

25 de julho de 2018

EM AUDIÊNCIA, IDEC PROPÕE DEBATE SOBRE REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

Idec –24/07/2018

Em encontro organizado pela ANS, Idec demonstra preocupação com abrangência do problema e questiona sistema de precificação dos planos

Após pressão de diversas organizações de defesa do consumidor e da saúde, dentre elas o Idec, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) convocou, nesta terça-feira (24), uma audiência pública para coletar informações e subsídios sobre sua política de preços e reajustes em planos de saúde.

Para o Idec, que apresentou suas contribuições durante o encontro realizado no Rio de Janeiro, é preciso ressaltar a abrangência do problema e a necessidade de se debater outros fatores que impactam nos reajustes dos planos de saúde de todos os brasileiros, incluindo na discussão os aumentos nos planos coletivos, que não têm regulação da ANS.

Segundo a advogada e pesquisadora em saúde do Instituto, “os reajustes nos planos coletivos, que são a maior parte dos planos de saúde dos brasileiros e não têm o controle da ANS, faz parte do cálculo e têm grande influência no reajuste dos planos individuais. Então não faz sentido um debate sobre preços e reajustes de planos de saúde que não inclua a base do problema, que são os planos coletivos”.

Metodologia

Em sua manifestação, a pesquisadora do Idec apresentou dados e estudos do Idec e de outras instituições, como o Tribunal de Contas

da União (TCU) e o Ministério da Fazenda, que apresentam falhas e contestam a metodologia aplicada pela ANS.

Entre esses estudos, uma nota técnica da própria ANS recomenda que devem ser tomadas ações em quatro temas que compõem a política de preços e reajustes de planos de saúde: regras de precificação dos planos de saúde; regras de reajustes para planos individuais; revisão técnica de preços dos planos individuais; e regras de reajustes para planos coletivos.

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

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

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

O Idec solicitou ainda que a sequência da discussão siga as diretrizes estabelecidas pelo Guia AIR (Análise de Impacto Regulatório) da Casa Civil, um instrumento que auxilia a construção de propostas regulatórias mais qualificadas e eficientes pelas agências reguladoras do país. Como exemplo de boas práticas, o Instituto usou a Tomada Pública de Subsídios da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) no processo de revisão das normas de rotulagem nutricional, que já seguiu essas orientações e tem apresentado bons resultados.

EMPRESAS PROPÕEM QUE PLANOS INDIVIDUAIS NÃO TENHAM TETO DE REAJUSTE

O Globo –24/07/2018

Proposta foi feita em audiência pública para tratar modelo de aumento pela ANS

RIO - Acabar com o teto do reajuste dos planos de saúde individuais determinado este ano em 10% pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi uma das propostas apresentadas no primeiro dia de audiência pública para tratar sobre o tema. Com 150 operadoras associadas, que representam 27% dos 47,2 milhões dos beneficiários do setor, o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge) sugeriu que cada operadora passe a apresentar a sua proposta de aumento para ser auditada e autorizada pela agência. Para Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e a Defensoria Pública do Estado do Rio, a proposta significa a desregulamentação dos 20% dos contratos do setor que ainda têm aumento controlado.

— Cada empresa faria um pool de planos individuais da sua carteira para calcular o reajuste, assim como é feito com contratos coletivos

com até 30 beneficiários. O modelo proposto pela ANS, apesar de também ser baseado variação de custo, trabalha com a média, o que significa que metade das empresas têm custos maiores do que o reajuste aplicado e a outra menores. A longo prazo isso significará redução do número de empresas. Não é um cenário positivo — diz Marcos Novais, economista-chefe do sistema Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo (Abramge)/Sinamge, negando que se trate de desregulamentação — A ANS estabelecerá parâmetros de cálculo, haveria auditoria por terceiro e, no fim, ela poderia não autorizar o índice.

Ainda de acordo com Novais, hoje mais de 105 operadoras, que somam 1,7 milhões de usuários de planos individuais, têm déficit em sua carteira.

— É preciso que esses contratos tenham uma estabilidade regulatória e garantia de equilíbrio de custo, já que ele pode durar 60, 70 anos, afinal, contratos individuais só podem ser suspensos se houver interesse do usuário — ressalta o economista.

FenaSaúde quer frequência de uso no cálculo

A Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde) que reúne 17 grupos que somam 40% da receita do setor, também considera que o controle de preço leva a escassez da oferta dos planos individuais. Sua proposta, no entanto, prevê que o cálculo, que continuaria sendo feito pela agência, considerasse o percentual de

uso (sinistralidade) sempre que houvesse alguma distorção e também o tipo de plano (ambulatorial, hospitalar, top). A presidente da instituição, Solange Beatriz Mendes, afirma, no entanto, que o primordial é discutir a contenção dos custos:

— Os planos de saúde estão impagáveis? Estão, e a situação vai piorar, se não controlarmos custo. Foram R\$ 150 bi de custos assistenciais em 2017. Reduziu em três milhões os beneficiários e aumentou o número de procedimentos. A ANS não pode regular os prestadores, mas pode exigir transparência de preços, o que seria uma forma de aumentar controle.

Para o advogado Rafael Robba, especializado em saúde, a proposta representa um retrocesso regulatório, retirando da ANS uma atribuição determinada pela lei 9.961, de estabelecer o índice de reajuste dos planos individuais. Mariëna Lazzarini, presidente do Conselho do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), concorda, mas acrescenta que o problema não é a fórmula de cálculo, mas a atuação regulatória da agência:

— Não vejo benefício em nada que foi apresentado. O que querem é voltar ao cenário antes da lei, há 20 anos, com um mercado desregulamentado. Querem terceirizar o cálculo, com institutos auditorias, se for assim para que a ANS? O problema não são os modelos de cálculo, mas a forma de aplicação. Estamos no meio de uma série crise regulatória.

Na contramão das propostas das empresa, a sugestão feita pela Defensoria Pública do Rio, o Ministério Público Estadual e a Universidade Federal Fluminense (UFF) é de ampliar a regulação dos

reajustes dos planos coletivos. Atualmente, a agência monitora os aumentos aplicados aos contratos com até 30 beneficiários, a sugestão é que esse controle fosse ampliado, com monitoramento de todos os contratos de adesão e de dois grupos de empresariais: aqueles com até cem usuários e entre cem e 500.

— O pool de risco para contratos com até 30 beneficiários se mostrou eficiente, por isso sugerimos a ampliação para todos os contratos de adesão e em dois grupos de empresariais de forma a proteger pequenas e médias empresas que têm menor poder de barganha com as operadoras — explicou o defensor público e pesquisador da UFF, Eduardo Chow.

Secretário-geral da União Geral de Trabalhadores, Canindé Pegado, chamou atenção ao aumento do peso do custo dos planos de saúde na folha de pagamento das empresas, ameaçando a oferta de benefício ao trabalhador:

— O nosso pedido é que a ANS humanize a variação de custo médico hospitalar (VCMH).

Questionada sobre as contribuições, a ANS disse, em nota, que a audiência pública ainda não foi concluída e que o objetivo é proporcionar a participação da sociedade no debate sobre a metodologia de reajuste de planos individuais. E acrescentou que não há definição sobre novo método de reajuste, uma vez que esse é exatamente o motivo da audiência. A agência diz buscar com as contribuições uma "metodologia que traga maior transparência, previsibilidade e objetividade ao método de cálculo do reajuste de planos individuais".

INDICAÇÕES POLÍTICAS E CRISE EM PLANOS DE SAÚDE PÕEM ANS NA BERLINDA

Folha de S. Paulo –23/07/2018

Com decisões polêmicas, agência tem cargos vagos e nomeações paradas

SÃO PAULO Na berlinda por conta de decisões controversas, o órgão regulador de planos de saúde vive uma crise interna e de imagem potencializada pelo loteamento político de cargos e por dificuldades econômicas do setor.

A lista de problemas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) inclui cargos vagos, indicações de diretores paradas e acusações de que a agência, que completa 18 anos, atende anseios privados.

Desde junho, duas medidas colocaram o órgão na mira: o reajuste dos planos individuais em 10% e regras de franquia e coparticipação, que liberaram a cobrança dos usuários de planos em até 40% do valor de exames e consultas.

As medidas foram editadas em um momento delicado para as empresas. Em pouco mais de dois anos, 3 milhões de pessoas perderam plano de saúde no país.

"Diante da crise, os planos viram a oportunidade de emplacar a agenda que sempre quiseram: liberar preço e reajuste, fragmentar a oferta", diz Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da USP e pesquisador do tema.

O apetite dos políticos também aumentou durante a crise, segundo depoimento do senador cassado Delcídio Amaral, concedido em 2016.

O parlamentar declarou que havia "uma verdadeira 'queda de braço' para indicação de nomes para as agências reguladoras ligadas à área da saúde, até pela visibilidade negativa que o caso Lava Jato impôs aos setores de energia, engenharia e petróleo."

Disse ainda que os senadores Eunício de Oliveira, Romero Jucá e Renan Calheiros, do MDB, tinham papel central nessas indicações.

Atualmente, a diretoria colegiada da agência ainda é tida como área de influência do MDB do Senado.

Mesmo que seus ocupantes sejam servidores de carreira da agência, como hoje, o apoio político é fundamental, uma vez que a indicação para o posto é feita pelo presidente da República.

Atualmente, duas indicações de diretores estão à espera de confirmação após serem alvos de críticas de entidades como o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) e a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).

Um dos indicados é Rogério Scarabel, sócio de um escritório de advocacia que já atuou em causas em favor de planos.

Em sabatina no Senado, ele disse que sua ação não foi "apenas para os planos de saúde, mas muito mais na defesa das normas nas relações entre beneficiários, prestadores de serviços e as operadoras".

A outra indicação contestada é a de Davidson de Almeida, ex-assessor de um deputado do PP. Segundo reportagem da TV Globo, ele foi citado em investigação sobre um esquema de arrecadação.

Teria morado em um local no qual era estocado dinheiro. A Folha não conseguiu localizá-lo.

Em meio às turbulências, o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca, pediu para deixar a chefia interina e ficar só como diretor.

A agência não tem presidente definitivo desde maio de 2017, situação agravada pela existência de dois postos vagos na diretoria.

O esvaziamento se dá em um momento em que a ANS é alvo de questionamentos de outros órgãos públicos. Nos últimos quatro meses, o TCU e o Ministério da Fazenda criticaram a forma de cálculo do reajuste dos planos, e senadores assinaram um pedido de CPI para investigar o setor.

E, na semana passada, a ministra Cármen Lúcia, presidente do STF (Supremo Tribunal Federal), suspendeu as novas regras de coparticipação e franquia. "Saúde não é mercadoria. Vida não é negócio", escreveu na decisão.

As afirmações ecoam críticas de que a agência estaria contaminada por interesses do mercado. "A noção de interesse público da ANS está mais ligada à defesa da sustentabilidade econômica das empresas do que ao bem estar social", diz Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Idec.

A imagem é reforçada pela trajetória de alguns dos ex-integrantes da agência, de todos os governos. Indicada para integrar a primeira diretoria, na gestão FHC (PSDB), Solange Beatriz Mendes é hoje presidente da FenaSaúde, federação de operadoras.

Indicado por Lula (PT), Maurício Ceschin chegou ao cargo após ser presidente da administradora de benefícios Qualicorp. José Carlos Abrahão, que ingressou na agência apontado por Dilma Rousseff (PT), havia defendido interesses de planos antes na CNS (Confederação Nacional de Saúde). Há outros exemplos.

Tese de doutorado apresentada em 2017 por Marcello Fragano Baird no programa de ciência política da USP mapeou o fenômeno e

buscou entender o quanto conexões com o mercado e indicações políticas eram determinantes para as decisões da ANS.

Ao analisar a composição da agência até o ano passado, ele concluiu que, após um período de predomínio de pessoas com uma visão sanitária, grupos de perfil mais liberal ganharam espaço, reflexo de composições na coalizção do governo federal.

Ainda assim, concluiu que essa mudança não se refletia em regulações mais favoráveis ao mercado, entre outros fatores por conta de limitações legais e por causa de uma burocracia da agência de perfil mais sanitária.

Questionado sobre as novas indicações, ele diz avaliar que, inicialmente, elas indicam um aprofundamento desse perfil de visão liberalizante.

Os efeitos, porém, são incertos, em sua opinião, também pelos motivos de antes, mas não só. "Por mais que a agência consiga aprovar medidas mais liberalizantes, há grandes chances de que elas sejam barradas na Justiça. É um setor muito instável."

AGÊNCIA DIZ TER EQUIPE QUALIFICADA E DEFENDER INTERESSE PÚBLICO

Em nota, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) afirmou que suas ações são pautadas pelo trabalho técnico de servidores qualificados e que sua diretoria também é composta por "servidores públicos com ampla experiência na própria ANS".

A agência disse que a própria norma de coparticipação e franquia seria uma medida protetiva ao consumidor, ao colocar limites para a prática.

O órgão lembrou medidas adotadas para proteger o consumidor como a fiscalização das empresas, a criação da lista mínima de coberturas obrigatórias, a instituição de tempos mínimos de atendimento e a mediação de conflitos.

SORRISO SAUDÁVEL PARA MAIS BRASILEIROS

IESS –23/07/2018

Divulgada na última semana, a nova edição da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#) apontou que o total de beneficiários de planos médico-hospitalares registrou ligeira variação positiva de 0,1% entre maio deste ano e o mesmo mês de 2017, o que representa 66 mil novos vínculos firmados nesse período. O desempenho está diretamente relacionado com o aumento dos planos coletivos empresariais em um momento em que o saldo de vagas com carteira assinada começa a apresentar crescimento.

Durante muito tempo como um contraponto ao segmento médico-hospitalares, os planos exclusivamente odontológicos seguem em ritmo acelerado de crescimento. No período compreendido entre maio de 2017 e o mesmo mês desse ano, o setor ampliou em 1,16 milhão o número de beneficiários, representando um avanço de 5,3% no total do país.

Vale destacar que todas as regiões do país tiveram crescimento acima dos 4,5%. O melhor desempenho foi registrado no Centro-Oeste, com variação de 8,4%, seguido de Nordeste, com avanço de 6,7%. As regiões Sul, Sudeste e Norte apresentaram alta de 5,1%, 4,8% e 4,6%, respectivamente.

Já em números absolutos, o Sudeste segue como o grande destaque no País. Os mais de 623 mil novos vínculos foram puxados pela performance de São Paulo, Estado com 465.870 beneficiários a mais entre maio de 2017 e o mesmo mês desse ano, seguido por Minas Gerais, com 129.818 novas contratações.

Importante lembrar que mesmo Estados com menor crescimento em números absolutos, mostram grandes variações proporcionais. Nesse sentido, o Amapá tem grande relevância na nova edição do boletim: os 5.328 novos beneficiários representam o maior avanço registrado no país, de 13,3%.

Ou seja, a [NAB](#) mostra que, embora já venha apresentando taxas relevantes de crescimento já há algum tempo, o mercado de planos exclusivamente odontológicos ainda tem muito o que se desenvolver no país. Mesmo com custos mais "atraentes" e maior facilidade de acesso por parte da população quando comparado com os planos de saúde médico-hospitalares, a taxa de cobertura ainda é menos da metade da outra modalidade de assistência.

Os desafios para a garantia da boa saúde bucal no país ainda são grandes, mas os números mostram que a preocupação com o sorriso saudável tem crescido entre os brasileiros.

PLANO E HOSPITAL DEVEM PAGAR CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DURANTE O PRAZO DE CARÊNCIA

Consultor Jurídico –22/07/2018

Se o estado de saúde de beneficiário de plano de saúde requer tratamento emergencial, devido ao risco à vida ou de lesões irreparáveis, é obrigatória a cobertura do atendimento, mesmo que seja durante o prazo de carência.

Esse foi o entendimento do juiz Daniel Ribeiro de Paula, da 11ª Vara Cível de Santos (SP), ao condenar plano de saúde e hospital a custearem cirurgia de emergência e demais procedimentos em um paciente que teve o pedido negado.

De acordo com o processo, um médico credenciado pediu urgência no tratamento cirúrgico de artrodese da coluna vertebral e descompressão medular. O plano de saúde, no entanto, alegou que havia prazo de carência da cobertura, tendo em vista a preexistência

da doença do paciente, além do fato de não se tratar de cirurgia de emergência, mas eletiva.

Ao analisar o caso, o juiz afirmou que a demora no procedimento pode causar danos irreversíveis e a simples alegação de não haver transcorrido o prazo de carência “não vingará, mormente porque a escusa impugnada não se aplica a casos emergenciais, como o do requerente”, configurando prática abusiva.

“Por isso, revela-se abusiva a cláusula que estipula prazo de carência para atendimentos emergenciais, inclusive internações, superior a 24 horas, porque contrária à legislação vigente, impondo-se o dever da operadora do plano de proceder à internação necessária à manutenção da vida do autor”, afirmou.

Danos morais

O juiz ainda aplicou indenização em R\$ 30 mil por danos morais, porque “a conduta das rés ultrapassou o mero aborrecimento trivial ou passageiro, atingindo o estado emocional da autora, que sofreu ante a negativa em custear o tratamento”.

“Se o tormento da insidiosa doença é severo, maior ainda aquele resultante da indevida negativa de acesso a tratamento existente, disponível e remunerado”, considerou o magistrado. Com informações da Assessoria de Imprensa do TJ-SP.

FAZENDA CONTESTA CRITÉRIO DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE E PEDE MUDANÇAS

Folha de S. Paulo –20/07/2018

Ministério vê erro conceitual em cálculo; ANS diz discutir nova metodologia

SÃO PAULO O reajuste do plano de saúde de 8 milhões de pessoas é calculado com base em uma metodologia falha, afirmam documentos técnicos do Ministério da Fazenda.

Por lei, a pasta tem que se pronunciar todo ano sobre o índice de aumento proposto pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a quem cabe a conta e a palavra final a respeito do tema.

As críticas do órgão econômico estão presentes em notas técnicas ao menos desde 2014. Neste ano, a cobrança é enfática. Com data de 11 de junho, o parecer redigido pela Fazenda diz que há erros conceituais no cálculo e que ele permite às operadoras repassar ao consumidor o custo de falhas de eficiência.

O reajuste de que trata o documento é o anual, aplicado ao usuário no mês de aniversário de contratação do plano.

Estão sujeitos a esse aumento clientes de planos individuais ou familiares contratados após 1998, o que corresponde a 17% do mercado. Planos coletivos, contratados por empresas e associações, não têm um limite de reajuste anual.

A distinção de tratamento parte do princípio de que a vulnerabilidade do consumidor é diferente nas duas categorias: como os planos coletivos envolvem um grupo de pessoas, na negociação do reajuste haveria equilíbrio maior entre o poder de barganha dos clientes e o das operadoras.

Com base nesse mesmo raciocínio, a ANS calcula desde 2001 o reajuste dos planos individuais com base no percentual aplicado pelas operadoras aos planos coletivos.

Neste ano, o resultado foi a autorização de um aumento de até 10%, superior à inflação de 3,73%, como apontou o ministério. Para a Secretaria de Promoção da Produtividade e Advocacia da Concorrência do Ministério da Fazenda, há dois problemas principais no cálculo dessa taxa.

Um deles, mais técnico, envolve o uso de um conceito estatístico e a exclusão da base de cálculo de alguns dados de reajuste. O outro questionamento da Fazenda é em relação ao modelo econômico usado pela ANS, o “Yardstick Competition”, que embasa a equiparação de reajuste dos planos individuais ao dos coletivos.

Para o ministério, é preciso cuidado ao usar o modelo, pois ele tem limitações como “possibilidade de formação de conluio entre as firmas para influenciar o resultado” e “dificuldade de acesso a informações de custos resultantes da competição dos agentes”.

Outro erro, para a pasta, é a ANS levar em conta o aumento do preço dos planos, e não o custo real dos serviços prestados pelas operadoras.

“Ressalta-se que esse aumento pode ser resultante de diversos fatores, e pode não refletir diretamente uma função da variação do custo assistencial, mas também ser resultado de ineficiências, o que aumenta a subjetividade do modelo e sua fragilidade”, diz a nota técnica.

Diante disso, o órgão recomendou que a ANS apurasse uma nova taxa e buscasse “estratégias regulatórias que incentivem os agentes do mercado a reduzir os custos de produção de saúde mantendo-se dentro dos níveis aceitáveis de qualidade”.

Em 2014, a área técnica da pasta já havia afirmado que a ANS, ao simplesmente repassar reajustes “elevados” dos planos coletivos para os individuais, “apresenta-se ineficaz no sentido de conter possíveis abusos do setor”.

Recentemente, o TCU (Tribunal de Contas da União) se juntou aos críticos. Em março, concluiu que a ANS não tem mecanismos para prevenir abusos nos reajustes de coletivos e que as operadoras não são obrigadas a informar como chegaram aos índices.

O tribunal entendeu também que pode ter havido dupla cobrança no passado, quando a agência incluía no cálculo o impacto financeiro decorrente da ampliação do rol de procedimentos obrigatórios. Esse item não foi mais considerado pela ANS nos aumentos após 2015.

Com base nas conclusões do TCU, o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) pediu na Justiça a revogação do reajuste deste ano.

Advogada e pesquisadora da entidade, Ana Carolina Navarrete defende uma nova fórmula que contemple a capacidade de pagamento dos consumidores. Para ela, é errado usar o índice dos planos coletivos como base para os individuais. “Não há igualdade nas negociações, porque as empresas [que contratam planos] não têm acesso a informações fundamentais

Especialista em economia da saúde, a professora Mônica Viegas Andrade, da UFMG, concorda nesse ponto. “É preciso que a sociedade saiba como são calculados os reajustes dos planos coletivos para entender o dos individuais”, diz.

Por outro lado, afirma, planos individuais e coletivos são produtos substancialmente diferentes. Entre outros fatores, os primeiros têm uma carteira de clientes mais envelhecida, o que acarreta mais gastos para as operadoras.

Representante de operadoras, a FenaSaúde replica o argumento. “Os sub-reajustes concedidos pela agência são um dos motivos pelos quais diversas operadoras abandonaram a comercialização de planos individuais”, declara.

A entidade afirma que os planos têm aperfeiçoado suas operações e que uma nova fórmula deveria contemplar a questão demográfica e variação dos custos médico-hospitalares, que subiram 230% de 2008 a 2017, enquanto o reajuste da ANS ficou em 131,9%.

Economista-chefe da Abramge, outra entidade que representa os planos, Marcos Novais diz que repensar esses custos do setor é fundamental, evitando-se exames desnecessários em demasia e a incorporação de tecnologias caras sem evidência científica. “Ninguém está interessado em ficar dando reajuste elevado e perder cliente”, afirma.

A questão chega cada vez mais à Justiça. Advogada do escritório Vilhena Silva, especializado em direito à saúde, Renata Severo diz que, com a crise econômica, tornaram-se diários os casos de clientes que contestam nos tribunais o reajuste —e não só para planos individuais.

O corretor José Moraes, 79, foi um deles. Cliente de um plano coletivo, ele teve reajustes consideravelmente acima do índice da ANS de 2013 a 2017. Com isso, em cinco anos, sua mensalidade passou de R\$ 2.572 para R\$ 6.670.

Em decisão liminar, a Justiça considerou os aumentos abusivos, por violação aos deveres de informação e transparência, e condenou a operadora a ressarcir Moraes pelos valores pagos em excesso.

“Quando a gente é novo, paga o plano e não dá despesa. Quando a gente fica mais velho, o preço vai lá para cima. É verdade que vamos usar mais, mas já pagamos”, afirma ele.

ANS DIZ QUE ELABORA NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO DO REAJUSTE

Em nota, a ANS afirmou que a preocupação com uma nova metodologia de reajuste “vem de longe” e que, para fomentar a discussão, fará nos dias 24 e 25 audiência pública sobre o tema no Rio de Janeiro para discutir a proposta que está em elaboração.

Sobre a recomendação da Fazenda de que se busque estratégias para incentivar agentes do mercado a reduzir custos, a ANS diz que vem incentivando um modelo assistencial com foco na atenção primária e em ações preventivas.

A agência ressalta que o índice de reajuste de 2017 ficou abaixo do estabelecido nos últimos três anos, quando variou de 13,55% a 13,57%.

ANS ESTÁ SEGURA DA COBRANÇA DE 40% EM COPARTICIPAÇÃO, DIZ DIRETOR

Agência Brasil –20/07/2018

Apesar da recente decisão da presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, de suspender liminarmente a regra que fixa em até 40% o pagamento de exames e consultas em planos de saúde de coparticipação, o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rodrigo Aguiar, continuou a defender, em entrevista exclusiva à Agência Brasil por e-mail, a manutenção do índice. “Não há razões técnicas que justifiquem a alteração do índice. A ANS está segura quanto à adequação do percentual definido”, disse.

Aguiar disse que a competência da agência para editar a Resolução Normativa nº 433, que trata do assunto, foi balizada pela Advocacia-Geral da União (AGU), que analisou previamente a proposta. O diretor comentou ainda sobre recente polêmica envolvendo o papel da ANS: a função de agências reguladoras, segundo ele, é promover o equilíbrio do setor, sem atuar em prol de um único público.

O diretor da ANS classificou ainda como “totalmente equivocada” a afirmação de que houve “expansão de maneira irresponsável” dos

limites de coparticipação. Segundo ele, tais mecanismos existem há mais de 20 anos sem qualquer limite imposto às operadoras. “Hoje, são aplicados percentuais de 50%, 60%, 70%. A norma determinou um teto de 40%”. Ele também negou que a ANS tenha, nos últimos anos, recomendado que esse índice ficasse em 30%.

Apesar de continuar defendendo o teto de 40%, Rodrigo Aguiar reconheceu que “se o Judiciário e Legislativo (...) profirerem decisão determinando a alteração de tal percentual, a ANS o fará prontamente”.

Confira a entrevista:

Agência Brasil: Em sua decisão, a ministra Cármen Lúcia diz que a ANS não tem “a devida competência” para regulamentar mecanismos de regulação financeira e que o assunto deveria passar pelo Congresso, já que envolve o direito à saúde. Na avaliação do senhor, a agência extrapolou sua competência ao editar a matéria?

Rodrigo Aguiar: A avaliação quanto à legalidade e/ou competência da ANS para editar determinada norma é realizada pela Advocacia-Geral da União (AGU), que, como faz em todos os normativos editados pela ANS, analisou previamente, em três oportunidades, a proposta de norma que culminou com a publicação da RN nº 433/18 e não identificou qualquer ilegalidade ou inconstitucionalidade na atuação da agência reguladora.

Agência Brasil: O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) classificou a Resolução Normativa nº 433 como “retrocesso” e acusou a ANS de expandir “de maneira irresponsável” os limites de coparticipação em planos. A agência esperava tamanha reação por parte da sociedade e do próprio Judiciário?

Rodrigo Aguiar: As críticas não procedem. O processo para normatização da coparticipação e franquia seguiu integralmente o rito para participação dos mais diversos públicos de interesse, com várias oportunidades diferentes (grupo de trabalho, câmara técnica, audiência pública, consulta pública e pesquisa para tomada de subsídios) para que o setor, representantes da sociedade civil e a população em geral, registrassem sugestões e críticas antes da definição da norma. Esta foi, inclusive, uma das normas editadas pela ANS que mais teve discussões com a participação de representantes da sociedade.

Os representantes de entidades de defesa do consumidor sugeriram cerca de 140 contribuições à normativa, das quais 74 foram totalmente ou parcialmente acatadas pela ANS. Somente o Idec teve 15 propostas totalmente ou parcialmente atendidas pela reguladora durante o processo. Em números gerais, a consulta pública sobre o tema recebeu 1.177 contribuições da sociedade e a pesquisa pública contou com 645 contribuições.

É totalmente equivocada a afirmação sobre “expansão de maneira irresponsável” dos limites de coparticipação. Tais mecanismos existem há mais de 20 anos sem qualquer limite imposto às operadoras. Hoje, são aplicados percentuais de 50%, 60%, 70%. A norma determinou um teto de 40%. Além disso, definiu limites – mensal e anual – para a cobrança pelas operadoras, protegendo efetivamente o orçamento dos consumidores, impedindo que estes sejam surpreendidos com cobranças excessivas. Ressalta-se que atualmente, na vigência da Consu nº 8 de 1998, não há qualquer limite estabelecido, de modo que as operadoras têm total liberdade para aplicar os valores e percentuais que lhe sejam convenientes nos contratos com os consumidores.

Ademais, merece destaque a previsão contida na RN nº 433/18, através da qual a ANS determinou ainda isenção de cobrança para mais de 250 procedimentos, entre eles quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.

Ou seja, a partir destas informações, fica claro que as únicas novidades criadas pela ANS a partir da edição da RN nº 433/18 foram para proteger e defender o consumidor, conferindo-lhes previsibilidade e segurança.

Agência Brasil: Antes da resolução, não havia definição de um percentual máximo para coparticipação em cada atendimento, mas a ANS orientava as operadoras a não praticarem valores superiores a 30%. Por que ampliar o índice para até 40% agora?

Rodrigo Aguiar: É preciso esclarecer que nunca houve nenhuma norma da ANS estipulando o limite de cobrança em 30% ou em qualquer outro percentual. Também não é verdade que a ANS orientava as operadoras a manter a prática dos valores em 30%. Vários documentos preparatórios e preliminares foram construídos pela ANS ao longo do tempo no intuito de definir o percentual máximo a ser determinado para a cobrança de coparticipação e nestes documentos foram sugeridos percentuais distintos a partir de critérios também distintos, partindo de 30% a 50% ou até mesmo defendendo a não estipulação de um percentual máximo, para que os casos fossem analisados conforme suas circunstâncias. Contudo, nenhum desses percentuais tinha sido definido oficialmente pela ANS até a edição da RN 433/18, a qual fixou o limite máximo em 40%.

Com o percentual estabelecido na RN nº 433, as operadoras passam a ter um limite de cobrança que antes nunca houve, protegendo o consumidor. O percentual estipulado, fundamentado em diversos estudos, leva em conta um valor capaz de estimular a utilização

consciente e racional do plano, sem, contudo, resultar em um valor excessivo a ponto do beneficiário deixar de buscar o atendimento efetivamente necessário.

Esse limite máximo, aliado aos demais limites que reduzem os riscos aos beneficiários (limite de exposição financeira, isenção de cobrança em diversos procedimentos e concessão de bônus e descontos aos beneficiários como forma de incentivo aos bons hábitos de saúde e rotinas de prevenção), acaba por reduzir os impactos financeiros para o consumidor, que também passa a saber, de antemão, que o máximo que irá pagar – caso use o plano – será o mesmo valor da mensalidade.

Isso se fizer uma utilização muito intensa do plano de saúde naquele determinado mês. Caso sua utilização seja eventual, somente receberá a cobrança relativa à realização daquele determinado procedimento ou da utilização de determinado serviço, estando limitado, no caso da coparticipação, por percentual, a 40% do seu valor. Exemplo: se realizar uma consulta de R\$ 70, pagará, no máximo, R\$ 28.

Já a inclusão de mais de 250 procedimentos e eventos em saúde isentos de cobrança de coparticipação e franquia vão beneficiar, por exemplo, muitos pacientes crônicos e idosos, que não poderão ter cobrança em exames preventivos (mamografias, citologia oncológica e glicemia de jejum, por exemplo); para tratamentos como hemodiálise, quimioterapia e radioterapia; exames pré-natal e exames de triagem neonatal, além da realização de quatro consultas por ano com médico generalista.

É importante destacar que, nos produtos registrados na ANS e que estão disponíveis para comercialização, os planos com coparticipação e franquia são, em média, de 20 a 30% mais baratos do que planos sem coparticipação e franquia, havendo casos de reduções maiores, de 40%, por exemplo.

Agência Brasil: A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) chegou a chamar de “abusivo” o percentual de cobrança de até 40%, por parte de beneficiários, em casos de planos de saúde de coparticipação e franquia. Há possibilidade da ANS reverter o índice?

Rodrigo Aguiar: Reafirmo que a definição do percentual de 40% para cobrança de coparticipação (que deve ser sempre cumulado com o limite de exposição financeira mensal e anual do consumidor) foi feito com base em estudos técnicos aprofundados, bem como em análises da aplicação de coparticipação e franquia em sistemas de saúde de outros países, como exaustivamente demonstrado no relatório de análise de impacto regulatório disponível no site da ANS.

Assim, a ANS está segura quanto à adequação do percentual definido, de modo que não encontra razões técnicas para promover uma alteração já neste momento, em que a norma aprovada não está nem em vigor (por estar em período de vacância e por estar suspensa por decisão do Supremo Tribunal Federal).

Contudo, por total, absoluto e incontestável respeito e submissão aos Poderes Judiciário e Legislativo, bem como aos demais órgãos de controle de sua atuação regulatória, caso qualquer destes proferir decisão determinando a alteração de tal percentual, a ANS o fará prontamente, como não poderia deixar de ser.

Por fim, é relevante destacar que o percentual definido pela ANS é um percentual máximo. As operadoras poderão, como medida de concorrência no setor, comercializar produtos com percentuais mais baixos ou sem a adoção dos mecanismos, garantindo que as empresas ofertem diferentes produtos e atendam diferentes perfis e necessidades do consumidor, que terão seu poder de escolha ampliado.

Agência Brasil: A Lei nº 9.961/2000, que criou a ANS, diz que o órgão tem como finalidade institucional "promover a defesa do interesse público" na assistência suplementar à saúde. Recentemente, o senhor declarou que a agência não é um órgão de defesa do consumidor. Não parece uma contradição?

Rodrigo Aguiar: O que eu disse quando falei essa frase, que foi descontextualizada nas chamadas de imprensa, foi que o papel das agências reguladoras é promover o equilíbrio do setor. Não é atuar em prol de um público somente, mas de todos os atores que fazem parte dessa relação.

O consumidor é o elo mais vulnerável do mercado regulado, por isso deve ter seu atendimento devidamente respaldado e seus direitos protegidos. Essa é a função primordial da ANS e de qualquer outra agência reguladora. Mas, para atender esse fim, a reguladora precisa garantir que o setor esteja em equilíbrio, para que a prestação do serviço ao consumidor seja adequada e qualitativa.

Assim, esclareço que, dentro deste contexto, afirmo que a ANS não é um dos órgãos que compõem o sistema nacional de defesa do consumidor, mas mantém relação muito aproximada com este a fim de observar os interesses e direitos dos consumidores.

PROPOSTA SUSTA NORMA QUE TRATA DE PLANOS DE SAÚDE NAS ESTATAIS FEDERAIS

Agência Câmara Notícias –19/07/2018

A Câmara analisa o Projeto de Decreto Legislativo (PDC) 956/18, da deputada Erika Kokay (PT-DF), que pretende susta os efeitos da resolução (23/18) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Essa norma estabelece diretrizes e parâmetros para o custeio das empresas estatais federais sobre benefícios de assistência à saúde aos empregados.

Segundo Erika Kokay, ao tentar aplicar uma política de austeridade ao custeio pelas empresas estatais com a assistência à saúde de seus funcionários, a resolução acabou por interferir em entidades de assistência à saúde. A deputada avalia que a resolução desrespeita a Lei dos Planos de Saúde (9.656/18) e a Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

"Na prática, ao determinar a adequação pelas empresas estatais à paridade de contribuições entre empregador e empregado e a limitação de custeio de planos de assistência a um teto sobre a folha de pagamento, dentre outras alterações, impõe-se um ônus às entidades de assistência à saúde que atuam na modalidade de autogestão", disse a deputada.

Além disso, afirmou a deputada, a norma estabelece que apenas os filhos e companheiros conjugais possuem direito ao plano, com exclusão definitiva dos pais no rol de dependentes. "Pelo novo sistema, esses trabalhadores serão obrigados a pagar um valor adicional por ente da família que for incluído, que onera de maneira significativa o salário dos funcionários", continuou.

Tramitação

A proposta será analisada pelas comissões de Trabalho, de Administração e Serviço Público; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Depois seguirá para o Plenário.

96% DOS USUÁRIOS TIVERAM PROBLEMAS COM PLANOS DE SAÚDE, DIZ PESQUISA

Agência Brasil –19/07/2018

Uma pesquisa feita pela Associação Paulista de Medicina (APM) aponta que 96% dos usuários de planos de saúde relataram algum tipo de problema na utilização do serviço nos últimos dois anos. O percentual é maior do que o verificado na última pesquisa em 2012 (77%). As consultas médicas e os exames foram os serviços mais usados e os que mais registraram problemas. Nas consultas médicas, as dificuldades passaram de 64% para 76%. No caso dos exames passaram de 40% para 72%. Foram entrevistadas 836 pessoas, entre 25 de abril e 2 de maio deste ano.

Segundo os dados, entre os pacientes que tiveram dificuldade nas consultas, o principal problema apontado é a demora na marcação (60%), seguido da saída do médico do plano (37%) e da falta de médico para as especialidades (23%). Com relação aos exames, 42% disseram que tiveram que realizar em lugares diferentes, 39% reclamaram da demora para a marcação, 38% apontaram para o fato de haver poucas opções de laboratórios e clínicas, 31% disseram que houve demora para a autorização de algum procedimento e 22% disseram que o plano não cobriu algum exame ou procedimento.

"Foi um crescimento muito grande quando se trata de uma área tão crítica quanto o sistema de saúde principalmente considerando que são pessoas que pagam pelo atendimento. É um número inaceitável", avaliou o diretor da associação, Florisval Meinão.

"Com relação às dificuldades, os números querem dizer que as empresas trabalham com uma lógica comercial. Elas buscam trabalhar com redes muito restritas para atendimento e essa rede é insuficiente para garantir o atendimento. Daí essa demora na marcação de consultas e exames", completou.

Com relação ao pronto atendimento, os usuários relatam que o local de espera estava lotado (76%), que o atendimento demorou muito (59%), que houve demora ou negativa para realização de exames ou procedimentos (34%) ou demora e negativa na transferência para internação hospitalar (12%).

Sobre as internações, 37% afirmaram ter poucas opções de hospitais, 26% tiveram dificuldade ou demora para o plano autorizar a internação e 16% se depararam com falta de vaga para internação. Com relação às cirurgias, 18% enfrentaram demora para a autorização, 9% não tiveram cobertura para materiais especiais e 8% não tiveram autorização.

"A situação que me parece mais grave é a do pronto atendimento. As pessoas não têm uma rede suficiente e têm sua situação agravada. Eles procuram as unidades de atendimento de urgência. A demora e a espera são muito grandes, as dificuldades para a realização de

exame nesses locais também é grande, o paciente precisa internar e não consegue internação. Fica uma situação muito difícil para quem vive um problema agudo”, disse Meinão.

Como consequência do atendimento deficitário dos planos, a quantidade de usuários que foi obrigada a procurar o Sistema Único de Saúde (SUS) passou de 15% há seis anos para 19% em 2018. Já aqueles que viram como única opção o atendimento particular passaram de 9% para 19%.

Médicos

A APM também avaliou a opinião de 615 médicos - 90% deles declararam haver interferência das empresas no exercício da medicina. Seis em cada dez apontam restrições quanto à solicitação de exames para o diagnóstico e alternativas de tratamento, além de apontarem entraves para a prescrição de medicamentos de alto custo, tempo de internação e de pós-operatório. As entrevistas foram feitas entre 12 de junho e 2 de julho.

A pesquisa mostrou que 60% trabalham no SUS e desses apenas dois entre dez disseram conseguir internar um paciente com facilidade. Pelo menos 85% afirmaram também enfrentar problemas para obter uma sala de cirurgia, sendo que 91% apontam dificuldade excessiva. Nove em cada dez profissionais dizem que o SUS não tem equipamentos adequados para exames e diagnósticos.

Em decorrência dessas dificuldades, sete em cada dez médicos disseram já ter sido agredidos durante o exercício da profissão. Pelo menos 12% denunciaram que já foram vítimas de agressão física.

Planos

Em nota, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) afirma que mantém a disposição para manter um diálogo aberto e pede que as entidades e categorias profissionais busquem, em conjunto com as operadoras e as autoridades, soluções para os desafios do setor.

Entre os desafios, a associação destaca “a escalada incessante dos custos assistenciais, motivada principalmente pela mudança no perfil demográfico, com o consequente aumento da assistência à população idosa, e pela incorporação constante e indiscriminada de tecnologias, e aumento de fraudes/desperdícios e a da indevida judicialização da saúde”.

A associação reforça que o descredenciamento de médicos que pedem mais exames não é regra e critica o “excesso de solicitações de exames”. “Prova disso é que o país é o campeão mundial de realização de ressonância magnética, um triste exemplo de desperdício, pois, com toda a certeza, muitos desses exames são completamente desnecessários”, destacou a nota.

NA ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE, O QUE SERVE PARA OS EUA NÃO PODE NO BRASIL

Folha de S. Paulo –19/07/2018

Autogestões deveriam ser estimuladas, e não inibidas pela ANS

Não passou indiferente para quem atua na área da saúde a notícia de que a Amazon, a Berkshire Hattaway e o JP Morgan [se uniram para oferecer um sistema próprio de saúde](#) para seus funcionários, tendo contratado como CEO nada mais nada menos do que Atul Gawande —cirurgião, escritor e pesquisador de saúde pública, além de professor do Departamento de Política de Saúde e Gestão da Escola de Saúde Pública de Harvard e de Cirurgia na Faculdade de Medicina da mesma universidade.

A motivação para criar um sistema sem fins lucrativos para autogerir a assistência oferecida aos funcionários das três empresas é a insatisfação com o custo e com a qualidade do modelo oferecido atualmente pelas operadoras americanas.

A iniciativa pretende, segundo o recém-contratado, combater três tipos de problema: altos custos administrativos, preços elevados e uso indevido do plano de saúde.

A notícia mexeu com as grandes operadoras americanas, que, afinal, vão perder mercado. As operadoras brasileiras, no entanto, podem ficar tranquilas e respirar aliviadas porque aqui a ANS (Agência

Nacional de Saúde Suplementar) emitiu a Resolução Normativa 355, que só admite a junção de trabalhadores caso suas patrocinadoras pertençam ao mesmo ramo de atividade.

Dizendo de outra forma, aqui, a Amazon, que é uma empresa que detém uma plataforma digital de venda e distribuição de produtos e soluções em informática (ramo de atividade: varejo) não poderia se associar ao JP Morgan, uma empresa do ramo financeiro; e ambas

não poderiam se juntar à Berkshire Hattaway, que atua em diversas atividades comerciais.

A autogestão é a mais antiga forma de prestação de assistência médica suplementar no Brasil, surgida em 1944, quando foi criada a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi).

Vários atributos diferenciam as autogestões (também denominadas “serviços de saúde próprio de empresas”) dos demais segmentos que atuam no mercado. É distintiva nas autogestões, por exemplo, a característica de não expulsar os mais velhos, como acontece no setor lucrativo, em função de preços proibitivos na última faixa etária.

De acordo com a ANS, no segmento das autogestões a população acima de 60 anos corresponde a 23,8% do total dos beneficiários de assistência médico-hospitalar, quase o dobro da mesma taxa verificada em todo o setor suplementar (13,3%).

As autogestões são classificadas como entidades de fins não econômicos, ou seja, não têm finalidade lucrativa. Isso pode parecer pouco importante em um ambiente capitalista, mas não é, especialmente porque estamos tratando do mercado da saúde, considerado pelos estudiosos como um dos mercados mais imperfeitos, pois a busca do lucro é responsável por vários desvios de conduta e pela realização de procedimentos desnecessários.

Frise-se ainda que as autogestões não gozam de nenhum privilégio tributário, a não ser obviamente não serem taxadas sobre o lucro a que não visam. As exigências da ANS também são as mesmas das demais operadoras de mercado. Por isso, é incompreensível o fato de não poderem se associar a outras autogestões ou mesmo buscarem adesões livremente como os demais segmentos (cooperativas, seguradoras e medicina de grupo).

Um segmento que possui atributos tão positivos deveria ser estimulado a crescer. No entanto, as autogestões vivem uma quadra difícil, ameaçadas pelo cerceamento de atuação imposto pela própria agência reguladora, o que resulta em pequeno número de vidas (76% com menos de 20.000 vidas), fato que aumenta substancialmente o chamado risco relativo (chance da ocorrência de um único evento poder desequilibrar financeiramente a operadora).

Não seria demais esperar que a ANS explicasse os fundamentos que inspiraram a resolução normativa citada. Qual a justificativa para isso? Com a palavra, a ANS.

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