

12 de setembro de 2018

SENADORES COBRAM INSTALAÇÃO DA CPI DOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado –12/09/2018

Os constantes reajustes dos planos de saúde têm sido motivo de protestos de vários consumidores. O tema também tem motivado a preocupação de muitos senadores. Depois de conseguir 27 assinaturas, a senadora Lídice da Mata (PSB-BA) apresentou o requerimento para a criação da CPI dos Planos de Saúde.

O requerimento de criação foi lido em Plenário no dia 11 de julho, mas a comissão ainda não foi instalada. Na última quarta-feira (4), Lídice cobrou dos líderes a indicação dos membros para a CPI. Ela chegou a pedir ao presidente do Senado, Eunício Oliveira, que faça a indicação de ofício, se os líderes não o fizerem. A ideia da senadora é que a CPI seja instalada já no início de outubro, logo após o primeiro turno das eleições.

Na mesma linha, o senador Hélio José (Pros-DF) também defendeu o início dos trabalhos da CPI e pediu que os líderes indiquem os membros da comissão. Para o senador, o trabalho da CPI vai ser importante para buscar mais transparência por parte das operadoras dos planos de saúde.

Aumentos

De acordo com Lídice da Mata, a população tem demonstrado muita preocupação com os aumentos de preço das operadoras de planos de saúde. Ela disse que, principalmente agora durante o período eleitoral, muitos eleitores a têm procurado para reclamar da situação. Segundo a senadora, as pessoas questionam “como é possível continuar essa política de preços, quem é que pode fiscalizar e quem é que regula os preços dos planos no Brasil”. A senadora considera essa a maior importância dessa CPI.

- Vamos investigar esse mistério dos planos de saúde no Brasil, com muita gente enriquecendo e pouca gente tendo acesso à saúde de qualidade – disse Lídice.

Conforme relatou a senadora, os usuários dos seguros têm sido surpreendidos por reajustes acima dos índices de inflação. Em 2016, a inflação medida pelo IPCA foi de 6,28%. Entretanto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorizou um aumento de 13,57%. Já em 2017, para uma inflação de 2,9% pelo IPCA, a ANS autorizou um aumento de 13,55%

Lídice também tem criticado a atuação da agência, que estaria beneficiando mais os interesses das operadoras do que os direitos dos consumidores. Segundo a senadora, o consumidor acaba obrigado a recorrer à Justiça para ter o seu direito garantido.

CPI

A CPI será composta por 11 membros titulares e 6 suplentes e funcionará pelo prazo de 180 dias prorrogáveis. Suas despesas serão limitadas ao valor de R\$100 mil. O objetivo da comissão é investigar os reajustes de preços dos planos de saúde autorizados pela ANS.

EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS –11/09/2018

Divulgamos hoje o “[Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#)”, boletim mensal que atualiza o estoque de emprego do setor. Esta edição, com dados de julho desse ano, mostra que o setor continua mantendo o ritmo positivo de contratações.

O levantamento mostra que o total de trabalhadores na cadeia (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; e, operadoras e seguradoras de planos de saúde) apresentou crescimento de 2,8% no período de 12 meses encerrado em julho de 2018. Esse crescimento é superior ao boletim anterior, que compreendeu o

intervalo entre os meses de junho de 2017 e o mesmo mês desse ano.

Já o total de empregos formais – que considera todo o conjunto econômico nacional – segue com ligeiras variações positivas. O total de pessoas empregadas na economia é de 43,2 milhões, resultado de um crescimento de 0,2% no período de 12 meses.

O fluxo de emprego no segmento também é destaque nesta edição do boletim. O saldo positivo de contratações de 10.220 pessoas também representa avanço com relação à análise anterior. Na economia como um todo, o saldo foi positivo em 47.319 postos formais de trabalho.

Seguiremos trazendo dados do “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar” nos próximos dias. Confira o boletim na [íntegra](#).

ENTRA EM VIGOR SUSPENSÃO DA VENDA DE 26 PLANOS DE SAÚDE DE 11 OPERADORAS

O Globo –10/09/2018

ANS adotou a medida após a elevação de queixas relativas à cobertura assistencial

RIO — A partir desta segunda-feira, começa a valer a suspensão temporária da comercialização de 26 planos de saúde de 11 operadoras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

adotou a medida após a elevação de queixas relativas à cobertura assistencial. Os 26 planos, juntos, têm 75.500 beneficiários.

A lista completa dos 26 planos que serão suspensos está disponível no [site da ANS](#).

A ANS informou que os usuários terão a assistência regular garantida. No entanto, para que os planos voltem a ser comercializados para novos clientes, as operadoras deverão comprovar melhorias no atendimento.

Paralelamente, houve a reativação de 20 planos de 11 operadoras, que ficarão liberados para comercialização a partir desta segunda.

Reclamações

No trimestre compreendido entre 1º de abril a 30 de junho de 2018, a ANS recebeu 17.171 reclamações de natureza assistencial. Desse total, 16.189 foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento.

No período, 93,2% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), garantindo respostas aos problemas dos consumidores.

De acordo com a ANS, o objetivo da suspensão é também estimular que as operadoras qualifiquem o atendimento prestado aos consumidores.

As operadoras são avaliadas por meio do Monitoramento da Garantia de Atendimento partir das reclamações registradas pelos beneficiários nos canais da ANS. Nessa etapa, foram consideradas as queixas sobre cobertura e demoras de atendimento no segundo trimestre de 2018.

JOVENS SAEM E VELHOS FICAM EM PLANO DE SAÚDE, E ISSO PODE ENCARECER PLANOS

UOL -09/09/2018

Os planos de saúde perderam, entre 2014 e 2018, 5,4% de clientes, segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). O número de planos caiu de 49,9 milhões, em junho de 2014, para 47,2 milhões, em junho deste ano. Saíram principalmente os mais jovens (clientes até 39 anos) e ficaram os mais velhos (a partir de 40 anos).

Os mais jovens representavam 63,54% dos clientes e passaram a 60,85%. O grupo dos mais velhos, a partir de 40 anos, cresceu percentualmente, passando de 36,46% para 39,15% do total de clientes.

A má notícia para todos é que isso pode encarecer os planos, porque os jovens, em geral, pagam menos, mas também usam menos, enquanto os velhos normalmente pagam mais, mas também usam mais os planos.

Com uma participação menor de jovens, a conta fica mais difícil de fechar, porque o grupo que fica tem mais pessoas com doenças, e os gastos médios por paciente tendem a subir.

Planos perderam 3 milhões de jovens

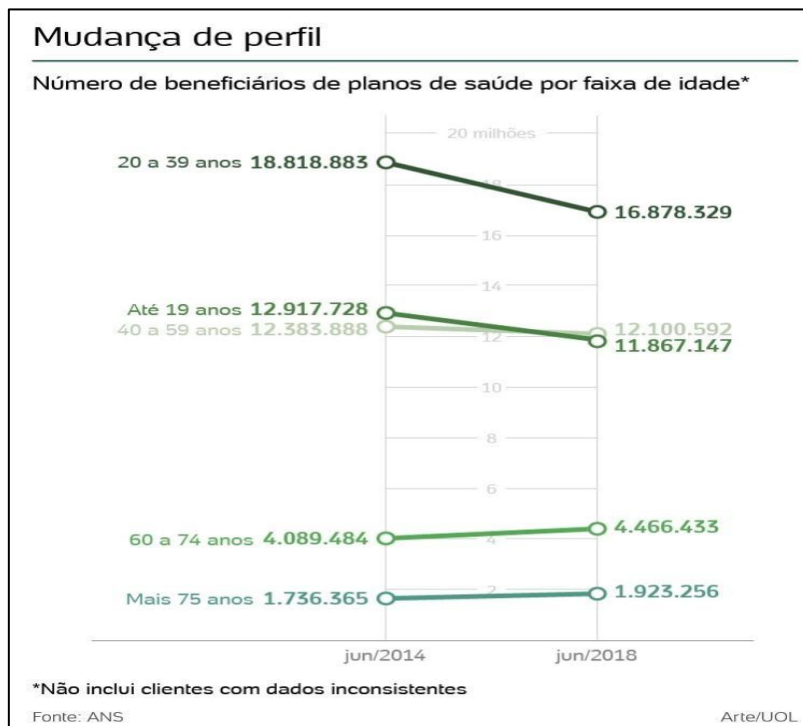
A saída de jovens chegou a 3 milhões. Entre eles, a queda foi de 9,4%. Eram 31,74 milhões, em junho de 2014, e passaram a 28,74 milhões, em junho deste ano.

É o oposto do que aconteceu na outra ponta da clientela. Dos clientes com 40 anos para cima, o número total de beneficiários subiu de 18,21 milhões para 18,49 milhões (280 mil pessoas a mais), uma alta de 1,5%, puxada principalmente pelos mais velhos: entre aqueles com idade entre 60 e 74 anos, a alta foi de 9,2%; entre os que têm mais de 75 anos, o crescimento foi de 10,8%.

O desemprego, que atingiu filhos e pais, e o simples fato de os planos terem ficado muito caros para quem, no geral, tem saúde boa, estão entre as razões que explicam a debandada dos mais novos dos planos de saúde.

“Se o serviço fica muito caro, pode acontecer de as pessoas que são, no geral, mais saudáveis, acharem que não compensa mais para elas e decidirem não fazer mais parte daquele grupo”, disse a economista Ana Carolina Maia, professora da FEA-USP (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo) e especializada em saúde e seguros.

“Só que, se isso acontece, há menos gente saudável para sustentar as pessoas que têm algum problema, e o risco total do grupo sobe.”



20% dos usuários usam 80% dos recursos

Ana Carolina afirma que os planos de saúde, como qualquer tipo de seguro, funcionam como uma vaquinha: todos que entram aceitam dar um pouco de dinheiro em troca de poder usar uma parte do total caso precisem.

Nesse esquema, os mais jovens e os mais saudáveis, que no geral demandam menos desse fundo coletivo, são peça-chave para fechar a conta, que precisa pagar todas as despesas que vêm dos mais velhos ou mais doentes. É um grupo menor, mas que tende a precisar mais de consultas, exames e procedimentos mais caros, como cirurgias e internações.

“Hoje, cerca de 80% dos recursos que um plano de saúde recebe são gastos por apenas 20% dos que pagam, mas os mais jovens e os mais saudáveis aceitam financiar a conta pelo risco de precisarem em uma emergência”, disse a professora.

“É como em um seguro de carro: nós contratamos, na verdade, pelo medo de ter uma perda total, o que tem uma probabilidade muito pequena de acontecer, mas, se acontecer, sairá muito mais caro.”

Se os jovens saem, ou se o outro grupo, mais frágil, cresce muito, essa espécie de balança se desequilibra, e todos perdem: os mais

jovens ficam sem a garantia para as emergências, os mais velhos ficam com uma conta mais cara, e a empresa pode acabar perdendo os dois.

Perdeu o trabalho, perdeu o plano

Uma das principais razões para a saída mais acentuada dos mais novos nos planos de saúde passa pela disparada do desemprego.

Além de o desemprego ser maior entre os mais jovens, as demissões cortam os convênios pela raiz, já que a grande maioria dos contratos do país hoje são de planos empresariais, pagos pelas empresas a seus funcionários.

“Não é que o jovem saiu do plano de saúde, ele perdeu”, disse o diretor-executivo da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), José Cechin. “Ou porque era a empresa que pagava e ele perdeu o emprego, ou porque ele tinha direito ao benefício como dependente dos pais e os pais foram demitidos.”

Os planos empresariais são hoje 67% dos contratos ativos, segundo a ANS, e, entre os que estão na faixa dos 20 aos 39 anos de idade, essa participação sobe para 75,7%. Ou seja, para a vasta maioria deles, perder o trabalho é sinônimo de perder o benefício.

PROPOSTA SUSTA REAJUSTE DE PRESTAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –06/09/2018

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Decreto Legislativo 983/18, dos deputados do Psol Chico Alencar (RJ), Glauber Braga (RJ) e Luiza Erundina (SP), que susta reajuste de até 10% para prestações de plano de saúde.

O aumento foi aprovado por decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e publicada em junho no Diário Oficial.

Segundo os parlamentares do Psol, a metodologia de cálculo da ANS para o aumento já foi questionada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e considerada inadequada por técnicos do Tribunal de Contas da União (TCU).

“O TCU ainda apontou que uma distorção em um dos itens do reajuste. Desde 2009, os custos de novos exames e tratamentos foram contados duas vezes pela ANS, duplicando o efeito no preço”, afirmam os deputados na justificativa à proposta.

Para os deputados do Psol, a ANS não tem qualquer independência para regular o sistema de saúde suplementar no país por ter a maioria do corpo executivo vinda do setor de planos de saúde.

Atualmente, o modelo assistencial de saúde suplementar brasileiro inclui um contingente de 47,3 milhões de usuários.

Tramitação

A proposta será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família; e Constituição e Justiça e de Cidadania; antes de ir ao Plenário.

IDEC PARTICIPA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO

Idec –06/09/2018

Em evento organizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, Instituto questiona se franquias ou coparticipação são boas opções ao consumidor

O Idec participou de audiência pública no Rio de Janeiro nesta terça-feira (04) para discutir franquias e coparticipação em planos de saúde. O evento, convocado pela ANS, contou com a participação de 200 inscritos e recebeu entidades de defesa do consumidor e representantes do setor.

O Instituto abriu sua exposição questionando as premissas da franquias e coparticipação. Segundo a pesquisadora em saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete, esses instrumentos impactam em alguma medida na prevenção e diagnóstico e partem da premissa equivocada de que problemas de gestão serão resolvidos ao se

transferir para o consumidor as obrigações de controlar os gastos das empresas.

Dentre os pontos discutidos, a representante destacou a necessidade de manter o que diz a CONSU 8/1998, proibindo situações em que o consumidor custeie integralmente o valor do procedimento. A cobrança de até 40% da coparticipação pelas operadoras e o limite de exposição financeira de duas mensalidades mensais e doze mensalidades anuais também foram questionados. Para o Instituto, o percentual máximo de 40% é muito elevado, especialmente considerando os estudos que mostram que percentuais mais baixos já inibem o uso pelo consumidor.

A advogada pontua que “no caso do limite de exposição financeira - o teto de quanto o consumidor deverá pagar, somadas a mensalidade com a franquias ou coparticipação, é preciso considerar que a renda média do brasileiro é de R\$ 2.100,00 e, segundo dados do painel de precificação da ANS, o valor médio de uma mensalidade para uma pessoa de 44 a 48 anos é de R\$ 502,52. Isso significa que para um trabalhador de renda média brasileira nessa idade, o limite de exposição financeira sugerido pela agência comprometeria cerca de metade (47%) dos ganhos no mês”.

Também foi discutida a impossibilidade de serem cobradas franquia e coparticipação em casos de internação, urgência e emergência, uma vez que nessas situações não há escolha do usuário, porque há intermediação do médico ou profissional de saúde.

Ana Carolina também apresentou preocupações sobre como o direcionamento de rede, combinado com a coparticipação ou franquia, pode ser usado para frustrar os objetivos das isenções. "A RN 433/2018 permite que as operadoras escolham com liberdade qual será o estabelecimento onde ocorrerá a isenção. Mesmo que hajam limites municipais, em realidades de cidades com dimensões como a de São Paulo, em que pontos de um mesmo município são muito distantes, ainda assim permanece a margem para que a operadora ofereça poucos serviços com isenção e com isso, contorne o objetivo da normativa", diz a pesquisadora.

O Instituto ainda advertiu sobre a falta de informações na oferta sobre o funcionamento dos planos de saúde, seu potencial de endividamento e a exposição financeira. Tanto a franquia quanto a coparticipação estão aumentando sua presença entre os planos de saúde. De 2007 a 2017, usuários de planos de saúde com esses

instrumentos subiram de 22,2% para 49,9%, com o maior aumento se dando entre os planos coletivos empresariais. Acompanhando, aumentaram também as queixas de usuários. Segundo informações levantadas pelo Estado de São Paulo, de 2013 para 2017, o número de queixas de consumidores sobre franquia e coparticipação aumentou 73%, em um período em que o número geral caiu 12%. Entre os temas mais reclamados se encontram os elevados índices cobrados pelos planos e a falta de transparência na definição desses valores.

Além do Idec, mais cinco órgãos que atuam em defesa do consumidor participaram da audiência, entre eles, a Fundação Procon São Paulo e o Instituto de Defesa Coletiva. Este último, recomendou regras claras de publicidade dos planos de saúde, enquanto o Ministério Público do Rio de Janeiro pontuou que coparticipações de até 25% já induzem o comportamento do consumidor.

Ao todo, 28 instituições e entidades se inscreveram para a audiência pública. A ANS informou que todas as propostas realizadas durante a audiência serão avaliadas antes de avançar novamente no tema.

AMÉRICA LATINA DISCUTE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Agência CNJ de Notícias –06/09/2018

O trabalho desenvolvido pelo Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde para auxiliar a atuação dos magistrados brasileiros diante do cenário de crescente judicialização foi apresentado nesta quarta-feira (5/9) no Sétimo Encontro Regional sobre Direito de Saúde e Sistemas de Saúde. O evento, promovido pela SaluDerecho, organização ligada ao Banco Mundial, ocorreu em Montevideu.

Coordenador do Fórum, o conselheiro Arnaldo Hossepian proferiu palestra sobre o e-NatJus, plataforma digital idealizada e mantida pelo Conselho Nacional de Justiça que oferece fundamentos científicos para juízes em decisões na área da saúde. "A iniciativa foi muito bem recebida e despertou inclusive desejo de outros países de adotarem ferramentas semelhantes", afirma Hossepian, supervisor do Fórum. O Banco Mundial demonstrou interesse em colaborar na implantação do e-NatJus.

O fenômeno da judicialização da saúde não é exclusividade do Brasil e registra índices muito altos em várias nações vizinhas. "O nosso banco de pareceres é iniciativa inédita nas Américas e, por esta razão, suscitou tanto interesse", comentou o conselheiro Hossepian. Colômbia, Costa Rica e Uruguai, em especial, manifestaram-se atraídos pela ideia de criação de sistemas semelhantes.

O evento, que ocorreu de 3 a 5 de setembro, teve como tema central a sustentabilidade dos sistemas de saúde na América Latina. Além de Arnaldo Hossepian, outros dois integrantes do Fórum participam do evento, Renato Dresch, desembargador do Tribunal de Justiça de Minas Gerais; e Maria Inez Gadelha, do Ministério da Saúde. O

desembargador Martin Schulze, coordenador do Comitê Estadual de Saúde do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, também esteve no encontro, que contou com a participação de representantes do México, Paraguai, Equador, Chile, Argentina, Uruguai Colômbia e Costa Rica.

As discussões e preocupações com os reflexos da judicialização da saúde são muito semelhantes em vários países e, durante o evento, os debatedores trataram, entre outros assuntos, das principais barreiras para o acesso a medicamentos de alto custo e da implantação de políticas públicas para garantir esse acesso.

Preocupação do CNJ

A judicialização da saúde é um dos temas de constante preocupação no CNJ. Além de promover audiências públicas, jornadas e seminários para discutir o assunto, em 2010 o Conselho editou a Resolução CNJ n. 107. A norma instituiu o Fórum da Saúde.

Em pouco mais de sete anos de atuação, o grupo tem trabalhado em várias frentes no intuito de aperfeiçoar os procedimentos e prevenir novos conflitos na área. Além de discutir soluções para problemas relacionados a medicamentos e falhas nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e planos de saúde privados

Em setembro de 2016, foi aprovada a Resolução CNJ n. 238, que dispõe sobre a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde, bem como a especialização em comarcas com mais de uma vara de fazenda pública. Em dezembro de 2017, o CNJ promoveu uma audiência pública para discutir a judicialização, com a participação de representantes do Poder Público, da iniciativa privada, dos pacientes, da Academia e do sistema de Justiça para debater o assunto.

FENASAÚDE APRESENTA MEDIDAS DAS OPERADORAS PARA COMBATER OS CUSTOS DO SETOR

FenaSaúde –06/09/2018

Diretor executivo da Federação realiza diagnóstico do setor durante audiência na Comissão de Assuntos Sociais do Senado

Com a pauta 'Reajuste dos planos de saúde individuais e familiares de 2018 e 2019', a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal – presidida pela senadora Marta Suplicy – realizou debate, nesta terça-feira, dia 04, para esclarecer as razões do índice de reajuste autorizado pela ANS. Com a presença do órgão regulador, de entidades de defesa do consumidor e das operadoras, a audiência pública foi uma oportunidade para apontar caminhos e possíveis soluções para o setor.

O diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, representou às associadas à entidade. Durante sua apresentação, ele enumerou os fatores que impactam no aumento das despesas médicas pagas pelas operadoras e, em última instância, pelo próprio consumidor: preços elevados dos

procedimentos, materiais e medicamentos; maior utilização dos serviços médicos, mesmo com menos consumidores no sistema; desperdícios e fraudes; adoção de novas tecnologias que não necessariamente geram resultados concretos no cuidado à saúde; judicialização; entre outros.

“Temos que entender e atacar as causas que impactam o aumento das despesas e, conseqüentemente, pesam no reajuste dos planos de saúde, seja individual ou coletivo. Compreendemos que o problema do reajuste desagrada a todos, principalmente o consumidor e as próprias operadoras. Para mudar essa realidade, precisamos da união dos agentes de toda a cadeia de saúde e não de divisão. O consumidor pode e deve ajudar nesse processo”, destaca Cechin.

Para enfrentar a escalada dos custos, Cechin apontou as ações realizadas pelas operadoras. “Investimento em atenção primária, com um médico generalista que coordena e direciona, quando necessário, o paciente para cuidados especializados, orientando o beneficiário dentro da rede médica disponível; negociação direta com os fabricantes para a compra de materiais, sem intermediações que pesam no custo final; mudança no modelo de remuneração dos profissionais de saúde para um baseado em resultados clínicos, diminuindo o peso do fee for service (pagamento por procedimentos realizados); sistemas para detecção de fraudes, que, quando comprovadas, há descredenciamento imediato do prestador e denúncia ao conselho federal da respectiva classe; ações judiciais nos Estados Unidos contra empresas fabricantes de produtos médicos que pagaram comissões a médicos brasileiros para uso de próteses e órteses, entre outras medidas”, enumera Cechin, que identificou ainda a falta de assimetria regulatória na cadeia de saúde:

“É preciso uma ação legislativa que obrigue os prestadores de serviço, como hospitais, a divulgarem seus resultados clínicos e custos”.

Na visão do diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Leandro Fonseca da Silva, os custos elevados do setor também são reflexo do modelo assistencial adotado no país: “Hoje, o atendimento é fragmentado. Não há um único responsável pela gestão clínica do paciente. O atual modelo de pagamento, o fee for service, reforça ainda mais essa fragmentação. Para mudar esse cenário, é preciso pôr o paciente no centro dessa discussão. Além disso, precisamos de mais transparência, principalmente, nos resultados em saúde. Procuramos um prestador, por exemplo um hospital, mais pela reputação do que pelos resultados propriamente”.

Em relação à metodologia de cálculo de reajuste dos planos individuais, Fonseca enfatizou que o processo está sendo revisto: “Estamos revendo a metodologia no intuito de aprimorá-la e dar maior previsibilidade ao consumidor”. No fim da audiência, a senadora Marta Suplicy destacou que a proposição de ideias foi positiva em busca de avanços no setor: “Temos sugestões que podem ser apreciadas para propor alterações na legislação”.

Além de Cechin, Fonseca e Marta, a audiência reuniu, ainda, a secretária nacional de Relações de Consumo, da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça, Ana Lúcia Kenickel Vasconcelos; advogado do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Igor Rodrigues Britto; o assessor jurídico da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, José Luiz Toro da Silva; e o advogado da Central Nacional Unimed, José Cláudio Ribeiro Oliveira.

CONSULTA PÚBLICA SOBRE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

ANS –06/09/2018

O Programa de Acreditação de Operadoras desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai ser atualizado e, para subsidiar as mudanças, a reguladora está iniciando uma consulta pública. O tema é aberto à participação de toda a sociedade, incluindo representantes do setor, entidades de defesa do consumidor e demais instituições interessadas no tema, além de cidadãos de maneira geral. O prazo para envio das contribuições - sugestões, críticas e colaborações - inicia hoje (6/9) e pode ser feito pelo site da ANS até o dia 5/10.

[Clique aqui para acessar o formulário e os documentos da consulta pública nº 71.](#)

A proposta de atualização do programa visa garantir mais transparência e legitimidade no processo de avaliação das

operadoras, instituir um manual único para embasar a auditoria dos itens de avaliação, reduzir a assimetria de informações no setor e incentivar a adesão de operadoras exclusivamente odontológicas – que não estão contempladas atualmente. A ANS vem discutindo a adoção de um novo modelo junto a representantes do setor e entidades de defesa do consumidor desde dezembro de 2016, diante da amplitude e complexidade do tema.

A adesão ao Programa de Acreditação é voluntária e a certificação é conferida por Entidades Acreditoras às operadoras que cumprem os critérios de qualidade determinados pela ANS. O programa envolve quatro dimensões: gestão organizacional, gestão da rede, gestão em saúde e experiência do beneficiário.

A acreditação garante um diferencial para concorrência no mercado, incentiva a reorganização de processos qualifica a prestação de serviços. Implantado pela ANS em 2011, o programa tem contribuído para que as operadoras conheçam melhor seu negócio, identifiquem e solucionem problemas de gestão e de assistência do beneficiário. A proposta de alteração feita pela ANS está baseada na literatura científica e em experiências nacionais e internacionais na área de acreditação.

FRAUDES E DESPERDÍCIOS CONSUMIRAM QUASE R\$ 28 BILHÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2017, APONTA IESS

IESS –05/09/2018

Levantamento mostra que mais de 19% das despesas assistenciais foram consumidos por práticas ilegais e

procedimentos desnecessários, reforçando a necessidade de maior transparência

Em 2017, quase R\$28 bilhões dos gastos das operadoras de planos de saúde do País com contas hospitalares e exames foram consumidos indevidamente por fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários. A estimativa consta no estudo [“Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar”](#), atualização do Texto para Discussão nº 62, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). A projeção é baseada em estudos técnicos a partir da revisão bibliográfica de trabalhos nacionais e internacionais sobre o tema.

“O trabalho é resultado de um esforço para dimensionar o impacto das fraudes no sistema de saúde suplementar do Brasil e apontar experiências bem-sucedidas no combate às práticas inadequadas”, comenta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “As despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares somaram R\$ 145,4 bilhões, em 2017. Sendo assim, os gastos de R\$ 27,8 bilhões com fraudes e desperdícios representam 19,1% desse total, comprometendo fortemente a qualidade da assistência, as finanças do setor e acabando por onerar os contratantes de planos de saúde”, argumenta.

A atualização das estimativas mostra que entre 12% e 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos e de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Portanto, houve um gasto na saúde de aproximadamente 15 bilhões de reais com fraudes em contas hospitalares e 12 bilhões de reais em pedidos de exames laboratoriais não necessários.

O trabalho mostra que o percentual de gastos com fraudes e desperdícios se manteve estável em 18,7% entre 2014 e 2015, evoluindo para o patamar de 19% em 2016 e 2017. A publicação também mostra a evolução das despesas assistenciais de planos médico-hospitalares. “As despesas evoluíram de R\$108 bilhões, em 2014, para R\$ 145 bi em 2017. No entanto, nesse período, cerca de 3 milhões de indivíduos ficaram sem assistência médica privada, ou seja, queda de 5,8%”, aponta Carneiro. “Diminui-se 5,8% do total de beneficiários, mas as despesas assistenciais apresentaram um aumento de 34,4% no período”, alerta.

Embora ressalve que a corrupção e a fraude são difíceis de serem detectadas na área da saúde – uma vez que a cadeia produtiva desse

setor contempla diversos segmentos e particularidades em cada um deles, inclusive com distinção entre os sistemas públicos e privados –, o trabalho mostra que, no caso setor privado, as práticas abusivas se relacionam com a falta de necessidade ou o excesso de determinados tratamentos, exames e procedimentos, além de fraudes na comercialização de medicamentos e dispositivos médicos, entre outros.

Essas práticas abusivas são resultado da pouca transparência das relações entre os agentes do setor de saúde e da falta de indicadores de qualidade. Por mais que o País tenha iniciativas isoladas quanto ao problema, ainda é necessária uma melhora na fiscalização como, por exemplo, da regulação em todo o setor. “Hoje, a Agência Nacional de Saúde Suplementar regula apenas as operadoras de planos de saúde e não os demais agentes dessa cadeia de valor, resultando em uma assimetria de informações que barra o avanço da transparência entre o segmento e para toda a sociedade”, avalia o superintendente executivo do IESS. “Países da Europa e os Estados Unidos têm regulações mais severas, por exemplo, dos pagamentos e benefícios entre agentes do setor de saúde e indústria de medicamentos e dispositivos médicos, por exemplo, sendo obrigatória a divulgação desses ganhos”, arremata.

No Brasil, falta transparência nos sistemas de precificação de insumos e serviços de saúde e também no modelo de pagamento por serviços prestados na saúde. Isso se dá, principalmente por conta do modelo de remuneração mais comum, o fee-for-service, que privilegia o volume de procedimentos e não a sua qualidade e benefício ao paciente.

SENADO APROVA INDICAÇÃO À ANS DE CHEFE DE GABINETE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

JOTA –05/09/2018

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho é indicado do PP; nomeação depende de decreto presidencial

O Senado aprovou nesta quarta-feira (5/9), por 43 votos a 2, a indicação do advogado Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho a diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Houve duas abstenções na votação. A nomeação ao cargo ainda depende de publicação de decreto do presidente da República no Diário Oficial da União (DOU).

Atual chefe de gabinete do ministro da Saúde, Gilberto Occhi, Rebello foi a segunda opção do PP ao cargo. O governo desistiu do primeiro nome, Davidson Tolentino de Almeida, que havia sido mencionado em noticiário da Lava Jato.

Durante sabatina na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o advogado apontou que a assimetria de informações recebidas pela ANS leva a reajustes fora da realidade de planos de saúde. “Me comprometo a tentar dar um pouco mais de transparência a este processo e solicitar aos atores envolvidos informações para chegar a um valor justo”, disse.

Rebello ainda disse que é preciso estimular ações de prevenção para reduzir custos da saúde. O advogado afirmou que é preciso encontrar novo sistema de remuneração ao setor, mas não indicou qual seria o modelo ideal.

Diretoria completa

Com a provável nomeação de Rebello, a diretoria da ANS ficará com todas as cinco cadeiras preenchidas, após meses de reuniões esvaziadas. A agência já havia recebido reforço na última semana,

quando o presidente Michel Temer assinou decreto de nomeação de Rogério Scarabel Barbosa.

Nos bastidores, a leitura é de que há relação direta entre as recentes indicações e nomeações à agência. Isso porque a medida agradaria grupos políticos próximos a Eunício Oliveira (MDB-CE) e ao PP, responsáveis por emplacar Barbosa e Rebello, respectivamente.

Com o acordo, a tramitação da indicação de Rebello foi feita às pressas. O nome chegou na segunda-feira (3/9) ao Senado. No dia seguinte, o relatório foi lido na CAS e hoje houve sabatina e votação no plenário.

Há ainda discussão sobre quem será nomeado presidente efetivo da ANS. O cargo é ocupado de forma interina pelo diretor Leandro Fonseca da Silva, que já pediu definições ao governo. A decisão ocorre por meio de decreto presidencial.

Currículo

Segundo informações enviadas ao Senado, Paulo Rebello Filho foi nomeado chefe de gabinete do Ministério da Saúde em junho de 2016, na gestão de Ricardo Barros. 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.

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