

01 de Novembro de 2017

ANS SUSPENDE PUBLICAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS MÍNIMOS

O Estado de São Paulo—31/10/2017

Reunião extraordinária realizada pela agência decidiu interromper processo em reação a uma queixa prestada pela Roche

BRASÍLIA - A publicação da lista atualizada de procedimentos mínimos, uma relação de exames, medicamentos e tratamentos que operadoras são obrigadas a oferecer a seus usuários, está suspensa. Reunião extraordinária realizada nesta segunda-feira, 30, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu interromper o processo de atualização da lista, numa reação a uma queixa prestada pela Roche.

A fabricante afirma que a diretoria colegiada teria se baseado em informações inverídicas ao negar a incorporação de um medicamento indicado para melanoma por ela produzido. Ao contrário do que teria sido dito na ocasião, seu medicamento seria eficaz e com baixa toxicidade.

Questionada pela reportagem, a ANS não informou se a interrupção determinada nesta segunda vai atrasar a atualização do rol, que tradicionalmente é publicada no dia 1º de janeiro, em anos alternados.

A reunião que definiu a lista atualizada do rol foi feita no dia 23. Questionada por um dos diretores, a equipe técnica afirmou não haver dados seguros que comprovassem a eficiência do Cometinib, produzido pela Roche. A equipe, por sua vez, apresentou um relatório defendendo a incorporação de um medicamento também indicado para melanoma, o trametinib, usado de forma combinada com uma outra droga.

A diretoria aprovou a incorporação do trametinib, seguindo a recomendação do grupo. Dois dias depois da reunião, no entanto, a Roche encaminhou à ANS uma carta questionando as informações discutidas. Além da declaração, a farmacêutica anexou dados de pesquisas que comprovam a eficiência e a baixa toxicidade do seu medicamento. Os dados eram de 2016.

O presidente em exercício da ANS, Leandro Fonseca da Silva, classificou como "grave" a colocação da empresa. De acordo com sua agenda, o presidente em exercício teria recebido, já às 9h30 do dia seguinte ao recebimento da carta, representante do laboratório para ouvir suas queixas.

A diretoria responsável pela avaliação dos pedidos, em sua defesa, afirmou que tais estudos não teriam sido apresentados pela empresa no período adequado. Tanto a equipe técnica quanto o grupo assessor teria baseado sua decisão em dados fornecidos pelo autor do pedido, datados de 2014. Os relatórios apresentados com o pedido de incorporação traziam dados provisórios. Pela análise desses dados, a droga apresenta toxicidade e não havia comprovação de seus benefícios.

Revisão

A revisão do rol é feita a cada dois anos. Para definir quais medicamentos, terapias ou exames que devem ser incluídos ou excluídos do rol, reuniões periódicas são feitas entre representantes da ANS com associações médicas e representantes da indústria. De acordo com a área técnica, os prazos são definidos de forma a cumprir o cronograma. "Não seria funcional avaliar dados apresentados extemporaneamente, afetando assim a revisão do rol", afirmou a diretora assistente, Carla Soares.

"A fundamentação de cada tecnologia não são da ordem ou de opinião pessoal da área técnica, mas fruto de debate com setores envolvidos", completou a diretora Karla Coelho, que juntou a ata de todas as reuniões em que a discussão dos medicamentos foi realizada.

Ela observou ainda que Confederação Nacional de Indústria (CNI), representante do setor de indústria farmacêutica no comitê assessor, recomendou a incorporação do trametinib e não do medicamento da Roche.

A diretora defendeu que, como estudos foram concluídos depois do prazo de avaliação, a análise da incorporação do medicamento para melanoma da Roche deveria ser discutido para a próxima edição do rol. Foi voto vencido. A diretoria determinou a criação de uma comissão de servidores que vai analisar o caso. Não há prazo para definição.

Embate

A reunião extraordinária expôs ainda mais o conflito entre parte de diretores da ANS e a área técnica. Na semana passada, [contrariando relatório preparado pela equipe responsável, diretores recusaram a incorporação de seis procedimentos \(cirurgias e exames\) no rol atualizado de 2018](#). A justificativa de parte dos diretores para a recusa é de que não havia estudo que mostrasse que o investimento teria o retorno esperado, chamado de custo-efetividade. Também foi argumentado que alguns dos exames não tinham cobertura em todo o País, o que poderia acarretar um aumento de ações na Justiça.

Na tensa reunião da semana passada, a equipe técnica da ANS não escondeu a indignação ao notar que o desfecho seria a recusa das recomendações. Entre os argumentos usados pela equipe de assessores estava o de que pacientes seriam prejudicados, técnicas que trariam mais conforto deixariam de ser usadas em consequência de exigências que boa parte de agências reguladoras no mundo não faz.

Em nota divulgada dias depois, a ANS afirmou que não houve rejeição do parecer da área técnica. "A proposta apresentada não continha as informações e a fundamentação necessárias para a tomada de decisão dos diretores, inclusive com vistas a proteger a saúde dos beneficiários", justificou a agência.

Ainda de acordo com a agência, os estudos de custo-efetividade começaram a ser pedidos em 2013.

PRESIDENTE DA FENASAÚDE COBRA APERFEIÇOAMENTO NA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA SAÚDE

FenaSaúde-31/10/2017

Em artigo publicado no jornal Estado de São Paulo, Solange Beatriz discute consequências disso para beneficiários e empregadores

Bem-vinda quando resulta em procedimentos menos invasivos, exames mais precisos e medicamentos mais eficientes, a incorporação de novas tecnologias em ritmo acelerado à prática assistencial diária faz que aquela em uso sequer alcance sua maturidade em termos de retorno financeiro. O resultado disso é que a tecnologia não produz a esperada redução de custos na saúde privada. Este é o tema central de artigo da presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, na coluna Opinião desta terça-feira, no Jornal Estado de São Paulo. Para ela, é urgente a necessidade de aperfeiçoamento da metodologia para avaliar a incorporação dos procedimentos, porque este custo elevado é pago pelo sistema, isto é, beneficiários e empregadores.

Leia a integra do texto a seguir:

Querer e poder

Solange Beatriz Palheiro Mendes

Vivemos numa era de grandes inovações tecnológicas. Na atenção à saúde, esse resultado se reflete em procedimentos cirúrgicos menos invasivos, exames mais precisos e medicamentos mais eficientes, o que proporciona uma vida melhor e longa. Em outros setores da economia, a incorporação de novas tecnologias pode melhorar a qualidade do produto, a produtividade e, como consequência, a redução do custo. No setor de saúde não é bem assim: novas tecnologias são disponibilizadas pela indústria de materiais e equipamentos hospitalares com acentuada frequência. Medicamentos e exames de alta complexidade, na maioria importados, são incorporados aos tratamentos demandados pelos beneficiários de planos de saúde. A consequência disso é que o ritmo acelerado de inovações, característico dos tempos atuais, faz com que as novidades sejam incorporadas à prática assistencial diária antes que aquela já em uso alcance sua maturidade em termos de retorno econômico. Isso impede que a tecnologia reduza custos na saúde privada.

SAÚDE SUPLEMENTAR DÁ PRIMEIROS SINAIS DE REAÇÃO

SaúdeBusiness -30/10/2017

O mercado de planos de saúde médico-hospitalares parece estar reagindo aos primeiros sinais de recuperação da economia nacional. De acordo com a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o ritmo de redução de beneficiários destes planos está desacelerando. "Ainda não podemos falar em recuperação, já que o setor perdeu mais de três milhões de vínculos nos últimos anos, mas ao menos há sinais indicando uma tendência para estabilização", avalia Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

De acordo com a NAB, o rompimento de vínculos com planos médico-hospitalares está desacelerando. Em outubro de 2016, este mercado

Portanto, há um dilema que põe os sistemas de saúde do mundo entre a cruz e a espada: de um lado, a incorporação de novas tecnologias; do outro, a capacidade de pagamento da sociedade. No Reino Unido, por exemplo, a saúde pública conta com equipe especializada para avaliar novas tecnologias, determinar a relação entre seus gastos e os resultados clínicos comprovados e priorizar a incorporação em face do orçamento disponível.

No Brasil, a incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) passa pelo filtro da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec). O papel desse braço do Ministério da Saúde é duplo: avaliar se há evidências científicas de que a tecnologia a ser incorporada tem eficácia relevante e determinar a relação entre custo e benefício desse novo procedimento. Todas as solicitações de incorporação são apreciadas com base na avaliação crítica das informações científicas e econômicas apresentadas pelos interessados. Afinal, nenhum país do mundo tem os recursos necessários para financiar todas as tecnologias disponíveis para todos os cidadãos com os máximos padrões de qualidade. E o Brasil é um deles!

No caso da saúde suplementar brasileira, a introdução de novas tecnologias ocorre por meio da revisão do Rol de Procedimentos da ANS, que trata da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde. A revisão do rol - realizada a cada dois anos, e a próxima entra em vigor em 2018 - avalia pedidos de inclusão de dezenas de tecnologias e não considera os impactos financeiros para o sistema, passo anterior e necessário para a avaliação de custo-efetividade.

Para contribuir com a discussão, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) estimou, ainda que de forma parcial, o impacto financeiro de 16 das 26 propostas para atualização do rol. O custo adicional poderá chegar a R\$ 5 bilhões.

Portanto, é urgente a necessidade de aperfeiçoamento da metodologia para avaliar a incorporação dos procedimentos, uma vez que ninguém pode precisar o real custo-efetividade da inclusão desses procedimentos.

Precisamos definir critérios técnicos, regras e processos transparentes para apoiar os processos de decisão de cobertura. Na saúde suplementar, o custo recai sobre quem paga pelo sistema, isto é, beneficiários e empregadores. Está na hora de eles serem considerados no centro da tomada de decisão por meio de informação clara e metodologia definida para que a sociedade possa escolher sobre o que deseja ou o que pode ser efetivamente pago em saúde.

reduziu a 3,3% na comparação de 12 meses. Hoje, contudo, o recuo está em 1,3%. O que significa que nos 12 meses encerrados em setembro de 2017, 624,6 mil vínculos foram rompidos no Brasil.

Carneiro explica que o cenário não é mais positivo porque a retomada da economia está fortemente apoiada em setores que historicamente não oferecem o benefício de plano de saúde aos seus colaboradores, como o setor rural. "Além disso, temos visto um forte crescimento do mercado informal no País. O que não contribui para o setor de saúde suplementar já que um trabalhador sem carteira assinada não recebe benefícios e, sem a segurança do vínculo empregatício, as famílias demoram mais para retomar o contrato com o plano, por medo de não conseguir manter o benefício. Mesmo com este sendo um dos três bens mais desejados pelo brasileiro", argumenta. "Também precisamos considerar que, com o prolongado período de crise econômica, muitas famílias ficaram inadimplentes e é natural que nesse período de retomada da economia as famílias procurem quitar

seus débitos antes de adquirir novos bens, mesmo os que consideram fundamentais”.

O executivo aponta, entretanto, que enquanto o mercado formal não voltar a crescer, dificilmente veremos uma retomada robusta do crescimento de beneficiários médico-hospitalares, já que os planos coletivos empresariais (aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores) respondem por 66,6% do mercado de saúde médico-hospitalar.

Dos 624,6 mil vínculos rompidos entre setembro de 2017 e o mesmo mês do ano passado, 92,8% se concentram na região Sudeste do Brasil: o que significa que 579,8 mil beneficiários deixaram de contar com seus planos. Queda de 2%. Apenas em São Paulo foram 355,8 mil, o que representa um recuo também de 2%. No Rio de Janeiro, o recuo foi proporcionalmente maior: 3,7% dos beneficiários locais romperam o vínculo com o plano. O que significa 206,6 mil beneficiários a menos.

No Centro-Oeste e no Nordeste a retração foi de apenas 0,7%. O que equivale a 21,2 mil vínculos rompidos no Centro-Oeste e 47,1 mil, no Nordeste.

Por outro lado, as regiões Sul e Norte do Brasil apresentaram ligeira alta. No Sul, foram registrados 6,5 mil novos vínculos. Avanço de 0,1%. Já no Norte, houve incremento de 0,3% ou 5 mil novos beneficiários.

Enquanto os planos médico-hospitalares estão esperando por dias melhores, o mercado de planos exclusivamente odontológicos continua com motivos de sobra para sorrir. Nos 12 meses encerrados em setembro de 2017, o segmento avançou 7,8%, firmando 1,7 milhão de novos vínculos. Destes, 899,5 mil (54,4%) se concentram no Sudeste e 502,3 mil (30,4%), no Nordeste.

COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PODERÁ SER LIMITADA A 40%

Jornal Extra—30/10/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estuda limitar em 40% o valor que os planos de saúde podem cobrar pela coparticipação, o usuário tem um custo adicional, além do valor fixo da mensalidade, sempre que realiza um procedimento, como consulta, exame. A proposta faz parte de uma pesquisa para construção de uma resolução normativa sobre planos de coparticipação e franquia. De acordo com a ANS, aproximadamente 50% dos 48 milhões de beneficiários dos planos de saúde no Brasil possuem em seus contratos um dos dois mecanismos de regulação: a coparticipação ou a franquia. O problema é que hoje, na prática, hoje não há limite de cobrança de coparticipação. — A normatização atual não apresenta quase nenhum parâmetro. Não contém, por exemplo, qualquer limite financeiro na cobrança da coparticipação. O que existe é uma orientação. Para a ANS, valores acima de 30% são considerados fatores restititivos severos da utilização dos serviços de saúde. Mas isso não está normatizado — avalia o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar.

O documento também estabelece a isenção da cobrança do percentual em até quatro consultas com médicos generalistas — pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia — no período de 12 meses e em exames preventivos como mamografia, colonoscopia, glicemia de jejum, teste de HIV, e outros.

A advogada Michelle Meneses, de 48 anos, não conta com assistência médica privada, mas paga plano de saúde para um dos filhos de 12 anos que é especial e ainda precisa arcar com cobranças extras.

—A mensalidade é de cerca de R\$ 450, e todos os gastos com acompanhamento especializado para a criança já passam de R\$ 1 mil por mês — disse Michelle Meneses.

Acesso detalhado aos custos

A ANS diz que a nova regra também deve fortalecer processos que garantam a transparência das cobranças aos usuários de planos de saúde. Hoje, as operadoras são obrigadas a dar aos usuários acesso detalhado aos serviços que ele utilizou: com quais médicos se consultou, quais exames realizou, etc.

Para especialistas, a regulamentação e o estabelecendo de regras sobre a coparticipação e da franquia é bom para o setor e para os consumidores, mas advogados ponderam que o percentual de 40%

para cada procedimento é considerado alto e restringe o acesso do usuário ao serviço.

— É positivo regulamentar isso porque no escopo do projeto para alterar as regras da Lei dos Planos de Saúde não há previsão de alterar a coparticipação. Mas não tem critério nenhum para chegar a esse valor (de 40%) — afirma o advogado especializado em Direito à Saúde Rodrigo Araújo, sócio do escritório Conforti e Jonhsson Associados.

O prazo para envio de contribuições para a pesquisa da ANS foi prolongado até o dia 9 de novembro, e os interessados devem preencher um formulário online.

Hoje, são cerca de 47,3 milhões de usuários de serviço privado de saúde. Só em setembro, mais de 11 mil pessoas perderam o plano de saúde segundo dados divulgados pela ANS. Nos últimos dois anos, mais de 2,8 milhões de brasileiros deixaram de ter plano de saúde.

Entrevista: Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS

Quais são as principais diretrizes para a cobrança de coparticipação?

Essa é a grande questão a ser decidida, porque hoje não há regulamentação específica. As operadoras estão livres para obrar, mas o que percebemos é que não é exorbitância. O percentual de 40% é o que está sendo apontado na pesquisa com as operadoras. Havia dentro da própria ANS um entendimento considerando que 30% seria um valor possível, mas não tínhamos base robusta para estabelecer esse percentual. A agência já fez uma consulta pública sobre o assunto em março.

Por que a ANS decidiu abrir uma nova rodada de contribuições para a instrução normativa?

Além da questão do percentual algumas outras questões como: o estabelecimento de um valor da coparticipação e como vai incidir? sobre que tabela será feita essa cobrança? E vai ser reajustado sobre que tabela? Será o valor que custou para a operadora ou aquele que ela pagou? O assunto ainda carece de mais definições.

E sobre franquia, como funciona hoje e o que deve ser disciplinado?

Essa modalidade é muito menos difundida porque as regras que vigoram são imprecisas e abertas, e não conferem à operadora segurança para firmar esses contratos. Na prática, funciona como se fosse a franquia de um seguro de carro. Existe a mensalidade e o usuário arca com gastos até determinado valor, depois a operadora passa a cobrir os custos. A grande dificuldade da franquia é estabelecer esse limite mensal do beneficiário, e já que ele teria

esse custo de franquia o mercado poderia ofertar um desconto no pagamento mensal.

Depoimento: Maria Feitosa, supervisora do Procon de São Paulo

“Nós somos contra a proposta porque inibe o consumidor a usar o plano que ele contratou. Nesse patamar de 40%, o consumidor vai

buscar o Sistema Único de Saúde (SUS). Se as operadoras dizem que a prevenção das doenças deve ser incentivada, na prática se ele vai pagar pelo valor do procedimento, o consumidor fica em posição de vulnerabilidade ou ela retarda o tratamento. É um fator restritivo severo e muitas vezes ele nem sabe o que está contratando”.

PLANO DE SAÚDE PODE SOFRER REAJUSTE PARA PESSOAS COM 59 ANOS OU MAIS

Correio Braziliense—29/10/2017

Substitutivo que será votado na Câmara prevê que operadoras possam dividir o reajuste da última faixa etária em cinco parcelas, desrespeitando o Estatuto do Idoso, que não permite aumentos depois dos 60 anos. Especialistas temem debandada de clientes.

O mercado de saúde suplementar está prestes a sofrer mudanças. Boas e ruins, avaliam especialistas. Em 8 de novembro, a Câmara dos Deputados deve votar, em uma comissão especial, o relatório substitutivo do Projeto de Lei (PL) 7.419/06, do deputado Rogério Marinho (PSDB-RN). O texto tem por intuito promover reformas na Lei 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde. Entre os ajustes propostos, há pontos polêmicos, como o que prevê o alongamento do reajuste na última das 10 faixas etárias, para pessoas com 59 anos ou mais.

A ideia apresentada no PL propõe o parcelamento do último reajuste permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para contratos firmados após janeiro de 2004. A ideia é escalonar a última correção em cinco vezes, com a aplicação de reajuste a cada cinco anos, começando aos 59 anos. O aumento em cada uma das parcelas deverá ser de, no máximo, 20% do total nominal que incidiria na última faixa.

Como as operadoras de saúde sabem que, atualmente, pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), não é permitido reajuste por idade para pessoas a partir de 60 anos, as empresas aplicam pesados aumentos na última faixa, que chegam a 130%. A proposta em discussão na Câmara prevê, por exemplo, que, em vez de impor ao consumidor o pagamento de um reajuste de 100% em uma única parcela, sejam pagos 20% a cada cinco anos, por um período de 20 anos, encerrando quando o idoso atingir 79 anos.

Na prática, entretanto, a proposta poderá provocar uma evasão de consumidores do mercado de saúde suplementar antes mesmo de chegarem aos 59 anos. É o que sustenta o especialista Rodrigo Araújo, sócio-fundador da Araújo, Conforti e Jonhsson Advogados Associados. Ele avalia que muitas empresas anteciparão o pesado reajuste aplicado na 10ª e última faixa etária, para a nona faixa, dos 54 aos 58 anos, ou para a oitava, dos 49 aos 53 anos.

“Se eu fosse dono de uma operadora e pensasse no lucro, eu faria isso. Anteciparia os reajustes mais pesados na oitava ou na nona faixa”, pondera Araújo. No entendimento dele, os consumidores que não rescindirem os contratos terão dificuldades para pagar, e só não cancelarão por medo de ficar sem o plano de saúde. “E por alguma expectativa e condições de se manterem em atividade no mercado de trabalho”, acrescenta.

A legislação em vigor não protege os consumidores com planos de saúde coletivos. Os reajustes são estipulados pela operadora, de acordo com os custos da saúde, e apenas ratificado pela ANS. A única regra que limita reajustes é a resolução normativa 63, da agência, que estabelece que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior ao acumulado entre a primeira e a sétima. Dessa maneira, nada impede que as empresas possam antecipar a última correção para as anteriores. “O texto só será benéfico para o idoso se prever que o maior percentual de

reajuste será aplicado obrigatoriamente na última faixa etária”, avalia o advogado.

Polêmicas

O projeto traz ainda outros dispositivos polêmicos, e até avaliados como inconstitucionais. Entre eles, uma edição no artigo que aplica subsidiariamente o Código de Defesa do Consumidor (CDC) aos contratos. Embora o texto não tenha alterado esse ponto, o substitutivo acrescenta um parágrafo prevendo que o consumidor tenha direito apenas a procedimentos previstos no rol ou no contrato.

Para entidades representativas do consumidor, essa alteração configura uma inconstitucionalidade, por afastar a aplicação do CDC em uma das principais demandas dos beneficiários de planos. A advogada Sônia Amaro, da Proteste — Associação de Consumidores, reforça, ainda, que o texto é muito brando com as operadoras. A proposta estabelece que o valor das multas não pode ser 10 vezes superior ao custo do procedimento negado. Atualmente, a multa base é de R\$ 80 mil.

O regime de tramitação de urgência do projeto é outra crítica feita por Sônia. “É um absurdo. A Câmara quer dificultar e muito a apresentação de propostas por parte da sociedade. Colocar a matéria para tramitar dessa forma é uma maneira de proteger os interesses das empresas”, reclama. Ou seja, pelo status do texto, o projeto pode ser votado diretamente no plenário da Casa.

Apesar do prazo já definido para colocar o projeto em votação, o deputado federal Rogério Marinho, relator da comissão especial, assegura que ainda haverá possibilidade para apresentação de novas sugestões e contribuições à matéria. Ele destaca, também, que o substitutivo apresentado traz pontos positivos, como a obrigação das operadoras de oferecerem planos individuais e a previsão de portabilidade direta, sem o cumprimento de carência em caso de contratos equivalentes. “Houve a preocupação em utilizar o bom senso para um lado e racionalidade para o outro. É importante que as operadoras tenham saúde financeira para investir, sem causar prejuízos ao consumidor”, assegura.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) avalia que o parecer de Marinho traz avanços ao setor ao “aperfeiçoar” dispositivos da Lei 9.656/98, tornando mais “claros” pontos “obscuros”, até então, na relação entre consumidores e operadoras. Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) compreende que os assuntos tratados no projeto são de extrema importância para o setor, principalmente por visar o acesso à cobertura dos planos de saúde.

Mudanças propostas

Câmara analisa substitutivo ao Projeto de Lei 7.419/06, que propõe alterações na lei que regulamenta os planos de saúde

» Reajustes

Proposta prevê o aumento de mensalidades dos planos de saúde após a pessoa ter completado 59 anos. O texto propõe a divisão em cinco parcelas do último reajuste por idade, para consumidores com 59 anos ou mais. A correção será aplicada a cada cinco anos, em um período de 20 anos. Os ajustes não podem ser superiores a 20% do total que incidiria na última faixa.

» Rol absoluto

A matéria dificulta que o consumidor pleiteie na Justiça a realização de procedimentos que não estejam previstos na lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O consumidor terá direito apenas ao que está no contrato ou no rol.

» Portabilidade

O projeto dispensa o consumidor de cumprir novo período de carência caso migre para outro plano de saúde, desde que esteja adimplente na operadora de origem. A carência poderá ser exigida caso o produto de destino tenha serviços mais amplos do que o originário.

» Plano individual e familiar

O texto obriga as empresas a comercializarem planos individuais e familiares. Hoje, não há essa obrigatoriedade.

» Prevenção

A matéria estabelece que as operadoras realizem programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, inclusive de epidemias que estejam em curso no país. Prevê também que os usuários que aderirem aos programas preventivos tenham desconto na mensalidade dos planos. Atualmente, não existe essa obrigação.

ANS MULTA PLANOS EM R\$ 687 MILHÕES NO ANO POR PROCEDIMENTOS RECUSADOS

O Globo—29/10/2017

Infração é o principal motivo de autuações da agência

BRASÍLIA - As infrações de operadoras de planos de saúde à legislação atual levaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a aplicar R\$ 1,07 bilhão em multas neste ano. No total, foram 12.078 autuações efetuadas e, mais da metade desse volume, R\$ 687,4 milhões, diz respeito a procedimentos que foram negados pelas empresas aos usuários. Um projeto que está na Câmara dos Deputados quer diminuir esses números de uma forma que tem causado polêmica entre os órgãos de defesa do consumidor. Mas a mudança pode vir antes mesmo da aprovação dessa proposta, por meio de uma consulta pública cujo resultado será analisado pela Diretoria Colegiada da ANS no início de novembro e que quer alterar a dinâmica de fiscalização. Hoje, nos casos de negativas de cobertura, a ANS convencionou aplicar uma multa fixa de 80 mil.

“Esse é o mesmo valor aplicado para uma recusa de hemograma, uma consulta e também para negativas de cirurgia com utilização de órtese ou prótese”, explicou a agência.

JUDIALIZAÇÃO EXCESSIVA

Para o relator do projeto que tramita em uma comissão especial na Câmara, deputado Rogério Marinho (PSDB/RN), os valores são

desproporcionais e o assunto é excessivamente judicializado. Por isso, o projeto propõe que as multas por qualquer desrespeito à legislação não tenham mais um piso, que hoje é de R\$ 5 mil, e não possam ultrapassar dez vezes o valor do procedimento recusado. Em caso de reincidência, essa proporção subiria para 30 vezes.

A própria agência reguladora avalia que a punição, da forma como é hoje, não tem razoabilidade. Por isso, abriu uma consulta pública sobre o assunto. O resultado desse processo será avaliado pela Diretoria Colegiada do órgão no próximo dia 7 de novembro. “A ANS já vem debatendo com a sociedade a alteração desses valores, com o objetivo de conferir maior razoabilidade às sanções”, explicou a agência em nota.

A solução proposta pelo órgão regulador para resolver o problema, no entanto, é diferente da de Marinho. A ANS defende classificar as penalidades por faixas, baseadas no desempenho das operadoras. Assim, uma operadora seria avaliada individualmente quanto à sua capacidade de reduzir o número de demandas registradas e de aumentar a resolução de demandas. A agência abriu, inclusive, uma consulta pública sobre o tema, encerrada em 29 de setembro, após ficar um mês e meio disponível.

Marinho também quer reduzir em seu projeto de lei o número de processos na Justiça para que um tratamento negado ocorra. Ele defende que a obrigação da empresa deve ser apenas o que está no contrato. Isso inclui tudo o que a ANS define, a cada dois anos, como cobertura obrigatória para os planos. A última lista foi atualizada em 2016.

ANS APROVARÁ MUDANÇAS QUE INCENTIVARÃO AJUSTE DE ESCALA DE PLANOS DE SAÚDE

Correio Braziliense—27/10/2017

Para que o negócio se concretize, as empresas com problemas de fluxo de caixa, que precisam ser absorvidas, não podem estar em processo de falência.

Até o final de novembro, a Agência Nacional de Saúde (ANS) vai aprovar uma série de procedimentos que incentivam o ajuste da escala adequada. São normas que permitem que operadoras de plano de saúde de grande porte incorporem outras menores ou que as de médio e pequeno portes se unam para prestar melhor atendimento aos usuários. Para que o negócio se concretize, as empresas com problemas de fluxo de caixa, que precisam ser absorvidas, não podem estar em processo de falência. Elas receberão alguns benefícios, como, por exemplo, facilidade no acesso do dinheiro do fundo garantidor – que fica retido com a agência.

“É uma instrução normativa que estava em consulta e vai voltar para a apreciação da mesa. Deve entrar em vigor em novembro ou dezembro. Permite que as empresas se juntem. Esse é um mercado que, quanto maior escala for uma empresa, melhor é o atendimento. O impacto que a gente espera é a ampliação da proteção ao consumidor beneficiário de uma empresa que eventualmente pode não se sustentar e acabar saindo do mercado”, explicou Simone Sanches, diretora da ANS, durante abertura do 20º Congresso Unidas (União Nacional das Operadoras de Autogestão em Saúde).

De acordo com a diretora da ANS, “se a operadora a ser vendida conseguir passar os seus clientes para a outra e quitar os seus débitos com a rede, a agência vai antecipar o levantamento dos recursos do fundo garantidor, para ela sair do mercado, mas de uma maneira boa e tranquila”, contou.

Cobrança

Outro tema que fez parte do debate foi o ressarcimento das operadoras ao Sistema Único de Saúde (SUS) – em 17 anos, de acordo com a ANS, foram arrecadados R\$ 1,6 bilhão. Apenas em 2016 foram R\$ 480 milhões. Há um projeto em tramitação no Congresso, com o objetivo de ajustar essa cobrança. “Na rede pública, o paciente normalmente é atendimento em urgência e emergência. Quando isso acontecer, que a operadora seja avisada

na hora e retire o paciente que é dela, Ela tem que ter atendimento de emergência".

De acordo com a ANS, o Brasil tem 799 operadoras médico-hospitalares e 506 exclusivamente odontológicas, com 47,3 milhões

ANS RECUSA INCORPORAR 6 PROCEDIMENTOS PARA USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

O Estado de São Paulo—27/10/2017

Decisão contrariou parecer da própria agência; justificativa é que não havia estudo que mostrasse o retorno esperado.

BRASÍLIA - Contrariando um parecer da sua própria equipe técnica, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recusou incorporar seis exames e técnicas cirúrgicas no rol de procedimentos mínimos, uma lista de serviços obrigatórios que planos de saúde devem oferecer para seus usuários. A sugestão era garantir o acesso a novas técnicas de laparoscopia e novas possibilidades para o uso do PET CT, um exame indicado para pacientes que têm ou tiveram câncer, mas a sugestão foi negada.

A justificativa de parte dos diretores para a recusa é de que não havia estudo que mostrasse que o investimento teria o retorno esperado, chamado de custo-efetividade. Também foi argumentado que alguns dos exames não tinham cobertura em todo o País, o que poderia acarretar um aumento de ações na Justiça.

"Foi uma decisão política, que desconsiderou todos os argumentos técnicos", afirmou o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear, Juliano Cerci. A associação deve encaminhar um protesto para a ANS e já se prepara para recorrer à Justiça, caso a decisão não seja revista.

A Associação Médica Brasileira adotará estratégia semelhante. "A decisão foi clara. Desconsiderou-se o bem estar do paciente para privilegiar o interesse das operadoras, das empresas de planos de saúde", afirmou o diretor da AMB, Emílio Zilli.

O rol de procedimentos mínimos é revisto a cada dois anos. Ele é preparado para garantir a usuários de planos de saúde o acesso a técnicas mais modernas e seguras e, ao mesmo tempo, dá previsibilidade para os gastos de operadoras. Para preparar a nova lista de cirurgias, exames e medicamentos que empresas obrigatoriamente devem oferecer para seus clientes, várias reuniões são feitas a partir de sugestões de médicos e associações. Uma consulta pública também é realizada. Neste ano, foram 5.300 contribuições.

Durante a tensa reunião, realizada nesta segunda, a equipe técnica da ANS não escondeu a indignação ao notar o desfecho da reunião e a recusa das recomendações. Entre os argumentos usados pela equipe de assessores, estava o de que pacientes seriam prejudicados, técnicas que trariam mais conforto deixariam de ser usadas em consequência de exigências que boa parte de agências reguladoras no mundo não faz.

Em nota, a ANS afirma que não houve rejeição do parecer da área técnica. "A proposta apresentada não continha as informações e a fundamentação necessárias para a tomada de decisão dos diretores, inclusive com vistas a proteger a saúde dos beneficiários", justificou a agência. Ainda de acordo com a agência, os estudos de custo-efetividade começaram a ser pedidos em 2013.

A assessoria técnica da ANS apresentou estudos que mostravam o impacto orçamentário da inclusão das novas técnicas. De acordo com a equipe, os dados indicavam que a incorporação deveria ser feita e não trariam impacto significativo para operadoras. O cálculo indicava que a adoção das técnicas traria um acréscimo de despesas de

em planos de assistência médica (80% coletivos, 20% individuais). As médico-hospitalares tiveram receitas da ordem de R\$ 158,38 bilhões, em 2016, e as odontológicas, R\$ 3,11 bilhões, no período. Quase 25% da população brasileira tem plano de saúde.

0,84%. A equipe alertou que dados eram superestimados. Não havia sido incluída na conta a economia com dias de internação ou com a dispensa da realização de novos exames.

A equipe argumentou ainda que estudos de custo-efetividade, cobrados por parte dos diretores, não estão disponíveis para todos os procedimentos e, além disso, não são usados em todas as agências reguladoras. A justificativa foi desconsiderada. Um dos diretores chegou a citar estudos de impacto feito por associações de planos de saúde, em um percentual maior do que o apresentado por sua equipe. Técnicos, no entanto, observaram que o estudo estava crivado de falhas metodológicas.

Para o professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) Mário Scheffer, ao resistir em incorporar novos procedimentos mínimos, a ANS se antecipa à regulação pretendida pelas operadoras. "É uma mostra do que está por vir."

Scheffer lembrou que está em discussão na Câmara dos Deputados um relatório para mudar a lei de planos de saúde que justamente atende a essa lógica. "O relatório é claro ao condicionar a inclusão de novas terapias à avaliação de custo", disse.

O professor considera ainda os critérios de incorporação pouco transparentes. "Essa decisão mais recente não se baseia não em necessidades de saúde mas no suposto impacto econômico, no repasse aos reajustes, alegado pelas empresas", completou

Atualmente, o exame PET CT tem nove indicações na saúde suplementar. A sugestão era ampliar essa lista, oferecendo também para acompanhamento de pacientes com câncer de tireoide e para epilepsia refratária. Parte dos diretores da agência criticou o fato de o exame não estar disponível em todo o País. Não há aparelhos em três Estados - onde é atendido 1% dos usuários de planos de saúde.

"Não faz sentido abrir mão de assistência a 99% dos consumidores", afirmou Cerci. Ele observa que, para outras indicações do PET, isso também acontece e nunca foi empecilho. A equipe técnica da ANS apresentou o mesmo argumento e observou que, nos locais onde o exame não é ofertado, poucas foram as demandas para a realização. "A aparelhagem é cara. Não faz sentido ter um centro em todos os locais. Essa é a lógica na assistência da saúde, é preciso trabalhar em escala."

A ANS afirmou que, no novo rol, 18 itens serão incorporados. A nova lista passará a valer a partir do próximo ano. Durante a reunião, foi acertada ainda a formação de um grupo de trabalho para avaliar a inclusão de novas terapias. Questionada se a pouca quantidade de estudos sobre custo-efetividade para procedimentos na literatura não iria dificultar a inclusão de novos procedimentos mínimos obrigatórios, a agência respondeu que "estudos são necessários para qualquer proposta de incorporação ao rol". "A revisão continuará normalmente, porém com seus procedimentos aprimorados."

Veja a lista de procedimentos negados:

DUT de PET CT

- PET CT oncológico para pacientes com neoplasias de tireoide
- PET CT neurológico para pacientes com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso
- Cirurgias laparoscópicas
- Septoplastia por videoendoscopia - para a correção do septo nasal

- Ureterolitotomia laparoscópica unilateral - para tratamento de cálculos renais
- Sinusotomia esfenoideal por videoendoscopia - para tratamento de sinusite

- Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia - para tratamento de sinusite

AUSTRÁLIA VÊ NO BRASIL POTENCIAL PARA NEGÓCIOS EM INOVAÇÕES E TECNOLOGIAS DA SAÚDE

SaúdeBusiness–27/10/2017

Com reputação mundial na área e crescimento nos setores de dispositivos médicos e saúde digital, australianos enxergam oportunidades na maior economia da América Latina.

Reconhecida mundialmente por seu avanço em tecnologia e inovação na área da saúde, a Austrália vê no Brasil um mercado em potencial para ampliar parcerias e possibilitar novos negócios nos setores de dispositivos médicos e saúde digital.

O setor de saúde no Brasil movimenta por ano cerca de US\$ 161 bilhões (9% do PIB), segundo estudo do Instituto Coalizão Saúde, realizado pela McKinsey & Company. Além de ser a maior economia da América Latina, o país possui 48 milhões de pessoas (23% da população) com acesso a planos de saúde, segundo estimativa da associação brasileira deste setor. O Brasil conta ainda sete mil hospitais, sendo 70% deles particulares. Os números chamaram a atenção do governo australiano para oportunidades e geração de novas parcerias entre os dois países.

“Sem dúvidas o tamanho do setor de saúde no Brasil, a estimativa do contínuo crescimento nos casos de doenças crônicas e o aumento da população idosa, entre outros aspectos, contribuíram para o interesse

das empresas australianas. Sabemos que a indústria nacional é muito forte nos setores de dispositivos médicos e saúde digital. Por isso, nosso foco é somar a este cenário trazendo para cá o que há de mais inovador e diferente do que já está em uso no país”, destaca Ana Carolina Bonamin, gerente de desenvolvimento de negócios da Austrade (Australian Trade and Investment Commission), agência de promoção de exportação e investimentos do governo australiano no Brasil.

Atualmente, os dois países já realizam colaborações em saúde por meio de parcerias entre pesquisadores e universidades. O Brasil é o 9º maior colaborador científico da Austrália e a principal área de pesquisas colaborativas entre os dois países é a da saúde, de acordo com Austrade.

OPORTUNIDADES

Apesar do crescimento na produção tecnológica brasileira no segmento de produtos para a saúde, 60% dos equipamentos são importados, conforme a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos e Odontológicos (ABIMO). Ainda de acordo com o órgão, só em 2016, este mercado movimentou R\$ 25 bilhões.

“Diante desse cenário, trabalhamos para identificar oportunidades específicas nesse setor e difundir a capacidade australiana como provedora de equipamentos e dispositivos médicos de alta tecnologia e soluções inovadoras em saúde digital junto aos grandes hospitais, laboratórios, centros de pesquisa e universidades do Brasil”, conclui a gerente de desenvolvimento de negócios da Austrade.

PRORROGADO PRAZO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA SOBRE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA NOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo–26/10/2017

ANS decidiu mudar a data para 9 de novembro devido à complexidade do tema e impacto na regulação do setor

RIO — A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu prorrogar por mais 15 dias o prazo de participação na pesquisa sobre Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia, devido à complexidade do tema e, especialmente, ao seu impacto na regulação do setor. O novo período de coleta de contribuições foi estendido até 9 de novembro, de forma a possibilitar maior participação da sociedade.

O objetivo desta pesquisa é reunir contribuições adicionais em relação à minuta de Análise de Impacto Regulatório (AIR) sobre Mecanismos Financeiros de Regulação, a fim de que a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) possa dar encaminhamentos finais ao Grupo Técnico que tratou do assunto.

O conteúdo da AIR sobre Mecanismos Financeiros de Regulação já vem sendo discutido há algum tempo na ANS. Contudo, em razão das recentes mudanças ocorridas no corpo diretivo da agência reguladora, optou-se pela disponibilização da minuta do documento para nova colheita de contribuições, desta vez focada nas próprias motivações apresentadas para adoção da medida regulatória proposta.

Qualquer pessoa poderá contribuir com a pesquisa, que pode ser respondida por meio [deste link](#). No formulário disponibilizado na internet, há espaço para as considerações ao fim de cada item dos cinco capítulos do documento. As contribuições não serão disponibilizadas de forma individualizada. Os interessados em conhecer a minuta podem clicar [aqui](#).

USO DE DADOS DOS PACIENTES MELHORA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

IESS–26/10/2017

“Frente a complexidade do sistema de saúde, adquirir maturidade para uso dos dados dos pacientes de forma eficiente é uma maratona”, alertou Daniel Greca, diretor de Healthcare da KPMG, durante o Seminário IESS no Healthcare Innovation Show (HIS), nesta quinta-feira (26/10), no São Paulo Expo.

O alerta deu o tom do debate “Uso do Big Data e das informações para promover cuidados integrados” que também contou com a participação de Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, Márcio Landi, diretor de Finanças e Inteligência de Mercado da Orizon, Vanderlei Leone, superintendente da Hapvida, e Fernanda Mussolino, diretora da Moka Info.

De acordo com os palestrantes, no caso brasileiro a maratona que temos pela frente é ainda mais desgastante porque diferentemente do que acontece em mercados mais maduros, aqui o paciente não está realmente colocado no centro de todos os cuidados, debates e esforços do setor. “Debates como o de hoje são fundamentais para conhecermos o que está sendo feito e apontar as necessidades de novas práticas e ferramentas capazes de garantir a performance e a sustentabilidade do setor, mas, sobretudo, propiciar a melhor assistência ao paciente”, avalia Carneiro.

Outra das tônicas do debate foi a necessidade de ampliar a transparência dos dados de pacientes e seu uso. “Há muitos dados, mas pouca informação tem sido gerada com estes dados”, lembrou Leone. “Os diferentes elos da cadeia poderiam associar suas próprias informações com o Data SUS, dados do IBGE, ANS e outros para criar um mapa da saúde no país, identificando possíveis padrões de pacientes e morbidades. Assim, ações de prevenção e promoção de saúde poderiam ser mais efetivas”, sugere Fernanda.

O seminário IESS ainda contou com debates sobre desatualização e terapias de precisão. Assuntos que abordaremos aqui no Blog nos próximos dias. Não perca!

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