

08 de agosto de 2018

INTERMEDIÁRIAS ENTRE PLANOS DE SAÚDE E CLIENTES CRESCEM EM PLENA CRISE

Folha de S. Paulo –06/08/2018

Recém-chegadas e com força política, elas negociam contratos e reajustes

SÃO PAULO Participantes de um negócio bilionário e autoras de doações eleitorais vultosas, empresas que atuam como intermediárias entre planos de saúde e clientes têm expandido suas operações pelo país.

As chamadas administradoras de benefício têm como atribuição fechar o contrato entre o beneficiário e a operadora, emitir boletos e negociar reajustes, entre outras. São companhias como Qualicorp, Aliança e AllCare, entre outras.

De 2009, quando a atuação delas foi regulamentada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), até junho deste ano, elas passaram de 22 para 140 empresas.

A receita delas, de 2011 a 2017, aumentou 146%, passando de R\$ 665 milhões para R\$ 1,6 bilhão, em valores corrigidos pela inflação. O crescimento ocorreu inclusive nos anos de 2015 e 2016, quando os planos perderam clientes devido à recessão.

Os dados constam do mais recente Prisma Econômico Financeiro da Saúde Suplementar, publicação trimestral da ANS que, pela primeira vez, destaca os dados desse setor.

Ao mesmo tempo em que cresciam em número e receita, as administradoras também ganharam relevância no financiamento eleitoral.

Artigo dos professores Lígia Bahia, da UFRJ, e Mário Scheffer, da USP, mapeou o fenômeno. Entre as intermediárias dos planos, sobressaiu-se a Qualicorp, empresa que domina mais da metade desse mercado, com 4,5 milhões de clientes, segundo relatório de demonstrações financeiras de 2017.

Em 2010, a companhia fez doações de R\$ 1,9 milhão —R\$ 1 milhão para a campanha de Dilma Rousseff (PT) e o restante para campanhas do PSDB. Em 2014, as doações foram a R\$ 6 milhões — dois terços para Dilma e o restante para o comitê tucano.

Em 2009, um ex-presidente da empresa foi indicado por Lula para a ANS e chefiou a agência de 2010 a 2012.

Na eleição de 2010, a administradora Aliança, posteriormente comprada pela Qualicorp, também fez doações, no valor de R\$ 306 mil, principalmente a candidatos a deputado. Na eleição de 2014, o então proprietário da Aliança foi o maior doador individual da campanha de Ricardo Barros (PP) para deputado federal, com R\$ 100 mil.

Em 2016, Barros tornou-se ministro da Saúde no governo Michel Temer (MDB).

DOAÇÃO NÃO INTERFERE NO NEGÓCIO, DIZEM EMPRESAS

A Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab) diz que houve "contribuições pontuais" de associadas, mas que o negócio depende só de clientes privados.

A Qualicorp reforçou o argumento e disse que "jamais houve qualquer medida regulatória que tenha favorecido a companhia". Afirmou, assim como a Anab, que seu modelo baseia-se na organização de consumidores em grandes carteiras para obter melhores condições de cobertura e preço nas negociações com as operadoras.

De fato, as administradoras se beneficiam da expansão do mercado de planos coletivos no Brasil. Um dos fatores que explica isso é que, como a ANS não estabelece limite de reajuste para os coletivos, eles têm um leque de oferta maior e com preços mais atrativos.

Quem precisa de um plano, mas não tem o benefício pelo trabalho, recorre aos planos por adesão. Eles são intermediados por administradoras com contratos tanto com sindicatos tradicionais como com entidades que reúnem grupos genéricos como o de profissionais liberais.

Para ter o plano, o consumidor se vincula a uma dessas entidades. Para críticos, é uma "adesão simulada".

"Qualquer gestão que não mova uma palha para regular esse mercado ajuda [as administradoras]", diz Scheffer.

Ele e Lígia Bahia apontam duas resoluções da ANS como determinantes para o crescimento das administradoras.

Elas foram publicadas um ano antes da campanha de 2010 e permitiram a atuação dessas empresas na venda de planos coletivos e estabeleceram suas responsabilidades.

O Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar da ANS ressalta que, "a partir de 2009, observa-se um crescimento significativo no número de administradoras. Ainda que este crescimento tenha desacelerado em período mais recente, ele não parece ter esgotado seu fôlego por completo até o presente."

Em nota, a ANS afirmou que as administradoras já existiam e que sua atuação teve o objetivo de organizar o serviço, que é facultativo.

A agência disse entender que as administradoras podem ajudar na negociação dos reajustes com as operadoras, pois um aumento muito alto poderia acarretar fuga de clientes para as administradoras.

A interpretação não é consenso. Como as administradoras são remuneradas por modelos que incluem um percentual da mensalidade, pode haver conflito de interesses, diz Rafael Robba, advogado do escritório Vilhena Silva. "Em muitos momentos, o papel da administradora se confunde com o da operadora. Não sei até que ponto [a administradora] negocia representando os consumidores."

O crescimento das administradoras colocou-as também no foco de ações contra planos. Maria Cristina Cavini recorreu ao escritório de advocacia contra a decisão de uma administradora porque sua mãe, Isaura, 84, precisava de uma cirurgia abdominal, mas o plano não tinha a estrutura adequada. Ao tentar a portabilidade para outra operadora, a Qualicorp negou o pedido.

À Justiça, a empresa disse que não caberia a ela figurar como ré da ação, porque só atua como administradora, e que Isaura não havia apresentado a documentação necessária, entre outros argumentos. O juiz discordou e determinou a portabilidade sem cumprimento de carência.

Nos bastidores, parte das operadoras de saúde vê o negócio das intermediárias com desconfiança. Executivos reclamam que suas empresas são responsabilizadas por falhas das administradoras.

CONSULTAS MÉDICAS PAGAS POR PLANOS DE SAÚDE PODEM SER VINCULADAS ÀS MENSALIDADES

Agência Senado –06/08/2018

Os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde a título de remuneração pelas consultas médicas podem ser reajustados sempre que houver reajuste das mensalidades pagas pelos beneficiários dos planos. A vinculação está prevista nos projetos de lei do Senado 380/2011 e 358/2012, do senador Eduardo Amorim (PSDB-SE) e do ex-senador Vital do Rêgo, respectivamente. As propostas tramitam em conjunto na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) sob a relatoria do senador Ronaldo Caiado (DEM-GO), com parecer favorável.

O PLS 380/2011 altera o artigo 4º da Lei 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para conferir à agência competência para homologar e fiscalizar o cumprimento de acordos que reajustem a remuneração dos médicos. O objetivo é garantir a eles a aplicação de índices equivalentes aos concedidos aos reajustes de mensalidades dos beneficiários dos planos.

O PLS 358/2012, por sua vez, acrescenta o artigo 18-A à Lei 9.656, de 1998, para determinar que qualquer reajuste de mensalidades pagas pelos beneficiários de planos de assistência à saúde seja obrigatoriamente repassado, no mesmo percentual, à tabela de remuneração pelos serviços médicos.

Para os autores das propostas, como a remuneração pelos serviços médicos paga pelas operadoras de planos de assistência à saúde

não acompanha os reajustes aplicados às mensalidades cobradas dos beneficiários, há uma defasagem remuneratória para os médicos. A situação causa insatisfação em boa parte de mais de 170 mil médicos do país.

O relator da matéria, Ronaldo Caiado, afirma que a remuneração pelas consultas há de ser adequada à complexidade do atendimento prestado pelos médicos.

“Sem uma contrapartida justa, é compreensível que os profissionais da área da saúde se sintam desvalorizados após tantos anos dedicados exclusivamente à Medicina e à constante atualização de seus conhecimentos”, diz o senador em seu relatório.

Caiado reconheceu que recentes alterações na legislação já têm corrigido parte dessas distorções, como, por exemplo, a obrigatoriedade de adoção de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Esses contratos disponham sobre a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade dos reajustes.

Por entender que o PLS 380/2011 é mais abrangente e coerente com as recentes alterações legais do setor, já que atribui à ANS — órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar — a competência para fazer cumprir a equiparação de reajustes de honorários médicos e mensalidades dos beneficiários, o relator pede a sua aprovação, com o arquivamento do PLS 358/2012. Caiado também sugere a inclusão de emenda que abrange a proposta do projeto arquivado.

Depois de analisada na CAE, a proposta segue para decisão terminativa na Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

APÓS PERDA DE 3 MILHÕES DE CLIENTES, CEM PLANOS DE SAÚDE FECHAM AS PORTAS

O Estado de S. Paulo –05/08/2018

Balanço de quatro anos reflete, de um lado, a queda na renda e a dificuldade do consumidor para arcar com altos reajustes; de outro, empresas afirmam que alta do dólar teve forte impacto nos custos e alegam que a viabilidade econômica do setor está em risco

As operadoras de convênios médicos e as entidades de defesa do consumidor concordam em um ponto: os planos de saúde podem ficar insustentáveis nos próximos anos. Com o envelhecimento da população e a queda do número de usuários durante a crise, as empresas têm reajustado preços e pleiteado uma maior partilha das despesas com os clientes. Já o consumidor, com o orçamento apertado, se queixa de aumentos abusivos e da queda de qualidade.

Afetados pela crise econômica, mais de cem planos encerraram suas atividades entre o fim de 2014 e maio deste ano, segundo os dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No mesmo período, cerca de 3 milhões de brasileiros perderam renda e tiveram de abrir mão do plano.

Enquanto os reajustes dos planos individuais são limitados pela ANS a até 10%, entre os planos coletivos, que correspondem a quase 80% dos contratos, não existe teto definido. Nos convênios com até 30 beneficiários, que servem de base para a regulamentação, essa alta

foi de até 70% na comparação do primeiro trimestre deste ano com o mesmo período de 2017.

Para Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), as empresas do setor alegam que há muita regulação, mas o histórico dos últimos anos mostra que a ANS regula mal esse serviço. “O foco da agência é o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, não a qualidade do serviço prestado ao consumidor.”

O diretor da ANS, Rodrigo Aguiar, admite que os reajustes altos nos planos médicos são a questão mais sensível à agência neste momento e que têm sido monitorados intensamente nos últimos três anos, apesar de ainda não haver uma solução.

As operadoras, por sua vez, argumentam que, com o avanço da tecnologia utilizada em exames e procedimentos médicos, os custos para a prestação desses serviços subiram. Como o Brasil ainda importa a maior parte dos equipamentos hospitalares e os princípios ativos para a fabricação de medicamentos, esses produtos são sensíveis às variações do dólar.

Números dos planos de saúde

Os números da ANS recentemente divulgados mostram que em 2017 foram 1,5 bilhão de procedimentos (consultas, atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos), 3,4% mais do que em 2016. Além do desperdício, as fraudes e a judicialização, tanto no SUS quanto no serviço privado, encarecem o serviço.

No caso do desperdício e das fraudes, eles já correspondem a um quinto dos gastos assistenciais, de acordo com o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). “O sistema corre risco”, diz Reinaldo

Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

REAJUSTES MOTIVAM QUASE 30% DAS AÇÕES NA JUSTIÇA

O Estado de S. Paulo –05/08/2018

Em seis anos, processos por causa de aumento de mensalidade cresceram 414% na Justiça de São Paulo

Apenas no primeiro semestre de 2018, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) julgou mais de 16 mil ações contra planos de saúde. A expressiva leva de processos questionando a atuação das operadoras, porém, não surpreende. Desde que o Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) começou a fazer esse levantamento, em 2011, o total de ações subiu 387%.

O destaque dos levantamentos mais recentes, no entanto, é o aumento da insatisfação dos beneficiários com os reajustes. Há seis anos, somente 14,8% dos processos envolviam a revisão dos preços dos planos, agora são 28,7%.

“O modelo de reajustes não é transparente. O simples argumento da alta inflação médica é muito frágil para reajustes tão pesados”, avalia o professor da FMUSP Mario Scheffer, coordenador do Observatório.

Os principais motivos para os aumentos reclamados são a mudança de faixa etária, a sinistralidade e os contratos coletivos. De acordo com a pesquisa, como a oferta de planos individuais é baixa, indivíduos, famílias e pequenos grupos têm migrado para planos coletivos – com CNPJ ou por adesão –, que não são submetidos ao

limite de aumento de preços estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ação movida por Dalka Gonçalves Viola de Queiroz, de 76 anos, contra a operadora de seu plano de saúde foi uma de 1,7 mil julgadas pelo TJ-SP entre janeiro e junho deste ano, 414% mais do que no mesmo período de 2011.

Em 2017, o valor pago ao plano subiu 107%. Na Justiça, a aposentada conseguiu reduzir o reajuste para 41,32%.

Apesar de a mensalidade, atualmente na casa de R\$ 1 mil, consumir cerca de 70% do que recebe de aposentadoria, Dalka preferiu não procurar por outra operadora, por medo de não conseguir ser atendida pelos médicos que a acompanham há anos. “Às vezes, atraso uma conta ou outra para pagar o plano e, quando preciso, conto com a ajuda das minhas filhas.”

Nos últimos dois anos, o ranking de reclamações elaborado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) também registrou os reajustes no primeiro lugar de insatisfação dos consumidores.

No caso de Dalka, a operadora do plano recorreu da decisão. A aposentada espera, agora, que seja mantida sua vitória em segunda instância. A favor, ela tem as estatísticas. Em estudo anterior ao divulgado em julho, os pesquisadores do departamento de Medicina Preventiva da FMUSP identificaram que 92,4% das decisões judiciais foram favoráveis aos consumidores. “As decisões do Judiciário dão o recado de que há problemas”, diz Scheffer.

CHEFE DE GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE DEVE SER INDICADO À ANS

JOTA –03/08/2018

Vaga para diretor volta a ser discutida após Planalto desistir de nome citado no noticiário da Lava Jato

O advogado Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, chefe de gabinete do ministro da Saúde, Gilberto Occhi, é apontado como favorito para ocupar vaga na diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A discussão sobre o cargo foi reaberta após o Palácio do Planalto pedir na quinta-feira (2/8) a retirada da análise sobre Davidson Tolentino de Almeida, nome mencionado no noticiário da Lava Jato.

A indicação de Rebello foi feita pelo PP e pode ser publicada no Diário Oficial da União (DOU) já na próxima semana. A ideia do governo é aproveitar o período de esforço concentrado do Senado para aprovar o nome.

A indicação precisa ser aprovada por senadores da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e no plenário. A Casa Revisora retornou oficialmente do recesso parlamentar na quarta-feira (1/8). Os senadores, porém, só devem apreciar indicações e demais matérias em agosto entre os dias 7 e 9 e entre 28 e 30.

Agência desfalcada

Além da análise sobre do atual chefe de gabinete do ministério, a ANS aguarda a nomeação do advogado Rogério Scarabel para completar as cinco vagas da Diretoria Colegiada.

O Senado aprovou a indicação de Sacarabel em 5 de junho. Falta a publicação no Diário Oficial da União (DOU). Questionada pelo JOTA, a Secretaria de Governo, responsável pelo trâmite interno das nomeações no governo, não respondeu sobre o atraso.

Scarabel tem como padrinho político o presidente do Senado, Eunício Oliveira (MDB-CE). Nos bastidores, a demora seria justificada pela intenção do PP em também emplacar um diretor na agência — possibilitada agora com a possível indicação de Rebello Filho. Assim, o Palácio do Planalto preferiu segurar a nomeação de Scarabel para garantir que o pleito dos Progressistas fosse atendido.

Currículo

Paulo Rebello Filho foi nomeado chefe de gabinete do Ministério da Saúde em junho de 2016, na gestão de Ricardo Barros. O nome cotado à ANS é graduado em Direito e pós-graduado em Processo Civil pelo Centro Universitário de João Pessoa (PB). Ele também atuou no Ministério das Cidades e na Prefeitura de Esperança (PB), como procurador geral do município de 2009 a 2010. Ainda foi conselheiro na Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (CODEVASF) em 2015, no Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), em 2014, além da Companhia Brasileira de Trens Urbanos (CBTU), em 2013.

ANS na berlinda

Além da letargia do governo para preencher as vagas da diretoria, a ANS virou alvo de grupos de entidades de defesa do consumidor e do Judiciário em 2018 por reajustes em planos de saúde e novas regras sobre coparticipação e franquia.

Em um dos casos mais recentes, a presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Cármen Lúcia, suspendeu a RN 433/2018, que tratava das regras para cobrança de coparticipação e franquia em

planos de saúde. Pressionada, a ANS decidiu, em item extrapauta da reunião da Diretoria Colegiada, derrubar a norma e reabrir a discussão com nova audiência pública.

CUSTÔMETRO DOS PLANOS DE SAÚDE VAI ATINGIR R\$ 100 BI HOJE

O Estado de S. Paulo –03/08/2018

O Custômetro dos Planos de Saúde, indicador que mede os custos da saúde privada no País, vai atingir, às 19 horas desta sexta-feira, 3, a marca dos R\$ 100 bilhões. Mesmo com 166 mil beneficiários a menos do que no mesmo período do ano passado, o patamar neste exercício será atingido 18 dias mais cedo do que em 2017. O Custômetro é uma iniciativa da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe).

ANS REALIZARÁ AUDIÊNCIA SOBRE FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO NO DIA 4 DE SETEMBRO

O Globo –03/08/2018

Agência reabrirá o debate após revogar Resolução Normativa 433

RIO - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) marcou para o dia 4 de setembro a audiência pública que tratará dos mecanismos de franquia e coparticipação para planos de saúde. O agendamento foi publicado no Diário Oficial da União, nesta sexta-feira, três dias após a diretoria colegiada da agência decidir pela revogação da Resolução Normativa 433, que estabelecia 40% como o limite de cobrança de coparticipação e franquia por procedimentos médicos, percentual que poderia chegar a 60% em planos empresariais.

A resolução vinha sendo duramente criticada por entidades de defesa do consumidor que consideravam o percentual de coparticipação e o teto de contribuição mensal altos, com capacidade de restringir o uso dos planos de saúde. Hoje, 52% dos 47 milhões de contratos de planos de saúde têm mecanismos de coparticipação ou franquia. De acordo com a ANS, nos últimos anos, houve um substancial crescimento no número de beneficiários que possuem planos com

esses mecanismos, demonstrando como esses são amplamente utilizados pelo mercado de planos de saúde: em 2007, cerca de 22% dos beneficiários de planos de saúde tinham planos com coparticipação e/ou franquia. Em números absolutos, em 2007 havia 8 milhões de beneficiários com planos com esses mecanismos e atualmente são mais de 24 milhões de beneficiários.

Com a revogação da resolução, voltam a valer as regras atuais: não há mais qualquer limite para a cobrança por procedimentos e consultas. O tema está na pauta de discussões da ANS desde 2005, com interrupções, ganhando mais atenção a partir de março de 2017.

Qualquer pessoa pode participar da audiência pública, basta se inscrever, até 31 de agosto, enviando mensagem para o e-mail eventos@ans.gov.br, com o assunto "Audiência Pública sobre mecanismos financeiros de regulação — Coparticipação e franquia". No ato da inscrição, o interessado deverá indicar nome, CPF e a instituição que representa ou à qual é vinculado. Expositores devem encaminhar a apresentação a ser realizada até o fim do prazo para inscrição.

No [site da agência reguladora estão disponíveis 25 documentos entre minutos, propostas e debates realizados sobre o tema, incluindo o texto da RN 433](#). A normativa passaria a vigorar no fim de dezembro, mas estava suspensa por decisão liminar da ministra Cármen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal (STF), e acabou sendo revogada pela própria ANS, na segunda-feira, dia 30, após uma grande pressão social contra a resolução. Durante a reunião da diretoria colegiada, a reguladora informou que reabriria o debate sobre o tema.

GOVERNO RETIRA INDICAÇÃO DE INVESTIGADO NA LAVA-JATO PARA DIRETORIA DA ANS

O Globo –02/08/2018

Despacho, publicado hoje no Diário Oficial, volta atrás na indicação de Davidson Tolentino

RIO E BRASÍLIA - O governo retirou da tramitação no Senado a indicação de Davidson Tolentino de Almeida para a diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Almeida foi citado na Operação Lava-Jato.

A base governista pressionou o presidente Michel Temer a retirar a indicação. O Palácio do Planalto foi avisado de que perderia a votação feita durante a sabatina no Senado e que a rejeição ao nome teria o carimbo dos próprios aliados.

— O veto veio da base do governo. Não havia mais condição de sustentá-lo — disse um parlamentar.

A agência tem cargos de diretoria vagos e atua com três diretores, que são considerados indicações políticas, o que a ANS nega e afirma que são servidores públicos federais.

Reportagem publicada no GLOBO no dia 22 revelou que, de 40 cargos executivos em oito agências reguladoras, 32 são ocupados por nomes indicados por políticos.

No começo de maio, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) enviaram cartas à Comissão de Ética Pública da Presidência da República e ao Senado Federal pedindo a substituição ou paralisação do trâmite da indicação de Almeida ao cargo de diretor da agência. O GLOBO não conseguiu entrar em contato com Almeida ontem. Quando as primeiras reportagens sobre a investigação da Lava-Jato foram divulgadas, a defesa de Almeida divulgou nota ao G1 em que refutava as acusações.

A ANS tem enfrentado críticas nos últimos tempos em razão de decisões sobre os planos de saúde. A mais recente envolve a Resolução Normativa 433, que fixava um limite de 40% do custo de procedimentos médicos, nos planos individuais, e de 60% nos empresariais, para a aplicação de mecanismos de coparticipação e franquia. A norma tinha sido aprovada em junho, mas foi criticada por órgãos de defesa do consumidor, que consideraram o percentual alto

demais. A mudança entraria em vigor no fim do ano, mas a ANS recuou nesta semana e prometeu realizar audiências públicas para discutir o tema.

A norma polêmica já tinha sido suspensa por uma liminar da ministra Cármen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal (STF). Com a revogação da resolução, não há mais limite para a cobrança por procedimentos e consultas. Para especialistas, porém, o assunto deve continuar na pauta da ANS.

HOSPITAIS ADOTAM NOVAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO

O Estado de S. Paulo –02/08/2018

Unidades e operadoras de saúde no País começam a substituir modelo de pagamento de serviço por sistema de acerto por desempenho

Em busca de sustentabilidade e eficiência, hospitais e operadoras de saúde estão substituindo o pagamento por serviço (fee for service), modelo de remuneração predominante no sistema de saúde do País – por alternativas que tornem o custo de cada atendimento mais previsível e associado ao desempenho.

No fee for service, a conta é feita a partir de cada exame, procedimento, material, diária etc. Ou seja, o valor final varia muito e a remuneração depende do volume de serviço e material envolvido – o que pode induzir ao desperdício. Novos modelos buscam superar essa lógica. “Isso potencializa o desperdício por ineficiência ao induzir o prestador de saúde a realizar mais procedimentos, para aumentar sua remuneração”, avalia José Cechin, diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

É o caso do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em São Paulo, que inaugurou há um ano uma unidade onde os procedimentos têm preço fixo. Já o Hospital Albert Einstein, também paulistano, adota desde 2017 um modelo de remuneração fixa para procedimentos de ortopedia e, há três meses, incorporou a ideia ao atendimento ambulatorial. Agora, conduz projeto-piloto para avaliar a possibilidade de pacotes com preço fixo para tratar câncer de mama.

No Rio Grande do Sul, o hospital Mãe de Deus se uniu à Unimed Porto Alegre, em 2017, para criar o Sistema UM, que prevê nova forma de pagamento, com base em Diagnosis Related Groups (DRG), metodologia que categoriza os pacientes internados segundo a complexidade assistencial, incluindo idade, diagnóstico, comorbidades e procedimentos cirúrgicos.

Hoje, boa parte do Sistema Unimed usa essa ferramenta, diz Renato Couto, sócio-diretor do DRG Brasil. Em 2017, a metodologia também foi adotada na rede SUS, em Belo Horizonte. São exemplos de um processo que tem ganhado força.

“Com a crise, os clientes não suportam mais grandes reajustes, e precisamos de soluções para que o modelo não colapse”, diz Daniel Couldry, diretor executivo de Qualidade da Amil.

A operadora instituiu, ao longo de 2017, um modelo desenvolvido pela própria equipe: o Adjustable Budget Payment (ABP). Ele prevê repasse de valor fixo, calculado com base no histórico de atendimentos do hospital. Essa verba é revisada trimestralmente, e reajustes são feitos conforme a complexidade e o volume de atendimentos. O modelo é adotado em 35 hospitais – 20 deles da própria Amil. A meta é fechar oito novos contratos este ano.

“Essa é uma fase de transição. Nosso destino final é a remuneração por valor, em que eu vou pagar o prestador pela qualidade do desfecho clínico, vendo se o paciente não teve sequelas, se ficou com dor. Vamos fazer projetos-piloto desse novo modelo, mais inteligente, ainda neste ano, para acelerar ano que vem”, diz Couldry.

O Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração da Agência Nacional de Saúde (ANS) também se prepara para implementar projetos-piloto que adotem formas inovadoras de pagamento. Um

documento com a descrição teórica de modelos de remuneração, diz o órgão, será divulgado em breve.

Desafio

“Sabemos que não há ‘o modelo’ que vá resolver tudo. São vários, e o importante é que a opção adotada reforce o que precisa ser reforçado naquele modelo assistencial”, diz Martha Oliveira, da Associação Nacional de Hospitais Privados.

Mas, para essa mudança, é preciso que todos os atores se vejam como parte do sistema, segundo ela. “Confiança requer informação, e a gente ainda está começando a ter dados em saúde. Para esse tipo de análise, todo mundo precisa enxergar a mesma informação, com dados clínicos consolidados, circulando de forma segura.”

“Dados são cruciais”, diz Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Em 2017, o hospital instituiu um escritório de gestão de valor, primeiro do tipo na América Latina, para trabalhar com dados de prontuários eletrônicos. tipo da América Latina, para trabalhar com dados provenientes de prontuários eletrônicos. “O big data permite medir a prática de cada procedimento, mensurar consumo de recursos, o percentual de complicações... Aí sim, dá para medir o valor de cada tratamento. Com isso, a gente deixa de remunerar o serviço e passa a remunerar o resultado.”

Com base em análise de dados e otimização de processos, o hospital conseguiu reduzir o tempo de espera por leito em 1h20 e o tempo médio de internação de 5 para 3.16 dias. “Essa queda representa ‘novos leitos’, criados a partir da eficiência.” Mas se o tempo de internação menor se refletir numa remuneração menor, o ganho de eficiência acaba sendo “penalizado”, diz o diretor. É por isso que os pacotes, com preço fixo, vêm sendo adotados.

O modelo também ajuda a reduzir a burocracia, observa Klajner. “Hoje, cada paciente atendido na emergência é enquadrado em três níveis de custo, conforme o volume de recursos que deverá usar (exames, medicação etc.). Naquele grupo, o preço vai ser igual. Isso evita a necessidade de fazer auditoria de cada item usado, desburocratiza nossa relação com as operadoras.”

Esse ganho também foi observado no Hospital Mãe de Deus, afirma Fábio Pereira Fraga, superintendente executivo da instituição. Em 2018, o tempo médio de faturamento para os cinco DRG’s negociados no Sistema UM é de dez dias. “Antes disso, o tempo médio girava em torno de 35 dias, somando a isso o prazo de recebimento. O novo processo interno eliminou a burocracia interna de discussão e auditoria de conta e diminuiu bastante o ciclo financeiro para o hospital.”

Para o paciente, a vantagem é saber que o atendimento seguirá protocolos de alta performance, com foco em prevenir complicações, diz Paulo Vasconcellos Bastian, CEO do Oswaldo Cruz. “Se o paciente recebe alta antes, é melhor para ele. Se precisa ficar mais tempo que o previsto, o preço pago não muda.” A proposta foi financeiramente sustentável no primeiro ano da unidade Vergueiro, zona sul, onde todos os procedimentos são remunerados de forma fixa.

A padronização do atendimento traz, ainda, a possibilidade de prever melhor a quantidade e o tipo de materiais consumidos, o que se reflete em oportunidades de negociação junto aos fornecedores, afirma Bastian. Por outro lado, observou-se a necessidade de um novo modelo de gestão de equipe, já que o corpo clínico precisa se adaptar a uma forma mais homogênea de trabalho e a novas regras

de pagamento. "Nosso projeto demandou um grande investimento em treinamento, em capacitação. Ele requer uma mudança cultural."

"Trata-se de um processo normal de amadurecimento e consolidação de novos conceitos", diz Cechin, da FenaSaúde. "Para que as propostas de mudança nas formas de pagamento possam ter êxito é

essencial que se reconheçam as incertezas que qualquer mudança produz, a existência de interesses legítimos e por vezes conflitantes entre os envolvidos na cadeia da saúde. Todas essas questões precisam ser levadas em conta no momento da proposição de adoção de novos modelos."

SEGURO SAÚDE PODE FICAR IMPAGÁVEL, ALERTA FENASAÚDE

FenaSaúde –02/08/2018

Em audiência pública da ANS, FenaSaúde propõe novo modelo de cálculo de reajuste dos planos individuais

O plano de saúde será um produto impagável se os custos não forem controlados. A afirmação foi feita pela presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, durante audiência pública realizada esta semana pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Rio de Janeiro, para debater a metodologia do cálculo de reajuste dos planos de saúde individuais.

Na ocasião, ela lembrou que o número de beneficiários caiu em três milhões nos últimos três anos. Ainda assim, houve um aumento da quantidade de procedimentos. "A ANS não pode regular os prestadores, mas pode exigir transparência na formação de preços, o que seria uma forma de aumentar o controle", observou a presidente da FenaSaúde.

No encontro, a FenaSaúde também alertou que o controle de preços pode levar a escassez de produtos. Nesse contexto, Solange Beatriz destacou que a experiência demonstra que não existe política boa de controle de preços. "É preciso deixar o mercado atuar livremente, propiciando total transparência nos custos de toda a cadeia, para que

os próprios consumidores possam avaliar e tomar decisões em relação aos produtos e serviços ofertados", frisou.

Diante desse cenário, a federação propôs um novo modelo, com maior transparência de dados e que considere a sinistralidade na avaliação do índice.

Pela proposta da FenaSaúde, a Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) deve contemplar a diferenciação por porte e por nível de plano. E o Fator de Produtividade, proposto pela ANS, deve ser calculado por entidade externa, especializada nesse tipo de metodologia.

Para a federação, esse cálculo deve ser feito por instituição reconhecida pela expertise e independência.

Além disso, a FenaSaúde sugere seguir o modelo americano, que combina um percentual autorizado com uma sinistralidade teto. As empresas que extrapolarem o limite de sinistralidade poderão aplicar um reajuste individualizado, com base na sua estrutura de custos.

Os representantes da FenaSaúde advertiram ainda que não se pode confundir a VCMH com índices de inflação, como o IPCA. Isso porque tais índices medem apenas a evolução dos preços, enquanto os custos do setor envolvem também o aumento da frequência de utilização.

Prova disso é que, no acumulado de 2008 a 2017, os reajustes autorizados pela ANS totalizaram 131,9%, enquanto o IPCA atingiu 69,9%, a despesa assistencial per capita, 169,3%, e a VCMH, 230%.

'ANS VIVE CRISE DE LEGITIMIDADE', DIZ INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Jornal do Brasil –01/08/2018

Para a advogada Ana Carolina Navarrete, agência só fala a empresas e não zela pela transparência

Nome de referência do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) para planos de saúde, a advogada Ana Carolina Navarrete questiona a eficiência dos canais de diálogo entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a sociedade civil. A agência, que não regula planos coletivos, não cumpre seu papel de exigir transparência sobre sinistralidades, diz. Para Navarrete, coparticipações e franquias são mais vantajosas para as operadoras. As franquias, aliás, seriam problemáticas por permitirem que os usuários arquem sozinhos por assistências.

A ANS disse que só voltaria atrás com relação ao teto de 40% para coparticipações em caso de determinação da Justiça. Agora anulou a norma. Como vê esse movimento?

A ANS está diante de uma grave crise de legitimidade. TCU, Ministério da Fazenda, OAB e entidades de defesa do consumidor questionam, com razão, a forma da agência fazer regulação não só sobre franquia e coparticipação, mas também sobre reajustes. A pressão deu resultado. A ANS parece estar percebendo que, se continuar normatizando para beneficiar apenas os interesses das empresas, sua razão de ser se esgota.

Prometeram realizar uma audiência pública sobre coparticipação e franquia...

Uma audiência pública não resolve o problema. Mais do que abrir espaços de participação social, é preciso que a ANS realmente incorpore as sugestões que vêm da Defesa do Consumidor. Senão estaremos, mais uma vez, em um debate pró-forma.

No mês passado o Idec deixou a Câmara de Saúde Suplementar da ANS. Esses canais não funcionam?

Percebemos que não havia consequência estar ou não estar na Câmara. Nada do que sugeríamos era acolhido. O Idec frequentava aquele espaço, pontuava questões e o máximo que acontecia era registrar os nossos protestos em ata e mais nada. As audiências e consultas públicas são um pouco melhores que a Câmara. Mas, ainda assim, são poucos efetivos. Em uma consulta pública você tem de fazer um relatório, justificar porque cada contribuição foi ou não acatada. Já a audiência pública tem o potencial de mobilizar, levar a discussão para o público, principalmente se é transmitida. Mas poderiam ser melhores se a agência disponibilizasse documentos em linguagem acessível. O que vemos, em geral, é uma discussão restrita à agência, empresas e consultorias de atuação. A ANS fala o idioma das empresas. Não dialoga com a sociedade, só com as consultorias de atuação.

Qual é a posição do Idec com relação a planos com coparticipação e franquia?

São instrumentos para fazer o consumidor usar menos o plano de saúde. São muito vantajosos para empresas e nem tanto para os usuários, porque trazem uma barreira ao acesso. A coparticipação e a franquia têm previsão legal. Mas alguns órgãos de governo

entendem que a franquia não é compatível com o sistema brasileiro porque o artigo primeiro da lei de planos de saúde admite só dois tipos de contrato: um em que a operadora arca integralmente com o valor da assistência e outro em que arca parcialmente. A operadora tem que arcar ou com parte ou com tudo, mas a franquia permite, em algum momento, que o consumidor arque com o valor completo do procedimento. Pensemos em uma franquia de R\$ 500. Se você tem que fazer uma consulta de R\$ 200 e um exame de R\$ 150, no final sai tudo por R\$ 350. Nesse caso, o consumidor vai pagar sozinho. A normativa do Conselho de Saúde Suplementar, superior à ANS, veda expressamente esse tipo de situação.

Planos individuais estão sendo abandonados enquanto os coletivos, com mensalidades mais baratas, só aumentam. Mas, com aumentos livres, o desconto pode rapidamente ser compensado. É uma armadilha do mercado?

O problema é ter um duplo padrão regulatório, um ambiente regulado e outro não. Qual é a tendência nesse caso? É caminhar para o menos regulado. O Rafael Vinhas, gerente da ANS, já havia mencionado que os planos individuais, no longo prazo, são mais lucrativos porque têm sinistralidade menor do que os coletivos. Mas o mantra do mercado diz que os individuais dão prejuízo. Não é bem assim. São, ao contrário, mais sustentáveis. Só que as exigências dos contratos coletivos são bem menores e, então, as operadoras priorizam essa modalidade. De toda forma, enquanto houver um duplo padrão regulatório vai haver fuga para o ambiente menos regulado, com a criação de planos coletivos para pessoas jurídicas e planos por adesão em associações quase fantasmas, criadas com o único objetivo de contratar planos de saúde. Recomendamos que as pessoas não entrem nessa, porque o poder de barganha é muito baixo nesses casos.

Na audiência sobre reajustes, a agência sugeriu incluir a Variação dos Custos Médico-hospitalares no cálculo. O que acha?

Há uma limitação muito grande aí porque só temos os dados da agência. A ANS declara que o teto praticado pelos planos individuais acompanhou a VCMH até 2016. A partir daí, a "boca do jacaré"

(gráfico do descolamento) abriu. O teto do reajuste ficou acima dos custos médicos hospitalares calculado pela ANS. Então, tem algo de errado nessa metodologia. A nota técnica do TCU a este respeito levanta a suspeita sobre conluio das empresas. Em um mercado que tende a se concentrar, podem existir manobras para subir os reajustes dos planos coletivos e levar isso para os individuais, porque a média dos aumentos dos coletivos com mais de 30 pessoas é um fator no cálculo dos individuais.

Na mesma audiência, representantes das operadoras sugeriram acabar com o teto e aplicar aumentos em função da sinistralidade de cada um. Há transparência suficiente para tal?

Não. A ANS deveria intervir no mercado de coletivos, não no domínio econômico, mas sim para garantir regras de clareza e diminuir assimetria de informação. É esse o papel de uma reguladora e a agência não cumpre. Não intervém para garantir que os contratantes tenham acesso à informação, aos custos assistenciais dos funcionários ou aos reajustes praticados em outras carteiras, para barganharem melhores contratos. As operadoras não são obrigadas a fornecer detalhes sobre sinistralidade. Mas deveriam ser, porque todas as partes devem ter as mesmas informações na mesa para negociar. Esse vácuo de informações é ainda mais grave para uma empresa de 100 empregados, por exemplo.

Em tese, o pool de risco serve para isso...

Existe uma nota técnica da própria ANS dizendo que o pool de risco não é tão eficaz. Especialmente no caso dos coletivos empresariais. Quando veio essa regra, a ideia era que as operadoras reunissem todos os planos de até 30 vidas e aplicassem um reajuste único, calculando o risco como se fosse um grande grupo, para evitar reajustes anômalos. Mas a gente fez uma pesquisa em 2014 mostrando que o reajuste de planos até 30 vidas pode chegar a até 42%. Então, no final das contas, o pool não garantiu reajustes menores. Há uma média, mas, ainda assim, tem reajustes muito altos. O número de vidas da carteira não influencia tanto no poder de barganha. Decisiva é a capacidade técnica e informacional do contratante.

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