

23 de Agosto de 2017

PLANO DE SAÚDE NÃO PRECISA CUSTEAR REMÉDIO SEM REGISTRO NA ANVISA

Consultor Jurídico –22/08/2017

Mesmo estando obrigado a custear medicamentos ao cliente, o plano de saúde não pode fornecer remédio não listado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pois a empresa estaria cometendo infração sanitária. Esse foi o entendimento, por unanimidade, da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao prover parcialmente recurso de uma operadora de convênio médico.

A empresa pedia no recurso para não ser obrigada a ressarcir os custos que uma de suas clientes teve ao importar um remédio para tratamento de câncer que não tem registro no Brasil. Na ação, a autora narrou que precisava se medicar com Lenalidomida (Revlimid) por nove meses, mas a operadora do plano de saúde se negou a fornecer o produto.

Para não ficar sem o medicamento, disse, ela começou a importá-lo por conta própria e ajuizou a ação para conseguir o custeio do tratamento ou o respectivo ressarcimento. A paciente conseguiu decisões favoráveis em primeira e segunda instâncias.

Os dois juízos consideraram que os procedimentos de saúde cobertos pelos planos não podem sofrer limitações durante o

tratamento, em virtude da proteção do direito à vida garantida pela Constituição. No recurso apresentado ao STJ, a operadora argumentou que não estaria obrigada a cumprir a decisão, pois a Lei dos Planos de Saúde exclui da obrigação de fornecimento medicamentos importados sem registro no Brasil.

O próprio contrato firmado entre as partes, segundo a operadora, prevê a exclusão de materiais e medicamentos importados não nacionalizados ou sem regulação ou registro pela Anvisa. A relatora do recurso, ministra Nancy Andrichi, votou pelo provimento parcial do pedido.

Ela reconheceu que a prestadora de serviços de plano de saúde está, em princípio, “obrigada ao fornecimento de tratamento de saúde a que se comprometeu por contrato, pelo que deve fornecer os medicamentos necessários à recuperação da saúde do contratante”. No entanto, complementou, não se pode exigir da empresa que cometa uma infração sanitária.

“Essa obrigação não se impõe na hipótese em que o medicamento recomendado seja de importação e comercialização vetada pelos órgãos governamentais”, detalhou a ministra. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

Clique [aqui](#) para ler o acórdão.

ANS PROPÕE MUDANÇAS NA FISCALIZAÇÃO E NAS MULTAS A PLANOS DE SAÚDE

O Estado de São Paulo –21/08/2017

Proposta em consulta pública reduz sanção a um dos problemas mais comuns enfrentados por consumidores: a negativa de atendimento de consulta e de exames

BRASÍLIA - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocou em consulta pública uma proposta de resolução que altera a forma como a fiscalização das operadoras de saúde é realizada e reduz a multa de um dos problemas mais comuns enfrentados por consumidores: a negativa de atendimento de consulta e de exames.

Atualmente, negativas de cobertura representam 70% das queixas registradas na agência. A multa prevista para operadoras que se recusam a providenciar para seus clientes atendimento previsto em lei e em contratos é de R\$ 80 mil.

A proposta da ANS é alterar esse valor, de acordo com o atendimento negado. Exames laboratoriais recusados, por exemplo, renderiam uma multa de R\$ 20 mil. A negativa para consultas, R\$ 40 mil. Casos mais graves, em contrapartida, teriam um aumento significativo dos valores. Para negativa de casos de urgência e emergência, a multa chegará a R\$ 250 mil. O valor poderá ser aplicado em dobro, no caso de morte do beneficiário.

O diretor-adjunto de fiscalização da ANS, Rodrigo Aguiar, afirma que a mudança vai trazer maior equilíbrio para cobranças. A

negativa de procedimentos mais baratos renderia uma cobrança menor, enquanto aqueles mais caros, levariam a uma multa mais pesada.

O professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Mário Scheffer, no entanto, afirma que essa escala, em vez de proporcionar equilíbrio, traz a mensagem para operadoras que o crime compensa. “As negativas mais comuns terão preços baixos, chegando em alguns casos a R\$ 5 mil”, disse, em uma referência à pena para operadoras que criam obstáculos ou dificuldades de acesso a coberturas previstas nos contratos.

Scheffer afirma que essa não é a primeira vez que a ANS tenta criar regras mais frouxas para operadoras. Ele citou como exemplo uma resolução, que entrou em vigor ano passado, que oferece o desconto de 80% no valor de multas para operadoras que ofertassem os serviços para usuários fora do prazo previsto.

A regra de desconto, de acordo com Aguiar, não foi incluída nesta nova proposta, por ter se mostrado pouco eficaz. De acordo com ele, foram poucas as operadoras que quiseram aproveitar o perdão da dívida e ofertar o atendimento previsto no contrato.

A professora de Direito do Consumidor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Maristela Gregori, considera adequada a proporcionalidade, com multas mais pesadas para infrações mais graves e que afetem um número maior de consumidores, por exemplo. “Aprimoramento é necessário. Trabalhar a racionalidade, a razoabilidade é importante”, disse. Ela alertou, porém, para a necessidade de se criar mecanismos que permitam fazer o acompanhamento da atuação das empresas. “Isso não está muito claro.”

Além de mudar os valores, a nova proposta muda a forma de fiscalização. Atualmente ela é apurada de forma individual, de acordo com a reclamação de cada usuário. O texto em consulta pública propõe a análise das queixas em bloco. Aquelas que não forem resolvidas na fase de intermediação seriam agrupadas por um período de seis meses e avaliadas somente então. A ANS acredita que, em caso de operadoras de menor porte, seria possível abrir apenas um processo.

Aguiar avalia que a medida trará mais uniformidade na análise. “Sem falar que com isso podemos avaliar a demanda no contexto”, disse. Essa análise mais geral, disse, servirá de subsídio para propostas de correções mais estruturantes.

As operadoras serão classificadas por faixas, de acordo com o desempenho diante das reclamações. Fiscalizações e punições mais pesadas serão concentradas naquelas que tiverem um desempenho considerado pouco satisfatório.

Maristela disse não estar claro como tal fiscalização será feita. O diretor da ANS, por sua vez, afirmou que ainda não foi definido se tal classificação será tornada pública para o consumidor. De acordo com ele, porque poderia provocar problemas de concorrência. “Há outros mecanismos mais eficientes que podem orientar o consumidor a avaliar a qualidade das operadoras”, disse.

A advogada do Idec, Ana Carolina Navarrete, afirma que a proposta em discussão não toca em um ponto considerado por ela essencial: o fato de a ANS agir e fiscalizar somente quando provocada pelos usuários. “Sabemos que um grupo pequeno de pessoas recorre à ANS. Quando o direito é desrespeitado, a primeira providência que a pessoa toma é recorrer à Justiça”, disse. “A régua que a ANS está usando para medir a prestação de serviços da operadora está errada. Deveria ser a Justiça, não as reclamações feitas para ela.”

Maristela critica ainda a manutenção da instância de “conciliação” entre usuário e operadora. “Essa não é a função da ANS. Seu papel é regular, não fazer a intermediação para que um acordo seja estabelecido”, disse. Ela critica ainda a cultura da ANS de se criar “atenuantes” para faltas das operadoras. “Fazendo analogia com o trânsito. O sinal vermelho já foi ultrapassado. Cabe então dar a punição para evitar novos erros, não sucessivas oportunidades para que a empresa possa reduzir em parte os efeitos da infração.”

Em nota, a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar, Solange Mendes, afirmou haver no modelo desproporcionalidade enorme na aplicação de valores de multas. “O atraso no agendamento de uma consulta pode penalizar a operadora com uma multa de R\$ 80 mil. Isso acaba prejudicando também o consumidor. É importante que haja adequação dessa legislação”, disse.

ANS QUER SE ANTECIPAR À QUEBRA DE PLANOS DE SAÚDE

Correio Braziliense –21/08/2017

Ciente das dificuldades enfrentadas por vários planos de saúde de pequeno e médio portes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu se antecipar a uma possível onda de quebra de convênios, que deixaria muitos consumidores na mão. Para isso, dará início a uma consulta pública que institui o Programa Especial de Escala Adequada (PEA).

Segundo a ANS, o objetivo do PEA é viabilizar a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários de operadoras de pequeno e médio portes que avaliam não ter condições de atuar na saúde suplementar como ofertantes de planos de saúde. Isso permitirá uma saída ordenada das empresas do mercado.

Além disso, explica a agência reguladora, o programa incentiva o aumento de escala das operações de pequeno porte, com o intuito de promover maior sustentabilidade e melhores condições de

prestar serviços de plano de saúde, conforme a regulação vigente, a seus beneficiários. Ou seja, os planos mais fragilizados poderão ganhar musculatura ao se fundirem.

“Com esse programa, busca-se manter a cobertura de beneficiários de planos de saúde que têm dificuldades de prover assistência tal qual preconizado na regulação ou que avaliam não ter condições de se manterem como operadoras no longo prazo”, explica Leandro Fonseca, diretor da ANS.

As empresas em dificuldades poderão ofertar, de forma voluntária, suas carteiras de clientes ao mercado. Poderão, ainda, vender o controle acionário e ativos para quitar dívidas com prestadores de serviços. A ANS garante que poderá dar condições especiais às operadoras que assumirem convênios em dificuldades.

As operadoras que quiserem comprar concorrentes menores terão que provar boas condições financeiras, ter patrimônio positivo e não estarem em regime especial. Com essas condições, a ANS quer evitar a repetição de problemas mais à frente. Os especialistas, porém, recomendam muita cautela à agência para evitar uma grande concentração de mercado nas mãos das grandes operadoras.

MUDANÇA NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE PODE REDUZIR DIREITOS

O Globo –20/08/2017

Liberar reajuste de contrato individual e cobertura só regional estão em debate

RIO e BRASÍLIA - A proposta de mudança na lei que rege os planos de saúde (nº 9656/98) que sairá da Comissão Especial da Câmara dos Deputados, reunindo 141 projetos em trâmite no Congresso, pode ser um retrocesso nos direitos para os usuários de saúde suplementar. Este é o temor de diversas entidades voltadas à proteção do consumidor que acompanham o debate sobre o tema. Apesar de quase 100% dos projetos apresentados pelos

parlamentares, de 2001 para cá, tratarem de adaptações para atender às necessidades dos consumidores, até agora as discussões na comissão têm se restringido a corte de direitos. Discute-se redução no rol de procedimentos cobertos obrigatoriamente pelos planos de saúde, cobertura apenas regional, aumento da participação do usuário no pagamento de procedimentos, liberação de reajustes para planos individuais e até a impossibilidade da aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

— Quase 100% dos projetos tratam de expansão de direitos, sessões sem limites de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, cobertura de transplantes, atendimentos de urgência e emergência sem restrições e transparência nos valores pagos por procedimentos. A questão é que a produção legislativa não está sendo levada em conta — alerta Lígia Bahia, professora da UFRJ e

membro da Comissão de Políticas Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Segundo Lígia, toda a discussão da comissão tem como base o projeto de plano popular do governo.

— E as posições defendidas por parlamentares que estão participando da discussão trazem pontos muito preocupantes, sob o pretexto de construção de um plano que caiba no bolso — diz a professora.

SECRETARIA DO CONSUMIDOR FOI BARRADA

A preocupação se baseia nas discussões que tomaram conta das sete audiências públicas sobre o tema, já que ainda não há rascunho do relatório disponível. Nesta terça-feira, acontece a última audiência, mas a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), do Ministério da Justiça, órgão máximo sistema de defesa dos consumidores, teve sua participação negada. O titular da secretaria oficiou, na última quinta-feira, o presidente da Comissão, deputado Hiran Gonçalves (PP-RR) e o presidente da Câmara, Rodrigo Maia (PMDB-RJ), sobre a baixa participação dos consumidores no debate.

— Estamos acompanhando atentamente os trabalhos da comissão, através da assessoria parlamentar do ministro da Justiça (Torquato Jardim) e estou levando diretamente a ele a nossa preocupação com o retrocesso da legislação — afirmou Arthur Rollo, titular da Senacon.

O presidente da comissão e o relator Rogério Marinho (PSDB-RN) também receberam ofício pedindo o adiamento da votação do relatório e a disponibilização do rascunho do documento. Assinam o pedido a Abrasco, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) da Defensoria do Rio, a Comissão Especial de Defesa do Consumidor da OAB/CF, o Movimento das Donas de Casa de Minas Gerais (MMDC/MG) e a Procons Brasil.

— O que está sendo proposto, até agora, é um retrocesso do tamanho do universo. Não se deve voltar atrás nos parâmetros que estão postos. É razoável oferecer outros tipos de planos, mas desde que as novas regras sejam acordadas e não impostas pelo lobby das empresas — diz Claudia Silvano, presidente da Procons Brasil.

José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde (entidade que reúne algumas das maiores operadoras do setor), alega que a lei tem 19 anos e muita coisa aconteceu, especialmente na saúde. Ele acrescenta que é preciso contemplar os “vários países” que existem dentro do Brasil.

— Não precisa falar em Amazônia, há locais no interior de São Paulo que não têm a mesma infraestrutura da capital. Não tem equipamentos para fazer uma cirurgia robótica, por exemplo, e nem o profissional habilitado para executar o procedimento. Por que não oferecer um plano que respeite essa infraestrutura local? — questiona.

Cechin afirma que a FenaSaúde nunca defendeu redução de cobertura:

— Não há interesse em oferecer um plano de atenção primária, só com consultas. Essa lacuna as clínicas populares já preencheram. A ideia é ter planos com coparticipação uniformizada; com franquia, em que o consumidor aceite pagar os primeiros mil reais de despesa para ter uma mensalidade mais barata. Assim como planos regionalizados.

Responsável por formular um parecer e unificar todos os projetos em uma única lei de planos de saúde, Marinho afirmou que prefere não se antecipar à discussão. Ele disse que ainda analisa as propostas e que tem escutado as partes interessadas no tema. Segundo o deputado, a expectativa é que o relatório seja lido na comissão até o dia 30. Se for aprovado, como tramita em regime de urgência, vai direto para votação no plenário da Câmara.

Fontes ligadas à comissão especial dizem que o relator ainda não bateu o martelo sobre a liberação dos reajustes dos planos individuais.

UM TEMA DE DIFÍCIL TRAMITAÇÃO, DIZ DEPUTADO

Presidente da comissão que analisa o assunto, Gonçalves vislumbra uma tramitação difícil para a lei de planos de saúde. Além da complexidade do tema, há uma série de parlamentares com interesses diferentes sobre o assunto.

— São mais de cem projetos apensados, tratando de pontos de vista e objetos diferentes dentro do mesmo assunto — ressalta o parlamentar.

Ele afirmou que, dada a urgência da tramitação, a comissão tem tentado “andar o mais rapidamente possível”. Para Gonçalves, um ponto importante é que se garanta o ressarcimento ao SUS, que não é feito com eficiência:

—Queremos elaborar um texto compatível com o que pensa a Justiça (há uma ação de inconstitucionalidade em curso).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disse que não se manifestaria sobre o tema.

CUSTOS DE PLANO DE SAÚDE QUEBRARÃO NOVO RECORDE

O Estado de São Paulo – Coluna do Broadcast –20/08/2017

Os custos dos planos de saúde vão quebrar novo recorde. Medidos pelo “Custômetro”, iniciativa da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) que mede as despesas das operadoras, atingirão a marca dos R\$ 100 bilhões em 2017 na próxima segunda-feira, 21,

às 9 horas. Trata-se da maior cifra já paga pelo setor de saúde suplementar nos oito primeiros meses de um ano, apesar de o segmento ter perdido 1,5 milhão de usuários em 2016 por conta da crise no País.

Antecipou

A chegada aos R\$ 100 bilhões acontece com 45 dias de antecedência em relação ao ano passado, quando o patamar foi registrado em 6 de outubro. Pesam nas contas, conforme se queixam as operadoras, a inflação médica, a judicialização da saúde, envelhecimento da população e ainda a atuação da máfia das próteses. Atualmente, 47,6 milhões de pessoas possuem planos de saúde médico-hospitalares.

GRUPO TÉCNICO DE REMUNERAÇÃO APRESENTA RESULTADOS

ANS –18/08/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou nesta semana os resultados do Grupo Técnico de Remuneração, criado em setembro de 2016 com o objetivo de debater os modelos de pagamento de prestadores. Após quase um ano de encontros e discussões sobre o tema, algumas operadoras de planos de saúde já implementaram novos modelos. Os cases foram compartilhados durante as reuniões, servindo como norte e motivação para as demais. O evento contou com a participação de quase 80 representantes de operadoras, prestadores de serviço, órgãos de defesa de consumidor e entidades que representam o setor. O encontro foi transmitido via Periscope e houve interação de quase 100 pessoas.

Na abertura do evento, a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos e diretora Interina de Desenvolvimento Setorial da ANS, Karla Coelho, apresentou um histórico das reuniões anteriores e a tipologia dos modelos de remuneração, bem como experiências no Reino Unido e em Portugal. Segundo ela, “o desafio é tentar mudar a engrenagem do setor saúde com novos cenários de remuneração na saúde suplementar. A ideia dos encontros é construir coletivamente uma proposta”. Karla salientou que o modelo de atenção em saúde está intimamente ligado ao modelo de remuneração. Ela também reforçou que a questão da qualidade em saúde é importante para o setor.

A diretora apresentou cinco ações inter-relacionadas que podem estimular a competição baseadas em valor nos cuidados de saúde:

1. Colocar o paciente no centro dos cuidados
2. Tornar transparentes os dados sobre resultados
3. Padronizar métodos para pagar pelo valor
4. Parar de recompensar o volume
5. Criar escolhas para pacientes e prestador

Para a especialista em Regulação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, Daniele Silveira, que fez um resumo das

experiências apresentadas nos encontros anteriores, é preciso fazer uma discussão transversal porque embora as condições de saúde sejam distintas, o paciente é único. Ela também deixou claro que a ANS não está definindo nenhum modelo de remuneração, mas que é preciso haver estímulo à inovação na saúde suplementar. Daniele mostrou experiências na Universidade de São Paulo, no Hospital Mãe de Deus e Unimed Porto Alegre, Unimed Belo Horizonte e Unimed Volta Redonda. Houve também divulgação do calendário com as próximas reuniões do grupo: dias 29/09, 07/11 e 05/12. Em dezembro haverá a apresentação do relatório final do GT Remuneração.

Posteriormente houve o debate, e todos os presentes puderam opinar sobre o modelo de remuneração que julgam ser mais eficaz.

Ao final, a Echos Innovation Projects apresentou uma proposta de modelo de governança: o Check-in da Saúde. A metodologia utilizada pela Echos mostrou que é preciso a triangulação parcerias, transparência e qualidade e experiência positiva para que o beneficiário perceba esses princípios por parte da ANS. Eles também identificaram os seguintes papéis da ANS: esclarecedora (guardião das transparências), mediador (guardião das relações), bonificador (guardião do reconhecimento) e analista (guardião da qualidade). Muitas dessas funções já são exercidas pela ANS, mas é preciso reforçar esse posicionamento. O projeto está disponível em www.projettoans.echos.cc.

O objetivo final do projeto é fornecer os pilares para a implementação de modelos complementares de remuneração para o sistema de saúde suplementar, para que traga mais eficiência e transparência ao sistema e qualidade de serviço ao paciente. A equipe da Echos mostrou as etapas do processo de construção do projeto, bem como os principais desafios e propósitos do setor no país, identificando necessidades e soluções. Os próximos passos envolvem o desenvolvimento da solução, tendo a tecnologia como viabilizador das relações. Para isso, é necessário que os participantes estejam dispostos a participar dessa construção. Desta forma, será possível construir um piloto para ser testado juntamente a ANS e aos demais stakeholders do sistema de saúde suplementar.

No encerramento, a diretora Karla Coelho definiu a formação de quatro subgrupos e a coordenação de cada um deles: atenção primária, atenção especializada, assistência hospitalar e um grupo de alinhamento da discussão e conceitos.

[Acesse para ver a gravação e as apresentações que forem feitas no encontro do GT Remuneração.](#)

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE CRESCE EM JULHO, SEGUNDO A ANS

O Globo –18/08/2017

Planos coletivos empresariais tiveram aumento. No Rio, estado que mais demitiu, resultado foi negativo

RIO — O número de beneficiários em planos médico-hospitalares aumentou no mês passado, atingindo 47.381.410 usuários, o que representou um crescimento de 26.128 pessoas em relação a junho. Nos planos exclusivamente odontológicos, o aumento em comparação ao mês anterior foi de 133.107, totalizando em julho

22.639.518 beneficiários nessa modalidade, informou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na modalidade coletivo empresarial, houve um aumento de 57.130 novos beneficiários na comparação junho/julho de 2017. No mês passado, eram 31.513.935 usuários de planos oferecidos pelas empresas, contra 31.456.85 em junho deste ano.

Em parte, esta melhora pode ser um reflexo do cenário mais positivo do mercado formal de trabalho, que entrou no terceiro trimestre de 2017 com salto líquido positivo de 35,9 mil vagas. Julho foi o quarto mês consecutivo de geração de empregos com carteira assinada, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho, divulgado semana passada.

No Rio, no entanto, o mercado formal de trabalho continua encolhendo, a despeito da criação de empregos de forma geral no país. Do mesmo modo, o total de beneficiários em planos de assistência médica também continua em queda: em julho deste ano, 5.479.110 pessoas tinham plano de saúde, 125.132 a menos que em julho de 2016, quando registrava-se um total 5.604.242 com planos.

Já os planos coletivos por adesão somaram 6.426.363 beneficiários no mês passado, uma queda na comparação com junho, quando havia 6.442.486 pessoas com esta modalidade de plano. Na comparação junho/julho deste ano, também diminuiu o total de beneficiários de planos individuais ou familiares: no mês passado, esta modalidade somava 9.247.147 beneficiários, e em junho, este número era de 9.260.571.

Em comparação com o mês de julho de 2016, sete estados apresentaram aumento de beneficiários em planos de assistência médica: Acre, Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Piauí e Tocantins.

A ANS informou também o total de demandas dos consumidores: 24.016 beneficiários entraram em contato com os canais da agência para obter informações e tirar dúvidas sobre planos de assistência médica, enquanto 7.781 apresentaram reclamações à agência reguladora. Dessas demandas, 4.868 se referiam à cobertura dos planos; 2.036 sobre contratos e regulamentos; 834 sobre mensalidades e reajustes; e 43 sobre outros temas.

Todas as informações completas sobre o período podem ser acessadas na Sala de Situação, no site da ANS.

ANS VAI TER REGRAS PARA QUE PLANOS DE SAÚDE MONITOREM OBESIDADE

Folha de São Paulo –18/08/2017

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) irá lançar diretrizes para diagnóstico e tratamento da obesidade entre usuários dos planos de saúde, quadro que vem avançando no país.

A Folha teve acesso a parte das propostas, atualmente em discussão com médicos, nutricionistas e educadores físicos, e previstas para serem implementadas ainda neste semestre.

Atualmente, 47,6 milhões de brasileiros possuem planos de saúde.

Dados da pesquisa Vigitel da Saúde Suplementar, feita pela agência com o Ministério da Saúde, apontam que cerca de um em cada cinco adultos desse grupo está obeso, um índice que cresceu 36% nos últimos sete anos.

O avanço da obesidade foi tema da série [Brasil acima do peso](#), publicada pela Folha.

Agora, a ANS planeja criar um fluxograma para identificar pacientes com excesso de peso e indicar aos profissionais quais as medidas a serem tomadas.

"Sabemos que esses pacientes estão aí, mas quase ninguém faz diagnóstico, e quase nunca são tratados. Esses pacientes vão ser negligenciados até quando?", diz Maria Edna de Melo, da Abeso (Associação Brasileira de Estudos da Obesidade), entidade que participa da discussão.

Uma das propostas é que o cálculo do IMC (índice de massa corporal, um dos indicadores de sobrepeso e obesidade) seja realizado em todos atendimentos da rede. "No sistema de saúde, isso deveria ser regra. Mas não é", diz Melo.

Com base nesses dados, o médico pode solicitar novos exames para verificar doenças relacionadas, como hipertensão e diabetes.

A ideia é também que a operadora possa enviar recomendações ao usuário com base no diagnóstico.

Pacientes com IMC entre 25 kg/m² e 30 kg/m², por exemplo, deveriam receber orientações para reforço de hábitos saudáveis - como redução, com apoio de nutricionistas, do consumo de alimentos com alto teor de sal, açúcar e gorduras e aumento da atividade física para 150 minutos por semana.

"Não precisamos esperar chegar à obesidade. O paciente com sobrepeso já tem que ser bem orientado e direcionado a tratamento", diz a diretora de normas e habilitação de produtos da ANS, Karla Coelho.

Já para aqueles com IMC acima de 30 kg/m², a previsão é que, além de apoio para adoção de hábitos saudáveis, haja direcionamento a endocrinologistas, que podem avaliar a possibilidade de uso de medicamentos.

Hoje, esses remédios não fazem parte do rol mínimo obrigatório para oferta pelos planos -e não há previsão de mudança nesse cenário.

Segundo a ANS, no entanto, várias operadoras já oferecem medicamentos dentro de programas específicos, como forma de estimular a adesão do usuário.

Tratamentos com fitoterápicos, laxantes e hormônios não serão recomendados.

Além dos adultos, o grupo planeja medidas para controle da obesidade infantil, como incentivo ao aleitamento materno e reforço no diagnóstico do excesso de peso.

"A criança obesa tem mais chances de desenvolver obesidade também na vida adulta", diz Mônica Moretzsohn, do comitê de nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria, que analisa as medidas.

Neste caso, uma das propostas em discussão é o incentivo ao uso de um "cartão da criança", documento com informações nutricionais e dados de saúde, assim como já ocorre no SUS.

O modelo é semelhante ao da carteirinha de vacinação, mas com gráficos para acompanhamento do crescimento e evolução do peso.

"Antigamente se usava muito para verificar a desnutrição infantil. Agora estamos no outro lado", diz Alberto Ogata, coordenador do laboratório de inovação da Opas-ANS e membro do grupo.

"Esse cartão já existe, mas não é preenchido, e é pouco usado na saúde suplementar", diz Karla Coelho.

Segundo ela, crianças que estiverem acima do peso podem ser encaminhadas a nutricionistas e educadores físicos para acompanhamento.

BÔNUS A PLANOS

De acordo com Coelho, apesar da adesão dos planos de saúde às diretrizes estabelecidas não ser obrigatória, a agência planeja dar bônus em avaliações para as operadoras que adotarem os protocolos em seus serviços.

"A ideia é atrelar ao índice de desempenho. São operadoras que participam dos programas e têm uma nota um pouco mais alta do que aquelas que não participam dessa discussão", explica.

Hoje, parte das operadoras de saúde já oferecem grupos de apoio e consultas com nutricionistas e psicólogos para tratamento da obesidade, por meio de programas próprios de promoção à saúde.

A intenção, agora, é verificar, entre as iniciativas existentes, quais modelos podem ser replicados. A previsão é que as diretrizes sejam finalizadas até novembro.

IESS APONTA QUE ¼ DOS ESTADOS APRESENTOU CRESCIMENTO NO TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

IESS –17/08/2017

Boletim do IESS destaca, entretanto, que ainda é cedo para falar em recuperação do mercado que perdeu cerca de três milhões de vínculos desde 2015

Foram rompidos 653,8 mil vínculos com planos de saúde médico-hospitalares no Brasil entre julho de 2017 e o mesmo mês do ano passado. Uma queda de 1,4%. Contudo, de acordo com a [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que acaba de ser atualizada, há sete unidades da federação que apresentaram crescimento no total de beneficiários.

"Ainda é cedo para falar em recuperação do mercado, especialmente por que a retração dos últimos anos foi bastante significativa e não há sinais econômicos que indiquem uma mudança de rumo em curto prazo, como uma expressiva retomada da criação de empregos no setor de comércio e serviços", alerta o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro. "Entretanto, segundo dados do Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar e da [Pesquisa Ibope/IESS 2017](#), notamos que o setor continuou contratando e melhorando a sua estrutura de atendimento".

Entre os Estados que registraram aumento no total de vínculos, destacam-se o Ceará e o Amazonas. No estado do Nordeste brasileiro, foram firmados 47,8 mil novos vínculos nos 12 meses encerrados em julho deste ano. Alta de 3,8%. Já no Amazonas, o avanço foi de 9,1%. O que significa que 45,2 mil novos beneficiários passaram a contar com um plano de saúde médico-hospitalar.

O resultado mineiro, proporcionalmente mais tímido, também foi bastante positivo. O Estado registrou 20,5 mil novos vínculos no período analisado. Apesar de o resultado representar um crescimento de apenas 0,4%, é importante notar que o Estado tem o terceiro maior volume de beneficiários do País, atrás apenas do Rio de Janeiro e São Paulo. "É um sinal ao qual devemos prestar atenção", aponta Carneiro.

Por outro lado, somente no Estado de São Paulo foram rompidos 398,6 mil vínculos. A queda de 2,2% equivale a 60,9% do total de beneficiários que deixaram de contar com planos de saúde médico-hospitalares no Brasil entre julho de 2017 e o mesmo mês de 2016.

Planos Odontológicos

Enquanto os planos médico-hospitalares continuam a enfrentar dificuldades, os planos exclusivamente odontológicos prosseguem crescendo. Nos 12 meses encerrados em julho deste ano, o setor avançou 7,6%. O que significa 1,6 milhão de novos vínculos.

Considerando os planos exclusivamente odontológicos, São Paulo é o Estado com o maior número de novos beneficiários: 728,3 mil. Alta de 10%. Proporcionalmente, contudo, há estados que apresentaram resultados ainda melhores, como Pernambuco, que registrou alta de 14,1% no total de vínculos com planos exclusivamente odontológicos. O que representa 110,9 mil novos beneficiários.

ENTIDADES PEDEM ADIAMENTO DE VOTAÇÃO DE RELATÓRIO QUE MUDA PLANOS DE SAÚDE

O Estado de São Paulo –17/08/2017

Idec e Abrasco argumentam que as discussões realizadas até o momento foram insuficientes para debater o tema

BRÁSILIA - O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) encaminharam nesta quinta-feira, 17, a deputados um pedido para o adiamento da votação do relatório que traz mudanças na lei de Planos de Saúde.

As entidades argumentam que as discussões realizadas até o momento foram insuficientes para debater o tema. Elas se queixam, ainda, da falta de paridade durante os debates. Para entidades que assinam o documento, representantes de empresas de saúde teriam sido beneficiados. Abrasco e Idec também pedem a divulgação do conteúdo do relatório antes da votação "considerando a gravidade das mudanças pretendidas".

Idec e Abrasco avaliam que as mudanças seguem em direção da liberação da venda de planos populares (com cobertura mais restrita e preços mais baixos); proibição da aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde e mudanças na regra de ressarcimento ao SUS.

O relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, Rogério Marinho (PSDB-RN), criticou o movimento iniciado nesta quinta. "Eles estão falando de um projeto que eu sequer coloquei no papel ainda. Ele somente vai ficar pronto no fim do mês. Estou muito surpreso, porque demonstra que esse pessoal tem muito pouca disposição para o diálogo e mais para o enfrentamento."

Marinho afirmou que uma nova audiência pública para debater mudanças nos planos de saúde deverá ser feita dia 22. Será a última, adiantou. "Mas quem quiser falar comigo, meu gabinete está aberto" A ideia do deputado é concluir o relatório até o fim do mês. Terminado o documento, ele será apresentado para integrantes da comissão e, numa outra etapa, submetido ao Plenário.

A advogada do Idec, Ana Carolina Navarrete, diz que o maior receio das entidades é de que a votação do relatório seja feita antes de a sociedade tomar pleno conhecimento de suas propostas. "Nosso pedido é que a divulgação seja feita antes da votação, num período

razoável justamente para que possamos fazer uma análise melhor das mudanças”, disse.

Na carta encaminhada aos parlamentares, Idec e Abrasco criticam também o fato de o relatório ter o efeito de “engavetar” mais de 140

projetos de lei em tramitação na Câmara, em sua maioria voltados à ampliação das garantias de coberturas. “Interesses privados, podem e devem se expressar, mas não orientar políticas de saúde para evitar riscos e tratar pessoas e coletividades”, diz a carta encaminhada aos deputados.

ANS E ANVISA INICIAM PARCERIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

ANS –16/08/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) assinaram nesta terça-feira (15/08) um Acordo de Cooperação Técnica. A iniciativa é inédita e tem como objetivo facilitar a coordenação e articulação entre as agências, visando ao aperfeiçoamento da atuação das instituições. Dentre as ações previstas, estão a realização conjunta de estudos e pesquisas, o compartilhamento de bancos de dados e pareceres técnicos, apoio operacional e desenvolvimento de ações e eventos, entre outras ferramentas que farão parte do plano de ações.

“Esse acordo formaliza compromisso para realização de parcerias em projetos que visam à melhora da saúde da população, com ganhos institucionais enormes. A troca de experiências promove capacitação e melhores práticas regulatórias. O que se espera é

que a ANS e a Anvisa possam juntas aprimorar cada vez mais seus processos de regulação”, explica Leandro Fonseca, diretor-presidente interino da ANS.

Para o diretor-presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa, a parceria representa o fortalecimento do trabalho em conjunto entre as agências, que poderão desenvolver, por exemplo, estudos sobre impactos econômicos nas áreas de atuação. “Os esforços terão retorno positivo do ponto de vista de processos de registro de produtos e preços no mercado de saúde, tema que compete à Anvisa, e também sobre a aplicação prática desses produtos e serviços, área regulada pela ANS”, pontua Barbosa.

Os dirigentes representaram as entidades durante a solenidade de assinatura do acordo, na sede da Anvisa, em Brasília. Com a oficialização, as agências vão iniciar a elaboração conjunta de um Plano de Trabalho, a ser proposto e aprovado pelas equipes técnicas das duas reguladoras. O Acordo de Cooperação Técnica tem um prazo inicial de cinco anos, podendo ser prorrogado no futuro.

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