

**06 de Setembro de 2017**

---

## **ANS DEFENDE ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS NO STF**

Jota –06/09/2017

Agência é parte em adin envolvendo normas que instituíram as administradoras

Pouco menos de um mês após o ajuizamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.756, que discute a criação das administradoras de benefícios no setor de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) encaminhou informações ao Supremo Tribunal Federal (STF). Em petição apresentada nessa terça-feira (05/09) a entidade aponta que não deixou de prever obrigações ou limites para as administradoras.

Na adin, o Partido Social Liberal (PSL) afirma que a ANS inovou ao criar a figura da administradora de benefícios e deixou de exigir delas o cumprimento de obrigações impostas às outras operadoras de planos de saúde, bem como não definiu os limites das administradoras.

Além disso, a legenda alega que a criação da administradora de benefícios viola a livre iniciativa, o princípio da igualdade e o cooperativismo. Por isso, pede a suspensão das resoluções normativas da ANS 196/09, 195/09, 205/09 e 295/2012.

A ANS, por outro lado, ressalta que a alegação de que inovou no setor de saúde suplementar ao criar a administradora é

improcedente, já que a figura está prevista no parágrafo 2º do artigo 1º da Lei 9.656/98.

Segundo a agência, não há violação ao princípio da livre iniciativa, uma vez que as normas não proibem que pessoas físicas ou jurídicas celebrem contratos de planos de saúde diretamente com as operadoras sem a atuação das administradoras de benefício.

Além disso, segundo a ANS, não há violação ao princípio da igualdade já que ficou demonstrado que nenhuma pessoa física ou jurídica está proibida de celebrar contratos de planos de saúde ou ingressar em contratos coletivos, sejam eles celebrados diretamente com as operadoras ou por meio de administradora de benefícios, desde que observados os requisitos objetivamente definidos nas normas de regulação da ANS.

Em relação à liberdade de concorrência e ao cooperativismo, a agência afirma que os contratos de planos de saúde podem ser celebrados diretamente com as operadoras e que as cooperativas continuam podendo celebrar qualquer tipo de contrato de plano de saúde sem a atuação das administradoras.

Em sua petição a ANS também elenca dados sobre o setor. Segundo a agência, os planos e seguros de saúde coletivos, que são aqueles contratados por uma empresa para seus empregados ou pelos sindicatos e associações para seus filiados, representavam 76,8% do mercado brasileiro em julho de 2017, isto é, cerca de 38 milhões de segurados. Em 2001, eram 67,6%.

O relator do caso é o ministro Gilmar Mendes.

---

## **CARTILHA TIRA DÚVIDAS SOBRE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE**

O Globo –05/09/2017

Material elaborado pelo MPRJ e ANS lista orientações para que usuário não tenha problemas futuros

RIO — A maioria das pessoas tem muitas dúvidas ao contratar um plano de saúde. Que modalidade atende melhor ao meu perfil? Que coberturas priorizar? São muitos os pontos a serem levados em conta, mas o mais comum é o usuário acabar optando por um mais barato e, lá na frente, ter surpresas ao necessitar de um determinado procedimento. Pensando nisso, o Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ), em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), preparou uma cartilha com orientações para a contratação desse tipo de serviço, ressaltando que preço não é tudo quanto o assunto envolve saúde.

De acordo com o MPRJ, as orientações constantes do folder têm o objetivo de auxiliar o consumidor, pois é fundamental que ele saiba exatamente o que está contratando e exerça conscientemente seu direito de escolha:

— Há uma preocupação relacionada à informação que é disponibilizada para o consumidor que deseja contratar planos de saúde, especialmente porque se trata de um serviço complexo e com muitas especificidades, regido por lei e regulação próprias. O acesso a uma informação completa, clara e precisa pode evitar uma série de conflitos entre os usuários e as operadoras de planos de saúde - afirma Christiane Cavassa, coordenadora da Promotoria de Defesa do Consumidor do MPRJ.

Diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire ressalta que o material é mais um resultado do exitoso termo de cooperação firmado entre os dois órgãos.

— Quanto mais informações os consumidores receberem, principalmente no momento da contratação do plano de saúde, menos conflitos surgirão nessa relação — conclui a diretora da agência reguladora do setor de saúde suplementar.

O material lista sete perguntas fundamentais que o futuro beneficiário deve fazer antes de assinar o contrato para não ter problemas depois: se o plano oferecido é individual/familiar ou coletivo; qual o número de registro da operadora junto à ANS; se é ambulatorial, hospitalar sem ou com obstetrícia ou é plano de referência; se o plano é regional ou nacional; se tem carência e de quanto tempo; e, se não estiver satisfeito, tem a possibilidade de trocar de plano sem cumprir nova carência? Os interessados podem [baixar a cartilha no site do Consumidor Vencedor](#).

## FENASAÚDE AMPLIA DEBATE SOBRE FRAUDES E ABUSOS NA SAÚDE

O Globo (Por FenaSaúde) –05/09/2017

Negociações escusas e preços discrepantes das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) serão debatidos no 3º Fórum da Saúde Suplementar, em outubro

A “máfia das órteses, próteses e materiais especiais (OPME)”, um dos maiores gargalos do sistema de saúde no Brasil, será um dos tópicos do 3º Fórum da Saúde Suplementar promovido pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), em outubro próximo, na cidade de São Paulo. Nos últimos anos, a entidade – que representa 18 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde – se empenha em promover discussões que aprimorem a utilização desses materiais e garantam transparência das informações e a sustentabilidade do financiamento da saúde suplementar.

– A FenaSaúde busca combater fraudes nas OPME (marca-passo, stent cardíaco, implante mamário de silicone, hastes, pinos, e outros) com o objetivo de garantir mais segurança ao beneficiário e mitigar irregularidades como incentivos indevidos oferecidos pela indicação e utilização de materiais por profissionais e hospitais e realização de intervenções sem real necessidade, explica a presidente da Federação, Solange Beatriz Palheiro Mendes.

O Fórum da FenaSaúde pretende promover uma discussão sobre o que já foi feito em outros países, onde se avançou e o que se pode compartilhar. – Vamos trazer especialistas, entre eles Rick Munson, presidente do conselho da National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) dos Estados Unidos. Serão relatadas as experiências com fraudes, abusos e a demonstração de como eles lidam com a questão. Poderemos conhecer, por exemplo, como o mercado americano se organizou para dar conta do cenário e como as instituições cooperam globalmente para evitar e mitigar essas questões. Conhecer quais as penalidades que são usadas e como as empresas desenvolvem seus sistemas antifraudes. Assim, poderemos ver o que pode ser aprimorado aqui, tanto nas operações quanto na legislação, esclarece Solange Beatriz.

Fraudes, má indicações e abusos fora do Brasil

Sandro Leal, superintendente de Regulação da FenaSaúde, vem acompanhando os procedimentos que estão sendo aplicados nos Estados Unidos, onde também a questão de fraudes de OPME é recorrente. O superintendente destaca que os americanos estão muito mais avançados no que diz respeito ao estabelecimento e cumprimento de penalidades em comparação ao Brasil, assim como na transparência e na troca de informações entre as entidades para se chegar a resultados satisfatórios.

– O mais importante na comparação do que ocorre no Brasil e nos Estados Unidos em relação a fraudes, é o fato de a nossa legislação não criminalizar infrações. Nos Estados Unidos há lei específica proibindo o pagamento de propina. A legislação é muito mais severa. Eles coíbem fortemente sinistros falsos e os envolvidos vão realmente para a cadeia, além de pagar valores elevados. Há projetos de lei no Brasil que tentam avançar na matéria. É preciso sentido de urgência já que as fraudes, más indicações e abusos encarecem os custos da assistência médica e oneram todos os beneficiários. E, principalmente, podem colocar em risco a vida do paciente.

Discrepância nos preços de implantes

A FenaSaúde chama atenção para a discrepância de preços praticados em dispositivos para implantes no país. A entidade informa que o custo de uma prótese de joelho, por exemplo, pode ter seu valor ampliado em mais de oito vezes, saindo do valor de R\$ 2.096 até os R\$ 18.362 pagos pelas operadoras, segundo dados do relatório final do Grupo Técnico Interministerial (GTI) de OPME. Desde que sai do fabricante, o valor do produto é acrescido de custos de seguro, frete e desembaraço; comissão do vendedor; margem do distribuidor; tributos sobre a venda para o hospital; custos de instrumentos e instrumentador; comissão do médico; margem do hospital e uma segunda tributação sobre a venda do hospital para a operadora de plano de saúde.

O ortopedista Edmond Barras, chefe do serviço de clínica e cirurgia da vertebral do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo, afirma que o problema das OPME é complexo e não exclusivo no mercado brasileiro, com superfaturamentos e fraudes. Ele cita que, nos Estados Unidos, um parafuso pedicular para fixação vertebral, cujo custo de fabricação não passava de US\$ 100, chegou a ser vendido por até US\$ 2000, destacando que, às vezes, em uma única cirurgia são usados mais de uma dúzia deles.

– Em meados da década de 1990, as cirurgias de coluna vertebral com implantes surgiram no Brasil. Não demorou muito para que se repetisse aqui o “boom” de cirurgias de coluna, com uso excessivo de implantes, e o que é mais grave, indicações desnecessárias que chegam a 60%. Se partirmos da premissa que uma cirurgia mal indicada terá sempre um mau resultado, por melhor que seja a técnica, e que em 2015 foram realizadas no Brasil 27.000 cirurgias de coluna com implantes, dá para se ter uma ideia do flagelo que isso representa – mostra.

Fonte de renda irregular

Edmond Barras também ressalta que se forem levados em conta os baixos honorários que médicos recebem por uma cirurgia de coluna (pela tabela da AMB uma cirurgia de hérnia de disco não chega a R\$ 600,00) a porcentagem que recebem dos fornecedores é de 30 a 40%:

– Esta comissão passou a ser a principal fonte de renda dos cirurgiões. Mas não são somente os médicos que se beneficiam dessa artimanha. Hospitais que adicionam uma taxa de comercialização que pode chegar a 40% também se beneficiam. Do mesmo modo fornecedores, distribuidores e funcionários de algumas operadoras também são elos dessa corrente fraudulenta de comercialização. Sem dúvida, a conta recai sobre as operadoras que são as fontes pagadoras desses procedimentos. Porém, o maior prejudicado será sempre o paciente para quem o prejuízo não é somente financeiro, mas físico e moral.

As iniciativas que buscam promover melhores práticas no mercado de dispositivos médicos implantáveis vêm desde 2015, quando foi criado o Grupo Técnico Interministerial (GTI) de OPME, do qual a FenaSaúde faz parte. O GTI foi criado por meio de uma portaria assinada pelos ministérios da Saúde, Fazenda e Justiça. Ao longo desse tempo, alguns resultados foram alcançados, segundo a FenaSaúde, como a criação e divulgação de relatórios, levantamentos sobre as discrepâncias do cenário, além de um guia com orientações sobre o uso racional das OPME destinado às operadoras.

## **PRECISAMOS FALAR DO PLANO DE SAÚDE**

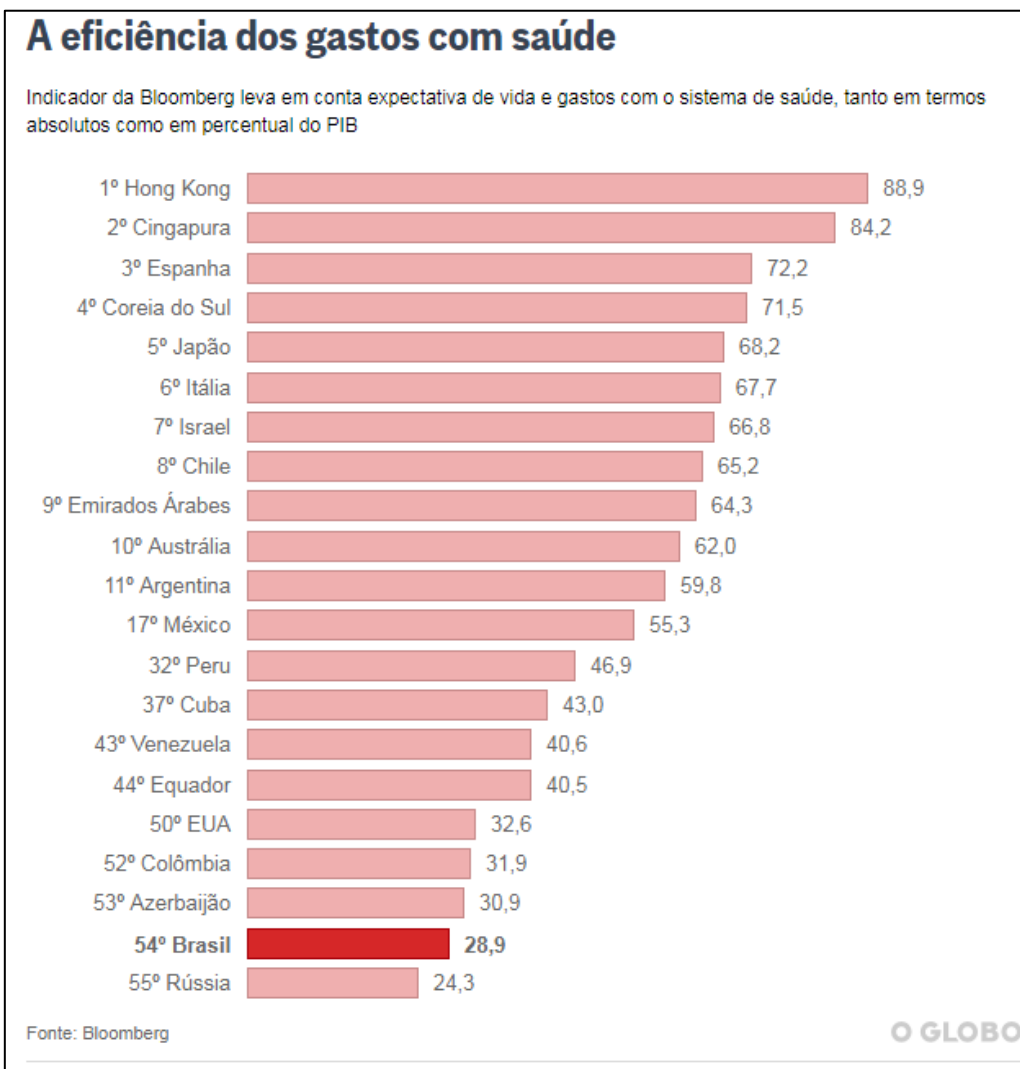
O Globo –04/09/2017

Apenas 22% da população brasileira têm acesso ao serviço, caro e de pouca qualidade. Modelos usados em outros países podem servir de inspiração

Ter a cobertura de um plano de saúde é um privilégio de uma minoria. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), hoje cerca de 47,6 milhões de brasileiros têm plano de saúde. Apesar de o número parecer alto, isso corresponde a apenas 22% da população brasileira, estimada em 207,9 milhões de pessoas, segundo o IBGE.

Esse percentual baixo de adesão é facilmente justificável: basta dar uma olhada nos altíssimos valores das mensalidades dos planos de saúde. O modelo privado de saúde no Brasil é tão oneroso que deu brecha, inclusive, para um mercado paralelo. Hoje, muitas pessoas que não têm condições de arcar com um plano recorrem a empresas que oferecem consultas médicas de baixo valor para casos simples, que são pagas de forma avulsa.

É uma forma paliativa de ter cobertura médica em casos de urgência — por valores acessíveis e sem a necessidade de espera em unidades hospitalares públicas, que sofrem com a constante superlotação. Mas, se a pessoa precisar de tratamentos mais complexos, que dependam de internação ou cirurgia, continuará desprovida de boas opções. A Bloomberg realizou, no ano passado, um levantamento global sobre os sistemas de saúde: o Brasil ficou na lamentável 54ª posição entre 55 países. Os dados usados são de 2014.



Além de os planos serem caros demais para os consumidores, as redes credenciadas não são muito abrangentes. Como os planos costumam repassar um valor aos médicos, muitos profissionais preferem não fazer parte, restringindo seus atendimentos a consultas particulares. Ou seja, paga-se caro por um serviço que não tem muita qualidade. Além disso, pelo fato de a remuneração dos médicos credenciados ser de baixo valor, aqueles que aceitam

atender pelo plano de saúde acabam querendo compensar com um maior volume de pacientes. O resultado: consultas feitas às pressas, anamnese precária e o risco ampliado de diagnósticos equivocados.

Apesar de a discussão sobre o modelo de saúde privado no Brasil ser complexa e se arrastar há anos, há alternativas que já vêm sendo adotadas no exterior.

Uma delas, que merece ser olhada com atenção especial, é o Health Savings Accounts (HSA) — em tradução livre, contas de poupança de saúde. O modelo lembra o funcionamento de um seguro de carro. Com o HSA, você tem o plano de saúde e, sempre que precisar de uma assistência mais ampla — um acidente grave, internação, tratamento complexo ou cirurgia — paga uma franquia, e o plano de saúde arca com as demais despesas.

O dinheiro depositado nessas contas é livre de impostos e rende como um investimento de renda fixa. Pelo modelo americano, a pessoa pode, inclusive, retirar o dinheiro dessas contas e usar para outros fins, mas, nesses casos, há incidência de taxas. Para cobertura de despesas médicas, o saque não é taxado.

A alternativa pode funcionar melhor do que acontece hoje no Brasil, tendo em vista que, em muitos casos, ainda que a pessoa tenha plano de saúde, procedimentos mais complexos e vários exames

não entram na cobertura. Na prática, o consumidor paga, além da mensalidade, pela totalidade de despesas extras que podem acontecer. Essa, inclusive, é uma realidade complicada, por exemplo, para gestantes, tendo em vista que uma série de procedimentos durante a gravidez não são cobertos pelos planos.

Com um sistema de franquias similar ao HSA, o consumidor não precisaria pagar pela totalidade dessas despesas mais caras. Além disso, a possibilidade de o dinheiro depositado na conta render é outro atrativo. O sistema funcionaria como um investimento em saúde, não apenas como dinheiro gasto com despesas médicas. Se o consumidor usasse pouco os serviços, o dinheiro ficaria rendendo.

Ainda segundo dados da ANS, a quantidade de adesões aos planos de saúde no Brasil caiu 3,1% em 2016, em relação ao ano anterior. Tendo em vista a dificuldade de arcar com os altos custos dos planos, especialmente em um cenário de crise econômica e desemprego elevado, é mais do que pertinente pensar em alternativas que democratizem os serviços privados de saúde.

## **JUNTA MÉDICA: MAIS PROTEÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

FenaSaúde—04/09/2017

Desde 2011, o número de ações judiciais contra os planos de saúde aumentaram 631%, saltando de 2.602 para 19.025 no ano passado. Segundo Já está em vigor normativa da ANS que estabelece os critérios para formação de junta médica ou odontológica

“É importante salientar que a obrigação de a operadora constituir uma junta médica ou odontológica nos casos de divergências já estava prevista na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU 8, vigente desde 4 de novembro de 1998, não sendo, portanto, nenhuma novidade no regramento dos planos de saúde. A norma já previa que o impasse deveria ser solucionado por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficaria a cargo da operadora”, esclarece a gerente de Regulação em Saúde da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Vera Sampaio.

Vale lembrar que o novo normativo prevê que todo o trâmite da junta deverá ocorrer nos prazos previstos na RN 259, de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos de saúde. Ou seja, não houve alteração dos prazos de atendimento, exceto quando o desempatador julgar necessária a realização de exames complementares para emitir o seu parecer ou na ausência justificada do paciente. Nessas situações a contagem do prazo será suspensa por três dias úteis para viabilizar um novo agendamento.

A junta protege o paciente, evitando que seja submetido a intervenções desnecessárias que podem, inclusive, colocar em risco sua integridade física. Via de regra, é constituída quando as solicitações de procedimentos ou materiais, órteses e próteses não estão alinhadas com a indicação, a diretriz de utilização da ANS, a diretriz clínica das sociedades de especialidades, ou confrontam com as melhores evidências científicas.

Também vale esclarecer que o profissional que atuará como desempatador pode ser, inclusive, dos respectivos conselhos profissionais. A norma estabelece que os nomes sugeridos pela operadora deverão ser, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

Algumas novidades trazidas são as definições dos prazos de manifestação; os formatos de junta (presencial e a distância); o que fazer se o profissional desempatador ou o beneficiário tiverem que se deslocar para a realização da junta; o que acontece se o paciente ou desempatador não comparecer, como devem ser as notificações.

A norma determina ainda que as operadoras deverão notificar o beneficiário a respeito da necessidade de formação de junta médica ou odontológica, e que as empresas também deverão registrar, armazenar e disponibilizar à ANS, quando requisitadas, as informações e os dados relacionados às juntas médicas ou odontológicas realizadas. Não há nenhum prejuízo ao paciente, inclusive porque a constituição da junta não é permitida nos casos de urgência ou emergência.

## **“O INCENTIVO ESTÁ EM MEDIR O PROCESSO – NÃO O RESULTADO”, DIZ BARRY CHAIKEN**

Saúde Business —01/09/2017

A área de saúde é considerada uma das mais importantes pela população, e ao mesmo tempo é a que ocasiona maior insatisfação em nosso país, conforme pesquisa do Visão Brasil 2030.

Assegurar a sustentabilidade financeira do setor não é um desafio apenas do Brasil: gastos crescentes, aumento da carga de doenças, envelhecimento da população e modelos de pagamentos são

temáticas discutidas mundialmente, ou seja, é hora de refletir: O setor vem remunerando a doença ao invés da saúde?

O value-based healthcare (VBHC) é um modelo proposto por Michael Porter e parte da premissa de que o intuito final da atenção à saúde é gerar valor para o paciente, isto significa que a análise de valor deve ponderar os resultados de saúde importantes para o paciente, em relação ao custo de atingir tais metas.

Conversamos com o Dr. Barry Chaiken, Professor Adjunto da Boston University e ex-Membro do Conselho da HIMSS, sobre como os fatores sociais, econômicos e tecnológicos impactam na mudança do value-based healthcare.



Chaiken afirma que o cuidado de saúde está entrando em uma era de mudanças significativas, para ele o VBHC incentiva os prestadores de saúde a oferecer os melhores cuidados ao menor custo. Por sua vez, os pacientes recebem maior qualidade de atendimento com melhor valor.

Enquanto o modelo tradicional de reembolso (fee-for-service) promove a quantidade de procedimentos, o value-based healthcare tem como objetivo oferecer melhores cuidados aos indivíduos, melhorar as estratégias de gerenciamento da população e reduzir os custos de saúde.

Chaiken declara, que no caso do Brasil, que presencia uma crise econômica, é de suma importância que a cadeia de saúde busque alternativas para conter os gastos com a saúde. Para ele, o value-based healthcare é um dos caminhos para fazer com que o sistema se mantenha sustentável.

O incentivo de medir a assistência médica se centralizou nos processos, ao invés de olhar para os resultados, que é o que mais importa para os pacientes e as suas famílias. O paciente precisa conhecer as etapas do seu tratamento, como uma intervenção médica afetará suas atividades diárias, por exemplo, saber de fato qual o impacto do seu problema de saúde.

Uma das ferramentas que contribuem para a diminuição das despesas com assistência médica é medir os resultados e despesas, isto é o custo total do ciclo completo do tratamento do paciente. Entretanto, a assistência médica ainda não disponibiliza uma análise das despesas totais de um ciclo de tratamento, mas a tecnologia desponta como um importante aliado para o desenvolvimento desse inovações que colaboram diretamente para o aprimoramento do VBHC.

A criação de um sistema de saúde baseado em valor demanda investimento em tecnologia, inovação. Chaiken reitera que a saúde necessita de um nível de interoperabilidade, isto é os dados devem ser compartilhados entre hospitais e os outros sistemas usados, para que o médico, seja no hospital, na clínica, no pronto socorro, todos os responsáveis pela assistência vejam a mesma informação sobre aquele paciente. Até o momento o setor não tem nenhum sistema universal de dados que agregue um nível de segurança, permitindo que as informações possam ser compartilhadas entre todos.

Para que possamos pensar no value-based healthcare como uma meta central, as organizações precisam padronizar os dados para que eles possam ser compartilhados igualmente. Só assim poderemos avançar mais sobre a discussão de Valor, diz Chaiken.

## ANS SUSPENDE VENDAS DE 41 PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil –01/09/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) suspendeu nesta sexta-feira (1º) a venda de 41 planos de saúde comercializados por 10 operadoras. A medida decorre de reclamações de usuários feitas no segundo trimestre deste ano em relação à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento. A proibição das vendas começa a valer no dia 8 de setembro. As mais de 175 mil pessoas que já são atendidas por esses planos deverão continuar a ser assistidas por eles, segundo a agência. Caso as operadoras não garantam a cobertura, elas poderão ser multadas.

A lista completa dos planos que tiveram as vendas suspensas, está disponível [no site da ANS](#). Nele, os beneficiários também podem consultar informações sobre cada operadora, a fim de saber quais tiveram planos suspensos ou reativados e como está a situação deles.

Ao todo, foram recebidas 15 mil reclamações, das quais mais de 13 mil impactaram a avaliação desses planos. A maior parte delas (43,7%) foi em relação ao gerenciamento de ações, tais como autorizações prévias e cobrança de coparticipação. Os outros

problemas relatados foram: descumprimento do rol de procedimentos e da cobertura geográfica dos planos (16,1%); desrespeito a prazos máximos de atendimento (12,7%); reembolso (12%); rede de atendimento conveniada (11,8%) e carência (2,3%). Restrições relacionadas a doenças ou lesões preexistentes (DLP), cobertura parcial temporária (CPT) e agravos representaram, juntas, 1,4% das queixas.

As operadoras que tiveram planos suspensos neste ciclo de avaliação foram: Salutar Saúde Seguradora S/A, Unimed Norte/Nordeste – Federação Interfederativa das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico, Caixa de Assistência à Saúde (CABERJ), Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde (CAPESESP), Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas, Sociedade Assistencial Médica e Odonto Cirúrgica (SAMOC S.A), Sociedade Cooperativa Cruzeiro – Operadora de Planos de Saúde Sociedade Cooperativa, Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro; GS Plano Global de Saúde LTDA. e Green Life Plus Planos Médicos LTDA.

A suspensão é uma das ações do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que objetiva corrigir a postura das empresas. Como resultado de melhoras na assistência após a punição, 33 planos de 13 operadoras que haviam sido suspensos foram reativados pela agência. Outras três operadoras tiveram 9 produtos reativados parcialmente.

## ANS: MUDANÇAS URGENTES

Saúde Business –31/08/2017

Nascida pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia que até 1998 não tinha qualquer padrão de funcionamento, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar está vinculada ao Ministério da Saúde e atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A ANS possui funções bem definidas, mas sofre inúmeras críticas do setor, enfrentando a cada dia o descontentamento de todos os participantes de um sistema que vem provando, a cada momento que, se nada for feito, tudo pode dar errado:

1. A regulação é punitiva. O controle sobre as Operadoras de Saúde é extremamente rigoroso e protecionista. Busca a assistência ao indivíduo, não importando que este excesso de proteção possa levar ao desinteresse relacionado ao negócio. Devemos lembrar que apesar de “saúde ser um direito de todos e dever do estado” o mesmo está quebrado e é, em sua maioria, ineficaz;

2. Os prestadores de serviços, insatisfeitos com a remuneração e com as negociações entre as partes, buscam compensações que possam fazer com que seu negócio sobreviva. Desta forma, a cada ano, observamos, como exemplo, uma maior concentração de dezenas de hospitais na mão de poucos grupos empresariais.

3. Esta concentração, torna o mercado cada vez mais restrito, prejudicando, principalmente o beneficiário final, o consumidor. Este fica refém de serviços caros e muitas vezes de baixa resolutividade.

Tais fatos fazem com que o excesso de coberturas exigidas pelo Rol de procedimentos, muitas delas sem qualquer limite e, o grande controle sobre valores dos reajustes permitidos aos planos individuais, transformem o produto num grande problema e não numa solução. Algo desinteressante como negócio. Um produto que vem desaparecendo do mercado. Paralelamente faz com que o segmento crie alternativas, que infelizmente acabam sendo fraudulentas.

Outra análise que devemos fazer é sobre a judicialização da saúde no Brasil. Inúmeras são as ações contra o SUS e contra as Operadoras. Os juízes entendem que a saúde é universal e que todos devem ter direito a tudo. Lembro do final de uma das centenas de sentenças que acompanhei a frase final de um juiz – “o médico é senhor do conhecimento e da saúde de seu paciente. Se for dito por ele que o procedimento é necessário, o mesmo deve ser atendido e coberto”.

Logo fica claro que: ou se cria uma Agência que tenha por finalidade regulamentar o setor, nos quais estão envolvidos hospitais, médicos, laboratórios e Operadoras, ou desenvolvemos novas formas de dar atendimento à população.

No desenho atual, se nada mudar rapidamente, o futuro não será nada saudável:

1. As empresas não conseguirão suportar mais reajustes
2. Médicos, hospitais e laboratórios irão buscar caminhos independentes, e
3. Mais uma vez o indivíduo ficará desprotegido.

## **SINOG E ANS ASSINAM TERMO DE COMPROMISSO**

Revista Apólice –30/08/2017

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) assinaram, em 8 de agosto, o Termo de Compromisso nº 23/2017, publicado no Diário Oficial do dia 15 do mesmo mês, que autoriza as operadoras exclusivamente odontológicas filiadas ao Sinog com até 500 mil beneficiários a disponibilizar atendimento telefônico eletrônico (URA) nas 24 horas nos sete dias da semana para os casos de Urgência e Emergência, sendo que o atendimento poderá ser realizado de forma exclusivamente eletrônica quando prestado fora do horário comercial e aos finais de semana e feriados. No horário comercial continua necessário o atendimento telefônico por atendentes devidamente treinados.

Esta vitória é fruto de negociação com o órgão regulador, por meio da acessibilidade com a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), que entendeu que o mercado das operadoras exclusivamente odontológicas possui peculiaridades, sendo composto, em sua maioria, por operadoras de pequeno e médio porte, com recursos financeiros mais escassos. Soma-se a isso o fato de que as operadoras exclusivamente odontológicas possuem um percentual muito reduzido de demandas registradas na ANS, 1,6% do total.

O mercado conta com 259 operadoras com beneficiários que comercializam planos exclusivamente odontológicos na modalidade de odontologia de grupo. Deste total, 96,9 possuem até 500 mil beneficiários.

“Entendemos que as pequenas e médias empresas precisariam de um investimento extremamente elevado para dar conta da obrigação imposta pela Resolução Normativa 395/2016. Por esta razão levamos à ANS nossas considerações sobre esta obrigatoriedade não ser necessária a estas operadoras, já que inviabilizaria o negócio para muitas delas e prejudicaria o acesso à promoção da saúde bucal e prevenção de doenças de uma parcela significativa da população, nas várias regiões do país”, explica o presidente do Sindicato, Geraldo Almeida Lima.

As operadoras odontológicas não filiadas continuam obrigadas a disponibilizar atendentes treinados para atendimento telefônico nas 24 horas nos sete dias da semana para os casos de Urgência e Emergência que, em caso de descumprimento, estarão sujeitas a multa de R\$ 30 mil.

O Sinog deverá ainda informar à ANS, quando da saída de filiados de seu quadro associativo, comunicando a operadora da perda do benefício do respectivo Termo. Da mesma forma, aos novos filiados que venham a fazer parte do Sindicato, o nome da operadora será incluído como compromissária do Termo e passará a ter o mesmo benefício.

**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](mailto: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](http://milliman.com.br)