

09 de Agosto de 2017

RELATOR DIZ QUE REFORMA NA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE DEVE DAR EQUILÍBRIO FINANCEIRO PARA EMPRESAS

Agência Câmara News –08/08/2017

Texto substitutivo aos mais de 140 projetos em análise na Comissão Especial sobre Planos de Saúde deve ser apresentado pelo deputado Rogério Marinho até final de agosto

O relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), informou que vai apresentar até o final de agosto o substitutivo às mais de 140 propostas que estão sendo analisadas pelo colegiado. A comissão visa reformar a Lei dos Planos de Saúde (Lei [9.656/98](#)). Os projetos analisados tramitam em regime de urgência.

Para Marinho, é preciso “racionalizar” o sistema de saúde suplementar, que contempla quase 25% da população brasileira, dando equilíbrio econômico-financeiro para as empresas. “Não podemos perder de vista que esta é uma atividade privada”, disse.

Na visão do relator, muitas vezes o Judiciário “transborda” o que determina a Constituição - “saúde um direito da população brasileira e dever do Estado” - e passa obrigações para os operadores privados. “A saúde suplementar complementa o sistema de saúde do governo, mas não pode e não deve ser confundido com o SUS [Sistema Único de Saúde]”, afirmou.

Novas tecnologias

O relator observou ainda que a incorporação das novas tecnologias impacta os operadores privados, que repassam os custos para os usuários, fazendo com que o peso dos planos no orçamento familiar fique abusivo”.

Segundo ele, há muitos interesses a serem conciliados na proposta que vai apresentar – o dos pacientes, o das operadoras e dos médicos, por exemplo.

As declarações foram dadas em audiência pública realizada nesta terça-feira (8) para debater os reajustes das mensalidades nos planos de saúde de assistência coletiva por adesão.

Médicos e reajustes

O presidente da comissão especial, deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), afirmou que os médicos recebem de R\$ 40 a R\$ 70 por consulta. “A classe médica tem sido colocada de lado na relação com os planos de saúde”, criticou. “Espero que os médicos sejam contemplados no relatório”, completou.

Já a deputada Carmem Zanotto (PPS-SC), que pediu a realização da audiência, afirmou que os reajustes nos planos de saúde coletivos por adesão têm variado de 10% a 50%. Os reajustes são fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para a deputada, cláusulas contratuais que preveem, genericamente, reajuste de mensalidades são abusivas e, portanto, nulas de pleno direito.

Envelhecimento da população

O diretor-presidente da Seguradora Unimed, Helton Freitas, no entanto, disse que os planos de saúde têm sido reajustados abaixo da inflação do setor (embora acima da inflação geral) e que tem diminuído o número de pessoas que possuem planos de saúde no Brasil. “O segmento mais atingido foi o das empresas, que não conseguem mais pagar o plano de saúde de seus funcionários”, informou.

De acordo com ele, apenas no “segmento de pessoas idosas” tem havido aumento de contratação de planos de saúde. “As pessoas idosas adoecem mais: uma pessoa de 80 anos tem gastos 13 vezes maior para os planos do que os jovens”, calculou.

Para Freitas, a reforma da lei deve incluir a discussão sobre o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde suplementar.

Ele pediu marco um marco legal “enxuto e reconhecido”, que reforce o valor dos contratos e que seja complementado pela regulamentação. “A lei tem que regular menos; a agência, regular mais”, opinou. Para ele, a regulação excessiva do governo retira a atratividade para os investimentos.

O diretor da Unimed afirmou ainda que o “crescimento exponencial” da judicialização no setor é um dos fatores que prejudicam o equilíbrio econômico-financeiro dos operadores de planos de saúde. Na visão dele, a Justiça muitas vezes tem ignorado o marco regulatório do setor em suas decisões.



ANS PROPÕE NORMA PARA TORNAR FISCALIZAÇÃO MAIS EFICIENTE

ANS –08/08/2017

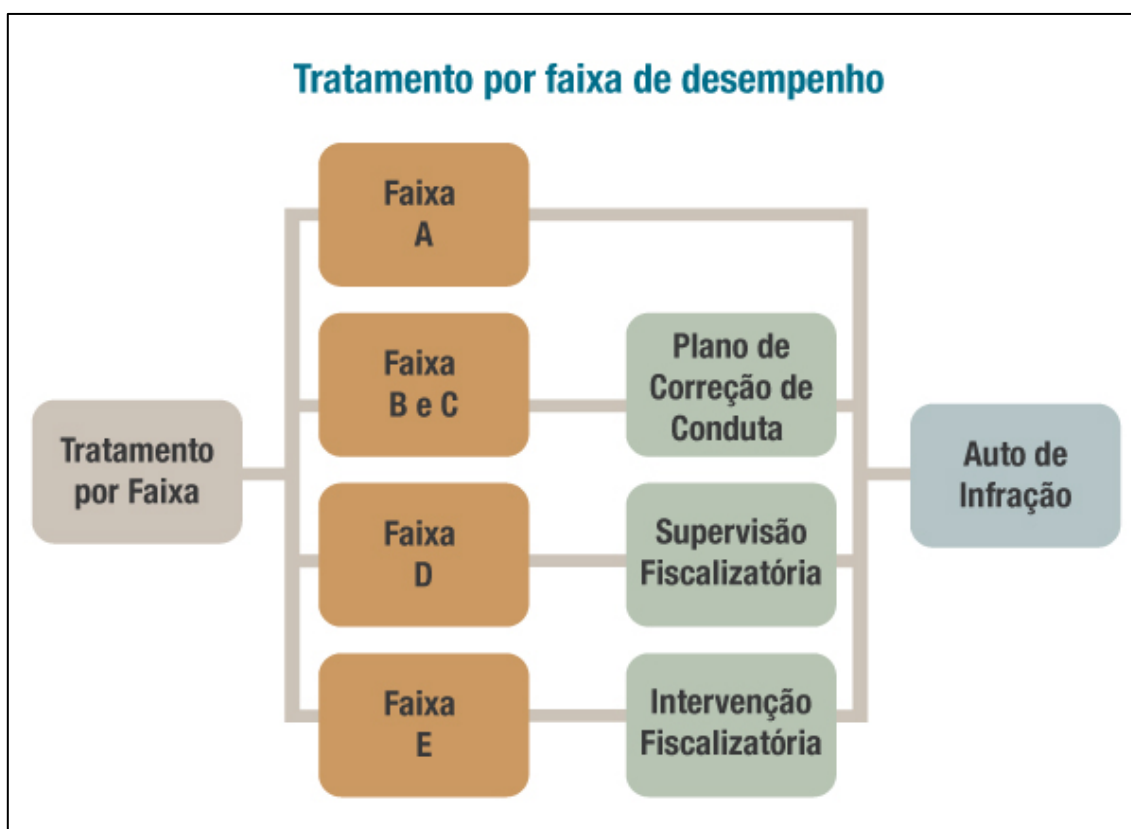
Tem início nesta terça-feira (8/8), a Consulta Pública nº 65 visando receber, a partir do dia 15/08, contribuições de toda a sociedade acerca da proposta normativa para implementação de um novo sistema de fiscalização na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O objetivo é tornar as atividades fiscalizatórias mais eficientes, aprimorando a regulação do setor e promovendo melhoria no atendimento aos beneficiários de planos de saúde. Além de mudanças nos fluxos dos processos fiscalizatórios, a proposta de Resolução Normativa traz novidades como o tratamento diferenciado pela faixa de desempenho das operadoras, medido através de indicadores sobre o atendimento ao beneficiário




e o cumprimento da regulação e, também, alterações na aplicação das penalidades.

“A nova norma contempla ações e medidas para induzir à efetiva mudança de comportamento das operadoras em favor dos beneficiários de planos de saúde”, explica Simone Sanches Freire, diretora de Fiscalização da ANS. “O novo modelo reunirá em uma única norma resoluções que tratam dos procedimentos das ações fiscalizatórias e das penalidades. Ou seja, teremos um instrumento único, um Código de Infrações da Saúde Suplementar”, destaca.

Classificação por faixa e novo Indicador de Fiscalização

O novo sistema de fiscalização contempla a classificação das operadoras por faixa de desempenho e a aplicação de medidas correspondentes a cada faixa. Quanto pior o desempenho, mais rigorosas serão as ações e medidas adotadas, repercutindo também na dosimetria do valor da multa pecuniária.



	Plano de Correção de Conduta
	Plano elaborado a partir da identificação, pela fiscalização, de condutas reiteradas lesivas aos beneficiários
	Elaborado pela própria operadora
	Deve ser aprovado pela fiscalização
	O monitoramento do plano se dará através do histórico da posição da operadora na faixa de desempenho e da reiteração de condutas infrativas
A aprovação do plano leva ao não-agravamento das multas	
	Supervisão Fiscalizatória
	Conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos a fim de identificar e solucionar condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas
	Ação proativa da fiscalização da ANS
	Seleção de operadoras na segunda pior faixa de desempenho
	Penalidades: multa pecuniária específica de R\$ 50 mil a R\$ 500 mil e suspensão do administrador de 30 a 60 dias
	Intervenção Fiscalizatória
	Conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos, a fim de identificar e solucionar condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas de maior gravidade
	Ação proativa da fiscalização da ANS
	Seleção de operadoras na pior faixa de desempenho
	Atuação em in loco como regra
Penalidades: afastamento dos mecanismos de conclusão antecipada do processo; afastamento da RVIP; recomendação de instauração de regimes especiais; multa pecuniária específica de R\$ 200 mil a R\$ 1 milhão; suspensão do administrador de 30 a 180 dias	
<i>Obs.: Normativo específico disciplinará de forma mais detalhada os institutos acima descritos</i>	

A cada ciclo de fiscalização (que tem duração de seis meses), as operadoras serão classificadas em cinco faixas de desempenho (A, B, C, D ou E) de acordo com cálculo feito através de indicador de fiscalização.

O indicador será composto por duas dimensões: uma relacionada ao desempenho perante a fiscalização, com dados referentes à solução prévia do conflito com os beneficiários e a sua estrutura de atendimento, incluindo o fornecimento de protocolo; e outra dimensão relacionada ao cumprimento das obrigações regulatórias de envio de informações periódicas à ANS.

A expectativa é que as alterações normativas reduzam o prazo máximo de duração dos processos, dos atuais 250 dias para 180 dias, meta preconizada no Projeto de Lei das agências reguladoras.

Proporcionalidade da multa e novas tipificações

Outra importante medida proposta é a proporcionalidade do valor das multas. Hoje, uma negativa de cobertura, por exemplo, tem a sua multa-base fixada no valor em R\$ 80 mil, não importando se a negativa foi referente a um exame de sangue ou uma internação. A partir das conclusões extraídas do GT Debates Fiscalizatórios, houve adequação de alguns tipos infrativos de forma a estabelecer uma sanção específica e proporcional ao dano causado.

“A necessidade de aprimorar a atual resolução sobre penalidades foi um ponto exaustivamente colocado nos diversos debates fiscalizatórios que realizamos. Assim, trabalhamos para construir

uma proposta em que sejam considerados o porte econômico da operadora e a gravidade da infração, requisitos relacionados à proporcionalidade do valor das multas”, destaca a diretora.

Dessa forma, a proposta é de detalhamento de infrações hoje classificadas de forma mais ampla. Cobertura assistencial e reajuste, temas mais recorrentes, terão novas tipificações. No caso das infrações relacionadas a cobertura assistencial, os valores das sanções serão relacionados com o custo do procedimento e sua preponderância na assistência à saúde do beneficiário.

Houve, ainda, modificações pontuais nas circunstâncias agravantes e atenuantes. Passa a ser considerada circunstância agravante a infração ocorrida em detrimento de menor de dezoito anos, maior de 60 anos ou de pessoa com deficiência física, mental ou sensorial. Em caso de morte do beneficiário, a multa será cobrada em dobro. Já a circunstância atenuante será aplicada quando o infrator adotar voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração antes da decisão de primeira instância.

Construção conjunta

A proposta colocada em consulta pública é fruto de um processo participativo de construção promovido pela ANS desde setembro de 2016. Além de discussões internas, com servidores de todas as áreas da Agência, foram realizadas quatro reuniões do Grupo Técnico Debates Fiscalizatórios, que contou com a participação de órgãos de defesa do consumidor, Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro, Defensoria Pública, representantes de operadoras de planos de saúde e de entidades médicas. Todos os documentos relativos às discussões realizadas estão disponíveis no portal da ANS em Participação da Sociedade / Câmaras e Grupos Técnicos / Grupo Técnico de Debates Fiscalizatórios.

O envio de contribuições deverá ser realizado exclusivamente por meio de formulário eletrônico disponível no portal da ANS durante o período de 30 dias a partir de 15/08.

[Clique aqui e confira os materiais relacionados à Consulta Pública nº 65.](#)

Novo Sistema de Fiscalização - Principais Medidas

- Classificação e tratamento de operadoras por faixa de desempenho, com incentivos para que as operadoras estejam na melhor posição
- Aprimoramento do Indicador de Fiscalização: será observado o desempenho perante a fiscalização, com dados referentes à solução prévia do conflito com os beneficiários e a sua estrutura de atendimento, e, ainda, o cumprimento das obrigações regulatórias de envio de informações periódicas à ANS
- Consideração do porte econômico – faturamento anual – para aplicação da penalidade
- Estabelecimento de sanções efetivamente proporcionais ao dano causado

ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA SOBRE CONTRATAÇÃO DE PLANOS POR EMPRESÁRIOS INDIVIDUAIS

ANS – 08/08/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre nesta terça (8/8) a Consulta Pública nº 64, sobre proposta de normativa para regulamentar a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual.

De acordo com a minuta de Resolução Normativa ora em consulta pública, o empresário individual poderá contratar plano de saúde coletivo empresarial, necessitando, para isso, apresentar documento para exercício da atividade profissional que confirme sua inscrição nos órgãos competentes pelo período mínimo de seis meses, de acordo com sua forma de constituição.

O que propõe a norma

Quem pode ingressar no plano coletivo contratado por empresário individual

Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da Resolução Normativa nº 195/2009. Somente poderá contratar o plano após comprovar a inscrição para exercício profissional da atividade profissional há, no mínimo, seis meses. A comprovação da continuidade do efetivo exercício da atividade empresarial, bem como dos requisitos de elegibilidade, deverá ser efetuada pela operadora anualmente, no mês de aniversário do contrato.

Carência

Pode haver cobrança de carência. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à contratante, em contratos com 30 ou mais indivíduos.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de Doença ou Lesão Preexistente (DLP)

Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta

complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para Doenças ou Lesões Preexistentes, que são aquelas enfermidades que o beneficiário sabe que tem e que efetivamente declarou. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, de leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à contratante.

Rescisão pela operadora

O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 meses, na data de aniversário do

contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência do aniversário do contrato.

Reajuste

Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, o reajuste será negociado entre a contratante e a operadora, de acordo com as regras estabelecidas no contrato.

[Clique aqui e confira os materiais relacionados à consulta pública nº 64.](#) As contribuições começarão a ser recebidas a partir do dia 15/8 pelo site da ANS.

PLANO ODONTOLÓGICO: BOM PARA A EMPRESA E PARA O COLABORADOR

Revista Apólice –07/08/2017

Quando se fala em mercado de trabalho, não é apenas o salário que surge como aspecto decisório para a manutenção ou troca do emprego. Além do rendimento mensal, outro ponto que é extremamente valorizado pelos colaboradores consiste nos benefícios corporativos. Diante de tal contexto, o plano odontológico aparece como importante ativo para as organizações.

Segundo Júlio Cesar Felipe, CEO da Caixa Seguradora Odonto, além de contribuir na retenção de talentos, o benefício reduz o absenteísmo e colabora com a melhoria do bem-estar dos funcionários e familiares. “As empresas passaram a sentir a necessidade de implantar os planos odontológicos com mais afinco nos pacotes de benefícios. E estão percebendo o produto não só como um benefício relacionado à aparência, mas também para a saúde e produtividade dos colaboradores”, afirma.

De acordo com o executivo, nos últimos anos, houve um aumento na conscientização da população brasileira quanto à importância dos tratamentos dentários.

“Porém, nunca é demais reforçar a importância das consultas periódicas com um dentista, lembrando que falhas comuns nos hábitos de higiene e cuidado com a saúde bucal podem levar a complicações desagradáveis nos dentes e nas gengivas, além da possibilidade de migração das infecções e bactérias da região da boca para outras regiões do corpo.”, recomenda Felipe.

Portanto, sob essa ótica, observa-se que o benefício não apenas recompensa o esforço e a dedicação do colaborador, mas também contribui para a sua qualidade de vida. “Isso impacta positivamente o clima organizacional, já que tanto a empresa quanto o funcionário acabam sendo beneficiados”, pontua o executivo.

Crescimento de beneficiários

Ao contrário do que ocorre com os planos de saúde, o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segue crescendo. Entre outubro de 2016 a março de 2017, foram firmados 970 mil novos vínculos de planos odontológicos no Brasil – o que representa uma alta de 4,5%, segundo levantamento do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), com base em dados da Agência Nacional de Saúde (ANS).

“O fato de o número de beneficiários crescer mesmo diante de um cenário de redução de empregos, de renda e de crédito, demonstra que a receptividade do plano odontológico é positiva e de que a população brasileira vem priorizando este segmento”, destaca Felipe.

Custo

Outro ponto a ser destacado é que, na comparação com o plano de saúde, o produto apresenta ótimo custo-benefício. Por exemplo, na opção PME (Pequenas e Médias Empresas) para companhias de duas a 199 vidas, o valor para o funcionário fica a partir de R\$ 18,97. São quatro planos odontológicos disponíveis: Sigma (Rol mínimo da ANS), Beta (Sigma + 13 procedimentos), Alfa (Beta + documentação ortodôntica) e Delta (Alfa + próteses).

Todos os planos possuem cobertura nacional, possibilitando assim um atendimento de qualidade onde o cliente estiver. Além disso, não possui carência para todos os procedimentos, exceto contratos com até 29 vidas que terão carência de 180 dias para procedimentos da Especialidade Prótese do Rol ANS.

Facilidades

Algumas empresas disponibilizam aplicativo gratuito com diversas funcionalidades, como a visualização da carteirinha, desconto em farmácias para aquisição de medicamentos, busca da rede credenciada por geolocalização, pedido e acompanhamento de reembolso.

“A SAÚDE CAMINHA PARA UMA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL”, DIZ ALEXANDRE GRANDI

SaúdeBusiness –07/08/2017

O mercado de tecnologia no Brasil, se comparado a outros países desenvolvidos, encontra-se um pouco atrás com relação aos seus avanços tecnológicos, em especial na saúde – e com exceção de algumas ilhas de excelência de cuidado. Isso se deve por uma questão de financiamento e não necessariamente de disponibilidade. Para entendermos um pouco a questão da

transformação digital na saúde, conversamos com Alexandre Grandi, Diretor da área de Healthcare da Cognizant.

A saúde é um segmento mais conservador, a mudança de hábito dos beneficiários dificilmente é estruturada e planejada de maneira científica e os processos de adoção de tecnologia e avaliação de impacto dos novos equipamentos/tratamentos são razões que lentificam o processo em relação a outros setores. Grandi aponta que a saúde vem realizando bons investimentos em equipamentos médicos e em soluções de gestão hospitalar, que por sua vez disponibilizam muitos benefícios como: atendimentos mais efetivos, diminuição no número de erros, diagnósticos mais assertivos, redução de custos e claro, aumento no faturamento.

Os investimentos se estendem para soluções de armazenamento de dados, como o Big Data uma tecnologia que permite um melhor aprimoramento da experiência e comportamento do paciente, otimizando a performance das instituições de saúde.

Segundo Grandi, o setor necessita de um uso mais inteligente de TI que contempla um maior uso e investimentos em ferramentas como Big Data e Cloud Computing, por exemplo. Entretanto, para ele, muitas organizações deixam de investir em tecnologia, em razão de toda a parafernália de infraestrutura e a dificuldade em arcar com grandes custos.

Assim sendo, uma possibilidade para viabilizar esse problema seria o uso da cloud (nuvem) que acaba sendo um grande facilitador porque atenua investimentos mais pesados, além de possibilitar a redução de custos em infraestrutura, visto que para a sua implementação não é necessário uma extensa quantidade de equipamentos para armazenar ou atualizar dados, os sistemas são escalonáveis.

“A cloud tem um importante papel de alavancar os dados em tecnologia”, diz Grandi. Com a nuvem, a qualquer momento é possível aumentar ou reduzir a capacidade de armazenamento de dados e acesso remoto.

A transformação digital permite que os pacientes sejam mais ativos nos cuidados, além de promover um maior acesso ao fluxo de informações e a troca de experiência entre os agentes.

“Quando pensamos em inovação na saúde, devemos nos manter disponíveis para novas soluções e mecanismos de cuidados em saúde”, afirma Grandi.

A tecnologia não pode ser encarada como uma concorrente para a promoção dos cuidados, a inovação vem para auxiliar na prescrição e manutenção dos cuidados, sendo extremamente benéfica para a toda a cadeia.

REAJUSTES EM PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO E INCLUSÃO DE TRATAMENTOS EM DEBATE NA CÂMARA

O Globo –07/08/2017

Encontros acontecem nesta terça-feira em duas comissões

BRASÍLIA — Duas comissões da Câmara dos Deputados têm planos de saúde como tema de debate nesta terça-feira. A Comissão Especial sobre Planos de Saúde promove audiência pública, às 10h, no Plenário 11, para debater os reajustes das mensalidades nos planos privados de assistência coletiva por adesão. Já a Comissão Especial de Inovação Tecnológica da Saúde debater o processo de incorporação de novos tratamentos na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde suplementar.) encontro, realizado a pedido do deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), ocorrerá no plenário 15, e terá início às 14h30min.

O colegiado da Comissão Especial dos Planos de Saúde vai analisar o Projeto de Lei [7419/06](#), que obriga os planos e seguros privados de assistência à saúde a cobrir as despesas do acompanhante de paciente menor de 18 anos internado em unidade de terapia intensiva (UTI), quando houver recomendação médica.

A deputada Carmem Zanotto (PPS-SC) explica que existem três tipos de Planos Privados de Assistência à Saúde: individual ou familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão. Reajustes em planos individuais são fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nos empresariais a negociação é direta entre empresa e operadora.

Nos planos coletivos por adesão uma empresa contrata os serviços de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica de outra, ajustando uma apólice que será oferecida a pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

“Normalmente justificados pela “alta sinistralidade do grupo de consumidores” ou pela “atualização dos valores dos serviços” ou, ainda, para “restabelecimento do equilíbrio contratual” e “revisão técnica”, as Seguradoras buscam aumentos que variam de 10% à 70% da mensalidade”, explica a deputada Carmem Zanotto.

Para a deputada, cláusulas contatuais que preveem, genericamente, os reajustes de suas mensalidades são abusivos e, portanto, nulas de pleno direito.

Para participar da audiência, foram convidados o diretor-presidente da Seguradora Unimed, Helton Freitas; a gerente médica do Visão Instituto Oftalmológicos do Distrito Federal, Alba Valéria Eira Fleury; e o diretor Jurídico do Instituto Oncoguia, Tiago Farina.

Mudanças no rol de atendimento

Para a audiência da Comissão Especial de Inovação Tecnológica da Saúde, foram convidados representantes da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Karla Santa Cruz Coelho; e o presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe -Regional Rio de Janeiro), Sérgio Custódio Vieira.

De acordo com o deputado Hiran Gonçalves, as inovações tecnológicas na área da saúde proporcionam novos tratamentos constantemente, o que traz para o sistema o desafio de continuar prestando serviços de alta qualidade, porém mantendo preços acessíveis e o negócio viável economicamente. Para ele, é importante colocar em discussão as dificuldades do setor, “por impactarem na vida de muitos brasileiros”.

RESULTADO PRELIMINAR DO MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL – 1º TRIM/17

ANS –07/8/2017

Está disponível o resultado preliminar do Monitoramento do Risco Assistencial relativo ao 1º trimestre de 2017. A operadora poderá

acessar seu resultado na Central de Relatórios > Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha. Para acessar a Central de Relatórios, [clique aqui](#).

Conforme previsto nos artigos 9º e 10 da RN nº 416 de 22/12/2016, os questionamentos poderão ser enviados impreterivelmente até o dia 21/08/2017. O envio dos questionamentos deve ser feito via PTA – Programa de Transmissão de Arquivos.

O arquivo do questionamento deve ser enviado no formato .pro (basta alterar manualmente a extensão do arquivo .pdf para .pro) e o nome do arquivo deve seguir a seguinte estrutura:

REGANS_RECORSO-MONIT-ASSIST_NN.PRO

Onde:

REGANS: Registro da Operadora na ANS com 6 dígitos, sem traços, pontos nem separações

RECORSO-MONIT-ASSIST: Identifica que o assunto da demanda é um questionamento do resultado preliminar do Monitoramento do Risco Assistencial. Essa nomenclatura deverá mantida inalterada

NN: Número da versão (01, 02, 03, etc), caso a operadora necessite mandar mais de um questionamento

Para mais instruções sobre o envio via PTA, consulte a [Portaria DIPRO nº 01 de 04/05/17](#) e seu [anexo](#).

OPERADORAS DE SAÚDE PODEM IR À JUSTIÇA CONTRA FIM DE CARÊNCIA

Folha de São Paulo – 04/08/2017

As [novas regras de portabilidade de planos de saúde](#) poderão ser levadas à Justiça, caso operadoras e ANS (agência reguladora do setor) não cheguem a um acordo durante a consulta pública sobre o tema, aberta na quinta (3).

"A mudança é uma superproteção ao cliente e vai elevar o preço dos produtos", afirma Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, que representa as operadoras.

Uma das críticas é permitir que beneficiários com planos empresariais migrem para outras coberturas.

"É uma interferência em um contrato entre dois entes privados. O valor é calculado conforme o total de funcionários. Ao permitir que migrem, será preciso renegociar."

A norma que possibilita a portabilidade a qualquer momento também implicará em maiores custos, diz Scheibe.

A regra incentivaria as pessoas a pagar um plano mais barato e, quando necessário, recorrer a um mais caro –com uma geração de despesas imediata à operadora, diz ele.

ANS COLOCA EM CONSULTA PÚBLICA RESOLUÇÃO PARA APRIMORAR PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

ANS – 03/08/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai atualizar a norma que estabelece as regras para que o beneficiário de plano de saúde possa trocar de operadora sem cumprir novo período de carência. O tema está sendo colocado em consulta pública a partir de hoje (03/08) para que toda a sociedade possa participar da discussão e contribuir com sugestões. Com as mudanças, a reguladora busca oferecer ao consumidor maior mobilidade no mercado, aumentando as possibilidades de escolha do plano de saúde, e incentivar a concorrência no setor.

Uma das principais alterações propostas é o fim da chamada "janela", período que o beneficiário tem para fazer a portabilidade – atualmente o interessado deve solicitar a troca no período de 120 dias contados a partir do 1º dia do mês de aniversário do contrato. Esse critério impede que beneficiários que não estão sendo adequadamente assistidos pela operadora deixem imediatamente o plano. Com a nova regra, a troca de plano poderá ser feita a qualquer tempo após o cumprimento do prazo de permanência.

A norma que está sendo proposta também amplia a portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais, modalidade que contempla, atualmente, 66,4% dos beneficiários de planos médico-hospitalares, ou seja, cerca de 31,5 milhões de pessoas. Pelas normas em vigor, apenas beneficiários de planos individuais ou familiares e coletivos por adesão podem fazer portabilidade.

"Essa proposta de normativa vem sendo construída a partir de diversas reuniões realizadas pela ANS no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos, que reúne representantes de operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor. Ela foi aprimorada levando-se em conta principalmente as necessidades

dos beneficiários de planos de saúde e representa um importante avanço no processo regulatório, garantindo mais qualidade para o setor", avalia Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro) da ANS.






Outra importante medida prevista é a substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas. "A compatibilidade por tipo de cobertura restringe o acesso de muitos beneficiários que não encontram planos compatíveis nesse critério, pois há uma grande concentração de planos classificados em internação com obstetrícia e pouca oferta de planos de internação sem obstetrícia ou sem internação. Já o fim da janela permite que o beneficiário possa escolher, a qualquer tempo, o plano em função da qualidade, o que aumenta a concorrência", explica a diretora.

A portabilidade de carências foi instituída pela Resolução Normativa nº 186/2009. Inicialmente, era permitida apenas para beneficiários de planos de contratação individual ou familiar. Posteriormente, com a publicação da RN nº 252/2011, o benefício foi estendido também aos beneficiários de planos coletivos por adesão e criou-se a portabilidade especial de carências para situações especiais, em que a mudança de plano ou de operadora é ocasionada por motivos alheios à vontade do beneficiário.

Todos os materiais relacionados à consulta pública nº 63 estão disponíveis no site da ANS ([confira aqui](#)). As contribuições deverão ser enviadas no período de 10/08 a 11/09 pelo próprio site da reguladora.

Confira as propostas para alteração da Resolução Normativa nº 186

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PROPOSTAS DE MUDANÇA

-  Fim do período para o exercício da portabilidade (janela)
-  Extensão da portabilidade para beneficiários de planos coletivos empresariais
-  Substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas
-  Fim da exigência da compatibilidade de preço para portabilidade especial por liquidação de operadora
-  Portabilidade para beneficiários de contrato coletivo rescindido

REGRAS PARA TROCA DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE SERÃO MAIS FLEXÍVEIS

O Globo – 03/08/2017

Propostas da ANS dão mais mobilidade e opções ao beneficiário que deseja mudar de plano

RIO — As regras para que o beneficiário de plano de saúde possa trocar de operadora sem cumprir novo período de carência deverão ser flexibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O tema está sendo colocado em consulta pública a partir desta quinta-feira para que toda a sociedade possa participar da discussão e contribuir com sugestões. A ideia da agência reguladora é, com as mudanças, facilitar a portabilidade, oferecendo ao consumidor maior mobilidade no mercado e aumentando as possibilidades de escolha do plano de saúde, e incentivar a concorrência no setor, explica Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro) da ANS. Interessados em saber mais sobre a consulta pública e enviar sugestões podem acessar o [link na página da ANS](#). As contribuições deverão ser enviadas entre o dia 10 deste mês e 11 de setembro.

Uma das principais mudanças é permitir que beneficiários de planos coletivos empresariais possam também fazer a portabilidade. Pelas normas em vigor, apenas beneficiários de planos individuais ou familiares e coletivos por adesão podem mudar de operadora e de plano de saúde. Atualmente, 66,4% dos beneficiários de planos médico-hospitalares, ou seja, cerca de 31,5 milhões de pessoas têm planos de saúde empresariais. Ainda de acordo com a ANS, cerca de 1,7 milhão de pessoas perderam os planos oferecidos pelas empresas nos últimos dois anos, devido ao aumento do desemprego no país.

Outra alteração é que o beneficiário faça a troca de plano a qualquer hora, após o cumprimento do prazo de permanência, pondo fim à chamada "janela" para fazer a transferência: 120 dias contados a partir do 1º dia do mês de aniversário do contrato. Esse critério impede que beneficiários que não estão sendo adequadamente assistidos pela operadora deixem imediatamente o plano.

Advogado especialista em Direito à Saúde, Rodrigo Araújo entende que as regras atuais para portabilidade de carências de planos de saúde não são mais eficazes e são poucos os consumidores que conseguem preencher todos os requisitos e ainda encontrar um produto disponível para nova contratação.

- Atualmente, é necessário que o consumidor seja beneficiário de um plano de saúde do tipo individual ou coletivo por adesão

contratado a partir de 1999 ou adaptado a Lei dos planos de saúde; tenha mais de dois anos de contratação ser for a primeira portabilidade ou mais de um ano para portabilidades seguintes; esteja adimplente com o pagamento das mensalidades; e requeira a portabilidade no mês de aniversário do contrato ou nos três meses seguintes. Preenchidos esses requisitos, ele ainda tem que encontrar um “produto compatível”, restrito apenas aos contratos individuais ou coletivos por adesão.

O advogado diz ser importantíssimo ampliar o direito de portabilidade aos beneficiários de planos coletivos empresariais, pois, desta forma, quando um empregado for demitido e não tiver direito de manutenção do plano de saúde do ex-empregador, ele poderá portar as carências já cumpridas para um outro plano de saúde. No entanto, lembra, este ainda terá que enfrentar o problema referente à falta de opções de contratação: baixíssima disponibilidade de planos individuais e a exigência do requisito de admissibilidade para aderir aos contratos coletivos por adesão.

Outra questão que nunca fez sentido, na opinião de Araújo, é a de exigir que a portabilidade seja exercida apenas no mês de aniversário do contrato e nos três meses seguintes. Com a exclusão dessa exigência, bastará ao consumidor ter o prazo de permanência mínima no contrato, ressalta o advogado.

De acordo com a diretora da ANS, essa proposta de normativa vem sendo construída a partir de diversas reuniões realizadas pela ANS no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos, que reúne representantes de operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor. Karla esclarece que ela foi aprimorada levando-se em conta principalmente as necessidades dos beneficiários de planos de saúde e representa um importante avanço no processo regulatório, garantindo mais qualidade para o setor.

A medida prevê ainda a substituição da compatibilidade por tipo de cobertura pela exigência de carências para as coberturas não previstas. Também estão sendo propostos o fim da exigência da compatibilidade de preço para portabilidade especial por liquidação de operadora e a portabilidade para beneficiários de contrato coletivo rescindido.

Karla ressalta que a compatibilidade por tipo de cobertura restringe o acesso de muitos beneficiários que não encontram planos

compatíveis nesse critério, pois há uma grande concentração de planos classificados em internação com obstetrícia, representando mais de 80% de planos no mercado. Dessa forma, o beneficiário que contratou um plano de “internação sem obstetrícia” ou “sem internação” fica restrito a um nicho de mercado que representa menos de 15% dos planos. Já o fim da janela, diz a diretora, permite que o beneficiário possa escolher, a qualquer tempo, o plano em função da qualidade, o que aumenta a concorrência.

Poucas opções para o usuário

Araújo lembra que a ANS disponibiliza em seu site um simulador de compatibilidade dos planos, mas o problema é que a maioria dessas opções não está, de fato, disponível. São listados apenas planos do tipo individual e coletivo por adesão. Os planos individuais representam, atualmente, 19,5% do total de beneficiários e não são mais comercializados pelas grandes operadoras de saúde. Já os coletivos por adesão, representados por apenas 13,5% do total de beneficiários, exigem que o interessado pertença a uma determinada categoria profissional para poder aderir ao contrato.

- Se o consumidor não encontrar um produto individual ou não pertencer a nenhuma das categorias profissionais que disponibilizem um plano de saúde através de suas entidades representativas de classe, ele não encontra opção de contratação. E, como se não bastasse, a lista de opções disponibilizada pelo simulador da ANS não informa, dentre os planos coletivos por adesão, qual é a categoria profissional representada pelo produto listado, o que obriga o consumidor a ligar para cada uma das operadoras, informar o número de registro do produto que constou da lista e perguntar qual é categoria profissional amparada pelo respectivo produto, uma tarefa muito difícil. Não é por outro motivo que a maioria dos consumidores desiste ou nem tenta fazer a portabilidade - esclarece o advogado.

A portabilidade de carências foi instituída pela Resolução Normativa nº 186/2009. Inicialmente, era permitida apenas para beneficiários de planos de contratação individual ou familiar. Posteriormente, com a publicação da RN nº 252/2011, o benefício foi estendido também aos beneficiários de planos coletivos por adesão e criou-se a portabilidade especial de carências para situações especiais, em que a mudança de plano ou de operadora é ocasionada por motivos alheios à vontade do beneficiário.

GSF PRETENDE FECHAR O ANO COM R\$ 100 MILHÕES INVESTIDOS

Saúde Business – 03/08/2017

Por meio de uma estratégia de crescimento baseada em verticalização, o Grupo São Francisco (GSF) anuncia que acaba de completar 1 milhão de vidas atendidas. O número, que inclui os beneficiários da operadora São Francisco Saúde e da São Francisco Odontologia, reflete também as iniciativas de otimização e inovação no atendimento que vêm sendo empregadas pelo Grupo.

Só no primeiro semestre foram investidos R\$ 60 milhões na ampliação da capilaridade da rede no interior de São Paulo, Centro Oeste e na região do Sul de Minas Gerais. A empresa, que já tem 78 unidades próprias em funcionamento, pretende inaugurar outras 10 até o final do ano. O objetivo é investir mais R\$ 40 milhões na expansão do Grupo nesse período, considerando novas aquisições e aportes financeiros em tecnologia e novas unidades.

“Chegar a 1 milhão de vidas é, sem dúvida, um marco muito significativo para a empresa. Isso reflete nossos esforços em não somente promover o crescimento do Grupo, mas também melhorar o atendimento já oferecido”, afirma Lício Cintra, presidente do Grupo São Francisco, que complementa “tivemos um crescimento de 69%

no número de empresas atendidas nos últimos dois anos, resultado de um modelo inovador que foca na medicina preventiva, permitindo que nossos pacientes sejam mais saudáveis em longo prazo”.

No decorrer de 2017, o GSF também tem investido expressivamente em inovação hospitalar: a previsão é de R\$ 15 milhões direcionados a esse setor até o final do ano – quase o dobro do aporte de 2016, que foi de R\$ 8 milhões. “Qualidade e segurança são nossa prioridade. Tanto que muitos dos nossos centros de atendimento são referências nas áreas onde atuam” ressalta Lício.

Prevenção e tecnologia como diferenciais

Mesmo com cerca de 83% dos beneficiários oriundos de planos corporativos, a holding tem observado uma maior procura por planos familiares e particulares nas regiões onde atua e acredita que isso deve-se à robustez do atendimento. Além de um corpo clínico de primeira linha, todos os beneficiários têm acesso ao ‘Programa Viver Bem’, voltado a medicina preventiva.

O aplicativo BIO, disponibilizado gratuitamente a todos os beneficiários do GSF, tem sido um importante agente nesta área de medicina preventiva e na redução da sinistralidade. Desde que foi implantado, já permitiu a redução de 32% do número de internações, 23% de consultas ambulatoriais e 25% de usuários de

pronto-socorro. Com R\$ 3,5 milhões em investimento, a solução monitora diariamente cerca de 6 mil pessoas, que podem acionar via app uma equipe de enfermeiros 24 horas por dia, 7 dias por semana.

"Nosso objetivo é manter o crescimento expressivo que temos tido nas regiões estratégicas por meio do aumento da capilaridade e da melhoria contínua das ofertas", conclui Lício.

COM QUASE 30% A MAIS DE IDOSOS, PLANOS DE SAÚDE PRECISAM DE REFORÇOS NO ATENDIMENTO

SEGS – 03/08/2017

Após fazer uma pesquisa com operadoras de saúde de autogestão, a UNIDAS constatou um aumento de 29,9% no número de beneficiários com 59 anos ou mais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que, em 2030, seremos pouco mais de 223 milhões de brasileiros e com estes dados o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) projeta que, mantida a atual taxa de cobertura média dos planos de saúde para o conjunto dos brasileiros, a proporção de beneficiários idosos, na faixa de 59 anos ou mais, saltará de 12,3%, em 2015, para 20,5%, em 2030.

O aumento chama a atenção das operadoras e seguradoras de planos de saúde, principalmente porque esta mudança de perfil pode acarretar aumento de demanda de utilização, na forma de consultas, procedimentos e internações. Considerando este aumento, os fluxos nos canais de atendimento ficarão mais movimentados e as empresas precisarão de sistema de gestão mais assertivo e prático para evitar o aumento dos custos assistenciais, assim como investir em tecnologia para reduzir os custos operacionais.

Aumentar a produtividade e eficiência operacional pode ser a chave para evitar aumento dos custos e também reduzir os riscos

associados as notificações da ANS na forma de NIP. Em especial o investimento em tecnologias de CRM pode, além de aumentar a produtividade e garantir o atendimento dentro do prazo determinado pela Agência Nacional de Saúde, ser uma estratégia de gestão de utilização de forma a prevenir o uso desnecessário do plano, por meio de análises e encaminhamento correto. Desta forma, o beneficiário poderá ter uma assistência mais assertiva com menos desperdício em exames e consultas.

Para gestão de custos as operadoras têm investido em duas frentes: investir em rede própria e utilizar a tecnologia da informação. No caso da utilização de ferramentas de tecnologia da informação, em especial em CRM e BI (business intelligence), as operadoras observam além de aumento de produtividade uma melhor gestão das demandas e a garantia que os atendimentos sejam realizados nos prazos preconizados pela ANS. No caso de utilização de CRM é possível ter a visualização do histórico das solicitações do beneficiário de forma a prevenir a utilização indevida ou tomar ações proativas de forma a direcionar o beneficiário para o correto especialista, reduzindo os custos assistenciais, ou seja, o uso do CRM permite redução de custo operacional e o custo assistencial.

Em um mercado altamente regulado pela ANS, onde a sinistralidade chega a 80%, é necessário o investimento em tecnologias que permitam a redução de custo, neste sentido, investimentos na implantação e utilização de CRM pode ser uma estratégia para redução de custos e melhoria de qualidade de atendimento, nas operadoras de planos de assistência médica e assistência odontológica.

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