SUS da ANS, Fernanda Freire de Araújo, muitas empresas apostaram na judicialização do processo para evitar o pagamento, uma vez que o Supremo Tribunal Federal (STF) ainda não tinha decidido se o ressarcimento era constitucional ou não. Apenas em fevereiro deste ano, o STF decidiu que a cobrança é legal e pode ser feita pela ANS.

“Até a decisão do STF, a gente ainda tinha uma incerteza, se era constitucional ou não, se elas [as operadoras] iam ter razão na invalidade dessa cobrança, então muitas apostavam na judicialização, porque ela judicializa, deposita o dinheiro e segura a discussão”, disse.

Segundo a gerente, o dinheiro depositado em juízo não será imediatamente ressarcido ao SUS, porque as ações estão distribuídas em varas da Justiça de todo o país e essa cobrança poderá demorar até dois anos. Além disso, nem todo dinheiro depositado em juízo se refere ao questionamento da constitucionalidade do ressarcimento. Alguns processos questionam, por exemplo, o valor cobrado pela ANS por determinado procedimento médico prestado pelo SUS.

A decisão do STF ajudará também, segundo Fernanda, na cobrança do valor que está inscrito na Dívida Ativa. Segundo ela, o ressarcimento é uma forma não só de reaver o dinheiro gasto pelo Estado com o procedimento médico, como também proteger o beneficiário dos planos de saúde.

“O ressarcimento é uma proteção para que a operadora não deixe de constituir a rede dela e não expurgue todo mundo para o SUS. É garantir que o beneficiário tenha seu contrato coberto”, disse.

Nem todas as cobranças, no entanto, deixam de ser pagas ou são contestadas na Justiça. Desde 2013, os planos de saúde já ressarciram o SUS em R\$ 2,06 bilhões. O dinheiro é repassado pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde para ser repartido entre os estados e prefeituras que prestaram o atendimento ao beneficiário.

Em resposta, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasáude), que representa as principais operadoras de planos de saúde do país, informou que as empresas recorrem à Justiça quando entendem que a cobrança é indevida (como, por exemplo, nos casos de procedimentos excluídos por lei, fora da abrangência geográfica do plano ou em período de carência) e quando a ANS não aceita anular a cobrança.

Na visão da Fenasáude, há uma necessidade de maior integração e agilidade de informações entre os sistemas público e privado. “Quando um beneficiário de plano de saúde é atendido na rede pública – como em casos de acidentes em via pública -, a operadora precisa ser informada o mais rápido possível para que promova a transferência dele para a rede privada, desde que essa remoção não cause prejuízo à saúde do beneficiário. Não há interesse das operadoras nem dos beneficiários em utilizar a rede pública de saúde. As operadoras asseguram a oferta e garantia dos serviços contratados junto aos seus beneficiários”, diz nota da Fenasáude.

FENASAÚDE DEBATE METODOLOGIAS DE MENSURAÇÃO DE CUSTOS EM SAÚDE E O IMPACTO NOS PREÇOS E REAJUSTES DOS PLANOS

FenaSaúde –13/07/2018

3º Workshop de Análise de Impacto Regulatório pontuou as diferenças entre os índices de inflação e a variação dos custos médicos-hospitalares

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) reuniu, nesta sexta-feira (13), no Rio de Janeiro, especialistas em Saúde

Suplementar para debaterem a medição dos custos em saúde e a metodologia de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais, durante o 3º Workshop de Análise de Impacto Regulatório. O tema foi: “Custos em Saúde. Como Medir?”.

Na abertura do evento, o presidente da Confederação Nacional das Seguradoras (Cnseg), Marcio Coriolano, lembrou a importância da análise de impacto regulatório como “uma ferramenta de Estado, e não de governo, que deve ser preservada”. Para ele, é indispensável atingir a estabilidade e a previsibilidade regulatórias. “A análise de impacto regulatório é fundamental”.

Em sua saudação aos participantes, a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, destacou que esta edição de workshop “ocorre em um momento crucial, em que a racionalidade do debate tem ficado em segundo plano”. “Promover o financiamento da Saúde Suplementar é um desafio enorme, considerando os custos

de promoção da excelência em saúde. Assim como o desafio do agente regulador: há sempre alguma diferença, incompreensão ou insatisfação de alguma das partes.” afirmou.

Em relação à atual fórmula de cálculo do índice de reajuste dos planos de saúde individuais, que toma por base o reajuste médio dos planos coletivos com mais de 30 vidas, a presidente afirmou que “a ANS está rediscutindo a metodologia. No entanto, é sabido que nenhum controle de reajuste de preços é satisfatório, vem sempre carregado de iniquidades. Não tem modelo bom; temos que perseguir o menos pior, que dê alguma garantia para o consumidor e para o setor produtivo”.

Na sequência, a diretora da ANS Karla Coelho disse ser “importantíssimo haver espaços de diálogo” e que a agência pretende cada vez mais aprimorar a metodologia do índice. “O sistema tem qualidades e problemas, mas é preciso fortalecê-lo”, acrescentou, lembrando que mais de 47 milhões de brasileiros têm planos médico-hospitalares atualmente.

Evolução dos custos da Saúde

O 3º Workshop foi dividido em dois painéis. O primeiro, “Evolução dos Custos da Saúde: Índices Setoriais e Variação dos Custos Médico-Hospitalares”, foi aberto por Gustavo Vitti Leite, coordenador de Índices de Preços da Diretoria de Pesquisas do IBGE. Ele explicou como se estrutura o IPCA e o INPC – os principais índices de preços do Instituto e que balizam o sistema de metas de inflação e os dissídios coletivos, respectivamente. Nos últimos anos, o índice de reajuste dos planos individuais tem ficado sempre acima desses índices, mas abaixo da VCMH (Variação dos Custos Médico-Hospitalares). Segundo Gustavo Leite, o grupo Saúde e Cuidados Pessoais como um todo equivale a 12,2% do total do IPCA e, dentro dele, os planos de saúde representam 4,02%.

O diretor executivo da FenaSaúde, José Cechin, moderador do painel, afirmou que “é difícil nos libertarmos da ideia de que o reajuste dos planos precisa necessariamente acompanhar o índice de variação de preços, ou mesmo a inflação da saúde”. “O IPCA embute apenas os preços, mas não os custos”, afirmou.

Durante o painel, o gerente-geral regulatório da Estrutura dos Produtos da ANS, Rafael Vinhas, lembrou que a precificação dos planos de saúde envolve fatores como valor dos procedimentos e incorporação de novas tecnologias, mas também a frequência de utilização. “Para que haja equilíbrio no sistema, não basta incluir a variação de preços, é preciso levar em conta a frequência”. Ele disse que a ANS analisa a possibilidade de adotar uma nova metodologia, mas que “qualquer uma será alvo de questionamentos e críticas”. “É preciso ir além da metodologia: temos também que discutir os custos, eles vão aumentar cada vez mais”, destacou.

Precificação

O segundo painel teve como tema “Reajuste Técnico, Reajuste por Sinistralidade e Equilíbrio Contratual” e foi aberto por Paulo Pereira, professor do curso de Ciências Atuariais da UFRJ, que abordou a precificação dos planos de saúde. Em sua palestra, ele destacou que

a margem de lucro das operadoras costuma ser “demonizada”. “Mas sem lucro não tem investidor, e sem isso não tem negócio”. Pereira lembrou ainda que a precificação depende em grande medida do tamanho da operadora, já que, quanto menos segurados, maior a volatilidade dos custos e, em consequência, maior o preço. Para ele, a precificação na Saúde é a mais complexa da área de seguros, devido à VCMH, “uma variável chave que tem grande volatilidade”. Em sua opinião, o crescimento desse mercado vai gerar maior economia de escala e reduzir os preços.

O debate que se seguiu foi coordenado pelo professor de Economia da PUC-RJ Luiz Roberto Cunha, que afirmou que o problema da Saúde Suplementar no Brasil é “muito mais grave que o da Previdência”, pela dificuldade em conciliar o reajuste dos planos com o crescimento das despesas médico-hospitalares. Predominou entre os debatedores do painel a opinião de que a precificação do setor é muito complexa, por envolver um número muito grande de variáveis, o que dificulta a definição de um “preço justo” para os planos.

A superintendente de Regulação das SulAmérica, Mônica Nigri, disse que em muitas operadoras a sinistralidade já supera os 100%, ou seja, cada R\$ 100 recebidos correspondem a despesas médico-hospitalares maiores que esse valor. “No atual cenário, a operadora que se propõe a vender planos individuais corre sério risco de ruína”, alertou.

A esse respeito, a diretora de Relações Institucionais da Amil, Laís Perazzo, foi taxativa: “O setor está doente, com pressão alta”. Ela destacou a necessidade de se encontrar uma metodologia de cálculo do reajuste dos planos que concilie a sustentabilidade das operadoras com o acesso ao serviço por parte dos beneficiários. “Sem acesso, o plano quebra; mas, sem sustentabilidade, quebra também”, afirmou. Segundo ela, o reajuste dos planos precisa ser sustentável, o que não acontece com as regras atuais.

Por sua vez, o diretor técnico operacional da Bradesco Saúde, Flávio Bitter, afirmou em seguida que a precificação é muito complexa no setor, porque há muitos aspectos imponderáveis que alteram os custos o tempo todo. “Se houver maior concorrência, o mercado poderá se estruturar para ele mesmo regular o preço”, afirmou. “É preciso um sistema novo, com mais liberdade, que venha alinhar os interesses de todos. O mercado tem soluções para entregar o que o consumidor quer: qualidade com sustentabilidade ao longo do tempo”.

O último debatedor, Paulo Furquim, coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper, apresentou uma análise ampla da regulação do setor e afirmou que são necessários ajustes na regulação para que as forças de mercado possam conduzir o setor a um novo equilíbrio em que o preço reflita as condições reais tanto da demanda quanto da oferta. “Qualquer regra no entanto, terá imperfeições. É preciso escolher uma regra que seja satisfatória e economicamente correta”. Para ele, existem ajustamentos possíveis para dar maior competitividade ao segmento dos provedores da assistência. Por exemplo, poderia ser flexibilizada a regra de substituição de rede para estimular a concorrência entre os prestadores. “

BOLETIM DO IESS ATUALIZA ESTOQUE DE EMPREGO NO SETOR

IESS –12/07/2018

O estoque total de empregos na saúde suplementar apresentou crescimento em todas as regiões do país em maio de 2018 de acordo com o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”,

boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que mostra o número de trabalhadores 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).

No período de 12 meses compreendido entre maio de 2017 e o mesmo mês desse ano, o número de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 2,7%, enquanto o total da economia apresentou leve variação positiva de 0,5%. “Há mais de um ano, o nosso boletim mostra que a saúde suplementar sempre foi um

contraponto ao total da economia. É bom perceber que, mesmo a passos lentos, o mercado de trabalho formal começa a avançar no país”, comenta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “A expectativa é de que, no médio prazo, o avanço do emprego represente também mais acesso à saúde suplementar por parte dos brasileiros”, avalia.

A nova edição do relatório mostra que o saldo de emprego na saúde suplementar representou mais de um terço do total do país em maio desse ano. Enquanto o aglomerado da economia nacional teve saldo de cerca de 33,6 mil vagas, o segmento registrou 13,5 mil de saldo no período. Esse dado foi positivo para todas as regiões do país, com destaque para o Sudeste, que foi responsável por mais de 7 mil desse total.

Subsetores

Na análise por subsetor do período de 12 meses encerrado em maio de 2018, os segmentos de Prestadores e Fornecedores foram os que

registraram o maior crescimento, de 2,7%, seguidos pelo das Operadoras, com expansão de 2,6%. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,5 milhões de ocupações, ou 71,5% do total do setor. Já o subsetor de Fornecedores emprega 831,3 mil pessoas, 24,1% do total. As operadoras e seguradoras empregam 153,5 mil pessoas, ou seja, 4,4% da cadeia.

Vale lembrar que o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009 para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional. Em maio de 2018, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 138, mesmo nível do mês anterior. Já o número-índice da economia total também se manteve estável em 110.

ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA PARA REVISAR LISTA DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA OS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –12/07/2018

Rol é revisto a cada dois anos

RIO - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocou à disposição para leitura e sugestões os documentos que tratam da revisão da lista de procedimentos que os planos de saúde são obrigados a cumprir. O assunto vem sendo discutido internamente na reguladora desde outubro do ano passado. A revisão ocorre a cada dois anos.

O rol é a lista mínima de procedimentos que os planos de saúde são obrigados a cobrir para assegurar a prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

É obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei. A lista é atualizada a cada dois anos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos comprovados de segurança, eficiência e efetividade.

O período para recebimento das contribuições é de 19 de julho a 17 de agosto. [O envio das sugestões será feito mediante preenchimento de formulário online que será disponibilizado nessa página.](#)

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