

31 de outubro de 2018

CONSULTA SOBRE REGRAS DE GOVERNANÇA ACENDE ALERTA EM OPERADORAS DE SAÚDE

Folha de São Paulo –31/10/2018

Proposta é considerada positiva, mas novas normas de auditoria são vistas com ressalvas

Uma consulta pública da ANS (Agência Nacional de Saúde) que pode resultar na obrigatoriedade de mecanismos de governança corporativa e compliance tem gerado receio entre planos de saúde.

A proposta em si é considerada positiva pelo setor, mas alguns pontos, como novas normas de auditoria, são vistos com cautela.

Uma das maiores preocupações é uma mudança na exigência mínima de capital das empresas, segundo José Guilherme Berman, sócio do escritório de advocacia BMA.

“A regra hoje é calculada de acordo com o tamanho da operadora, sem considerar pontos específicos. A ANS quer olhar para como cada plano faz sua gestão de risco.”

A maior parte do texto formaliza práticas já recomendadas, afirma Felipe Bastos, sócio do Veirano.

A previsão é que a proposta afete mais de mil empresas, segundo Wagner Giovanini, da consultoria Compliance Total.

A Abramge (associação do setor) diz que a adoção de compliance é fundamental, mas solicita que “haja tempo e prazos adequados para que a operadora evolua gradativamente”.

A minuta da consulta pública prevê obrigatoriedade a partir de 2023. A versão final está em fase de elaboração, sem previsão de publicação, segundo a ANS.

A FenaSaúde (das grandes companhias) afirma, em nota, que a governança baseada em riscos é fundamental, mas que “é preciso que o regulador considere as diferentes modalidades e portes no setor”.

CONGRESSO UNIDAS: ESFORÇOS ESTRATÉGICOS PARA A ADOÇÃO DAS INOVAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE

SaúdeBusiness –30/10/2018

Num cenário desafiador dos próximos anos, as inovações possibilitam o enfrentamento de problemas crônicos observados na saúde suplementar e na sustentabilidade das autogestões, como a organização da atenção à saúde dos beneficiários, os altos custos das doenças, o desperdício de recursos, a insatisfação dos clientes, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde. É essa reflexão que o diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF) e professor titular do departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF, Aluísio Gomes da Silva Júnior, quer promover no workshop “O desafio de inovar na gestão em saúde” durante o 21º Congresso Internacional UNIDAS – CAMINHOS PARA INOVAR, que ocorre entre os dias 7 e 9 de novembro, na Costa do Sauípe, na Bahia.

Aluísio, que é um pesquisador dos modelos técnico-assistenciais em saúde e saúde suplementar, pretende debater sobre as inovações na atenção à saúde, suas possibilidades em dar respostas aos problemas e o que facilita e/ou dificulta sua adoção pelas operadoras de autogestão. “Meu objetivo é trazer subsídios para a reflexão dos gestores no processo de adotar ou não uma inovação na atenção à saúde e, com isso, ajudar a sistematizar questões para o debate nas autogestões: primeiro, o que é uma inovação na atenção à saúde? O que ela significa? Que problemas ela deve enfrentar? Segundo, quais as principais inovações no campo da atenção à saúde? Quem tem inovado? Quais são seus resultados? O que facilita e/ou dificulta a adoção de inovações?”, explica.

Além dos problemas de custos progressivos da atenção às doenças e a consequente crise de sustentabilidade da saúde suplementar, em especial nas autogestões, o cenário nacional e internacional projeta para os próximos anos um expressivo envelhecimento populacional com uma maior demanda aos serviços de saúde e às medidas de promoção de vida saudável, assim como a necessidade premente de

mudar a forma de lidar com a saúde, pois as doenças crônicas e as comorbidades exigirão novas formas de acompanhamento e tratamento. As inovações vêm sendo desenvolvidas em vários países e apresentam perspectivas mais animadoras no enfrentamento destes problemas. Contudo, são requeridos esforços estratégicos para sua adoção e disseminação.

“Encontramo-nos numa encruzilhada histórica onde tudo que já foi construído no campo da política de saúde pode sofrer uma inflexão com consequências desastrosas. Pensar no que se inovou e quanto se avançou pode iluminar a discussão de rumos a seguir, evitando guinadas inconsequentes ou “soluções fáceis” que tornam os problemas piores a médio e longo prazo”, finalizar o diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense”.

Participam também do workshop “O desafio de inovar na gestão em saúde” o diretor nacional de Inovação e Estratégia da Amil, Eduardo Reis Maia, e a diretora da Qualirede e CEO da Clínica de APS, Vilma Dias.

Congresso UNIDAS

O Congresso UNIDAS ocorre de 7 a 9 de novembro, na Costa do Sauípe (BA). O evento contará com a participação de especialistas internacionais, nacionais, gestores de planos de saúde, dirigentes e executivos de instituições públicas e privadas, médicos, enfermeiros, acadêmicos, formadores de opinião e prestadores de serviços. Este ano, 700 congressistas devem acompanhar as palestras.

Entre os nomes de destaque que se apresentarão no 21º Congresso UNIDAS estão o Professor da Harvard Medical School e executivo da Cambridge Health Alliance, Robert Janett; o presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil e integrante da rede global de International Longevity Centers (Global Alliance of ILCs), Alexandre Kalache, e o chefe da unidade de Biotecnologia Biofarmacêutica e Molecular do Instituto de Investigação Médica e Farmacêutica (iMed) e professor de Imunologia e Biotecnologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, João Gonçalves.

Ainda durante o Congresso acontecerá a 4ª Expo UNIDAS, na qual empresas fornecedoras expõem seus produtos e serviços desenvolvidos para atender o sistema de saúde brasileiro (equipamentos, soluções tecnológicas e ferramentas de gestão).

Também haverá a entrega do Prêmio Saúde UNIDAS 2018 para os autores dos melhores trabalhos sobre a assistência à saúde de qualidade fundamentada nas práticas da autogestão em saúde.

DIRETORES DA ANS DEBATEM ESTRATÉGIAS PARA O SETOR NA OAB-RJ

ANS –30/10/2018

O marco de 20 anos da regulamentação da saúde suplementar foi tema de evento promovido pela Ordem dos Advogados do Rio de Janeiro (OAB-RJ), do Instituto Latino-Americano de Saúde (INLAGS) e da Escola Superior de Advocacia (ESA), na última sexta-feira (26), na sede da OAB do Rio. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se fez presente ao longo da agenda em três diferentes painéis, com a participação dos diretores Rogério Scarabel, Rodrigo Aguiar e Simone Freire.

O diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel, fez a abertura do evento ao lado dos dirigentes da ESA, Sérgio Coelho e Fernando Cabral, e do presidente da Comissão de Saúde da OAB, Luiz Felipe Conde. O diretor mostrou dados sobre o setor e apresentou os próximos passos da agenda regulatória, entre eles a proposta de mudança da metodologia de reajuste de planos individuais e a resolução normativa para atualização do Rol de Procedimentos.

“Saúde interessa a todos e é muito importante ter a participação dos advogados, com sua visão jurídica e capacidade de avaliar as demandas sob perspectivas qualificadas. Vivemos hoje uma nova fase na saúde suplementar, cujos desafios são a qualidade e a

sustentabilidade”, disse Scarabel. Após a apresentação do diretor, o advogado Luiz Felipe Conde lembrou que foi procurador da ANS e citou que no início da composição da Agência o principal desafio enfrentado era o da assimetria de informações.

No painel sobre as novas regras do setor e a relação com os consumidores, o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência, Rodrigo Aguiar, explicou que a legislação dos planos de saúde só permite à ANS atuar em face das operadoras e esclareceu que a regulação feita é prudencial. “Para que a assistência seja prestada, é preciso objetivar o equilíbrio econômico-financeiro do setor”, afirmou. O diretor lembrou ainda que os dados produzidos por órgãos oficiais mostram que o setor de planos de saúde não tem encabeçado a lista de reclamações, como algumas fontes do setor aventam. Também participou da mesa o juiz Vitor Lima (TJ-RJ).

A diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire, participou da mesa sobre Direito da Saúde e apresentou os impactos da judicialização do setor. Mostrando os principais números referentes ao tema e seu contexto na realidade do mercado, a diretora explicou como a ANS tem atuado para reduzir a judicialização do setor, através de ferramentas como a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Ela lembrou, porém, da complexidade desse mercado. “O setor de saúde suplementar tem gastos muito superiores aos do SUS, que cobre toda a população”, destacou a diretora. O professor Alexandre Aragão, da UERJ, também participou do painel.

Outros nomes importantes do meio jurídico também integraram a agenda na OAB-RJ, entre eles o ministro do STJ Paulo de Tarso Sanseverino.

ANS LANÇA CAMPANHA PARA QUALIFICAR CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

ANS –30/10/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou nesta terça-feira (30/10) uma campanha para reforçar a importância e incentivar as operadoras de planos de saúde a qualificarem o cadastro de

beneficiários. A iniciativa contribui para evitar a divergência de informações no setor e ajudar as empresas a melhorarem seus indicadores de qualidade. O aprimoramento dos dados cadastrais também favorece o consumidor no momento da escolha do plano de saúde, já que a ANS disponibiliza para consulta em seu portal a [Avaliação de Desempenho das Operadoras](#).

A campanha será veiculada nos canais próprios da ANS - redes sociais e portal - e disseminada às operadoras através de e-mail.

[Confira aqui a Campanha SIB de Qualidade.](#)

SULAMÉRICA SAÚDE ACUMULA MAIS DE 2 MILHÕES DE USUÁRIOS EM APLICATIVO DESDE LANÇAMENTO

Revista Cobertura –30/10/2018

Com funcionalidades pioneiras, como reembolso digital e agendamento médico em domicílio, app é um dos mais completos e inovadores do mercado

São Paulo – O aplicativo mobile SulAmérica Saúde completa seis anos desde o lançamento com mais de dois milhões de usuários e serviços inovadores com foco na experiência do cliente. Somente no primeiro semestre de 2018, foram registrados mais de 250 mil downloads. Por meio do app, o segurado pode acessar sua carteirinha virtual, aceita em toda a rede referenciada, e encontrar médicos, clínicas e hospitais por geolocalização, além de consultar

medicamentos com desconto, coberturas contratadas e o extrato de utilização do plano.

Combinando tecnologias disruptivas de inteligência artificial, o aplicativo oferece, ainda, os serviços de atendimento ao cliente via chatbot e de solicitação de reembolso para consultas de até R\$ 1 mil por meio do envio de uma foto do recibo, que pode ser feita com a câmera do smartphone. Outra funcionalidade pioneira é o Médico em Casa, que permite agendar atendimento médico em domicílio para crianças de até 12 anos e beneficiários a partir de 65 anos em 13 cidades brasileiras. Até o momento, foram registrados cerca de 1.700 atendimentos pediátricos, com índice de satisfação (NPS) superior a 90%.

“O sucesso do aplicativo SulAmérica Saúde, que é um dos mais inovadores e completos do mercado, comprova nossa visão de que a experiência do cliente deve estar sempre no centro da estratégia de investimentos em tecnologia. O app coloca na palma da mão do nosso beneficiário tudo o que ele precisa para aproveitar os benefícios do plano a qualquer hora e em qualquer lugar”, afirma o

diretor de Estratégia Digital, Inovação e Tecnologia da SulAmérica,
Cristiano Barbieri.

APLICATIVO FACILITA A COMUNICAÇÃO DE PACIENTES COM PROFISSIONAIS E SAÚDE E FAMILIARES

Extra –30/10/2018

Desde pedido simples, como copo d'água, a pedido de socorro. Um aplicativo recém-criado promete facilitar a comunicação entre pacientes e parentes ou profissionais de saúde. É o Sistema de Apoio à Pessoa Especial (Sape), desenvolvido por três analistas de sistemas de Éden, bairro de São João de Meriti, na Baixada Fluminense, como revelou o colunista Alberto Aquino, na "Extravip".

— Aqui na vizinhança, já vi pessoas que tiveram AVC. Um tio nosso também teve, e a gente precisava interagir com ele. A pessoa geme, você não sabe se está sentindo dor ou se é fome, e quer ajudar — explica Diogo Guimarães, de 36 anos, um dos idealizadores.

A ideia do Sape nasceu em 2011. Era um aplicativo chamado Sistema de Apoio à Comunicação Especial (Sace), para pessoas com deficiência auditiva. Na época, o sistema foi apenas o tema da monografia de Daniel Guimarães, atualmente com 38 anos:

— Sempre gostei de jogos. Na época da monografia, Diogo me sugeriu fazer esse sistema. Cheguei a apresentar o projeto em eventos.

O trio patenteou o aplicativo. Mas, por falta de recursos, a ideia ficou parada. Só no ano passado, eles decidiram retomar a ideia. Mas, dessa vez, buscaram atender um público maior, além de pessoas com deficiência visual.

Pelo Sape, é possível fazer solicitações, saudações e até reaprender a falar, no caso de pacientes com AVC ou Mal de Alzheimer. Uma

das categorias do aplicativo incentiva a repetição de palavras. Para desenvolver o Sape, os analistas entrevistaram profissionais das áreas de Saúde e Educação.

— Sempre pensei que o aplicativo poderia ir mais longe e ajudar a quem precisa — afirma Moacir Santos, de 40 anos.

O irmão mais velho foi meia de times como Acadêmica de Coimbra, União da Madeira, Feirense e Vizela, em Portugal, de onde voltou em 2006. Inspirado nos caçulas, começou a cursar Ciências da Computação. Mas usou a influência no futebol para conseguir apoios. O ex-técnico do Corinthians Fábio Carille autografou camisas com a marca do aplicativo, e autorizou a venda com verba revertida para pacientes especiais.

Inscrição para testes

Os idealizadores do Sape buscam patrocínio para que o aplicativo seja disponibilizado gratuitamente na Play Store. Até agora, eles arcaram com todos os custos de desenvolvimento do sistema.

O trio também pretende apresentar o aplicativo para gestores de hospitais, emergências e até mesmo profissionais de planos de saúde.

— Os recursos vão nos ajudar a melhorar e aperfeiçoar o aplicativo, os recursos — afirma Daniel.

Apesar de concluído, o sistema está em fase de testes. Quem quiser participar do teste pode se cadastrar no site: www.sape.app.

— A ideia é recrutar pessoas para esse exame. As inscrições podem ser feitas durante todo o mês de novembro — explica Diogo.

O trio também busca recursos para que consiga a patente americana do sistema. O código-fonte do aplicativo já foi registrado nos Estados Unidos.

JUDICIALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: AS ESPECIFICIDADES DO SETOR DE OPME

SaúdeBusiness –29/10/2018

A judicialização da Saúde no Brasil tem proporcionado um senso de urgência na elaboração de fundamentações técnicas, tendo como premissa a Medicina Baseada em Evidência, subsidiando a decisão dos magistrados nos processos públicos e privados. O foco da construção de evidências científicas está na segurança do paciente, qualidade da assistência prestada e na busca de opções terapêuticas que apresentam melhor custo-benefício.

Conforme dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2016 a União gastou R\$4,5 bilhões com ações judiciais. Considerando os estados e municípios, esse valor pode chegar a R\$ 7 bilhões. A cada ano constata-se que os gastos na saúde seguem em uma curva crescente. Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2016, os dez medicamentos mais raros custaram ao Ministério da Saúde R\$1,1 bilhão – o que representou 20% dos gastos totais.

No contexto da Saúde, além da problemática dos medicamentos de alto custo, as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME's) vêm ganhando um espaço considerável na judicialização, tanto na saúde

pública como na suplementar. Em relação à saúde suplementar, a partir da regulamentação dos planos de saúde – determinada pela lei 9656 de 1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 –, houve um crescimento expressivo no número de ações judiciais.

De acordo com dados da ANS, em 2015 foram gastos R\$1,2 bilhão com processos judiciais. Um estudo realizado pela USP mostra que 92,4% das decisões judiciais contra planos de saúde na cidade de São Paulo favorecem o paciente. Os casos relacionados às OPME's representam 14% do volume de processos. Analisando-os de forma detalhada, é possível perceber que 90% dos casos estão relacionados à exigência de OPME específico.

Conforme o Manual de Gestão em OPME, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, as OPME's são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. A temática é complexa e tem múltiplos atores e interesses envolvidos que se inter-relacionam: pacientes, médicos, outros profissionais da saúde, fabricantes e fornecedores de insumos e hospitais, onde cada qual assume sua parcela de responsabilidade na cadeia de utilização.

Sob a justificativa de se garantir o direito à saúde e à vida, muitas ações ultrapassam os limites do contrato, obrigando as operadoras a pagar por procedimentos, medicamentos e atos, mesmo sem coberturas assistenciais. Junto de uma ação judicial vem também os processos relacionados a danos morais – geralmente solicitados em

face à negativa da operadora. O resultado? O aumento anual dos gastos com coberturas não contratadas e indenizações.

Diante desse cenário, diferentes ações têm sido desenvolvidas por órgãos públicos. Uma delas consiste no aprimoramento de todos envolvidos com OPME. Abaixo, algumas orientações relevantes durante a análise de processos que envolvem tais produtos médicos.

* Analisar se a OPME solicitada não está padronizada no SUS e se existem materiais tecnicamente compatíveis, que possam atender a demanda.

* Verificar se o procedimento que contempla os materiais solicitados está incluso no Rol de Cobertura Assistencial na ANS.

* Observar se há opções terapêuticas disponíveis no Sistema de Saúde.

* Averiguar se o pedido é referente à nova tecnologia e se houve avaliação dessa tecnologia pelo Conitec.

É necessário também considerar potenciais conflitos de interesse, pois as indústrias de produtos médicos podem ter vantagens próprias, que vão além da questão do cuidado. Para auxiliar ainda mais no processo de análise das demandas judiciais relacionadas à saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou 45 enunciados que auxiliam no respaldo das decisões – tanto da saúde suplementar quanto da pública. Eles tratam de questões como: internações psiquiátricas de pacientes com dependência química;

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); materiais e medicamentos considerados experimentais ou sem registro Anvisa; medicamentos destinados à pacientes com câncer; a necessidade de demonstração da ineficiência de tratamentos e medicamentos via relatórios médicos; a importância do uso de evidências para respaldar as decisões e solicitações médicas; a realização de junta médica para solucionar impasses; a importância de considerar vontade do paciente em relação aos encaminhamentos do tratamento; entre outros pontos.

Outra questão que deve ser considerada é o acompanhamento dos pacientes após o cumprimento de liminares, como também a avaliação dos produtos médicos utilizados pós-mercado. Essa avaliação deve estar focada nos custos e nos resultados clínicos (complicações, eventos adversos, re-operações, entre outros). É importante que esses casos sejam acompanhados por gestores de saúde, para que possam respaldar e auxiliar o poder judiciário na tomada de decisão, tendo como premissa fundamental a qualidade da assistência prestada.

O processo de judicialização na saúde é altamente desgastante aos pacientes e operadoras. Por isso, torna-se essencial que os impasses sejam resolvidos considerando o que é determinado pela lei. Para que isso seja possível, a justiça brasileira deve estar munida de informações. Dessa forma, as decisões tomadas pelos magistrados garantirão o atendimento correto do paciente e a saúde financeira do sistema.

STJ EXERCE PAPEL DE DEFERÊNCIA À ANS, DIZ MINISTRO VILLAS BÔAS CUEVA

Consultor Jurídico –27/10/2018

A explosão do número de casos de judicialização da saúde passa a falsa impressão de que o Judiciário aparece com viés ativista para salvar o consumidor quando a agência reguladora do setor falha. Segundo o ministro do Superior Tribunal de Justiça, Ricardo Villas Bôas Cueva, esse cenário é injusto porque a corte exerce papel de deferência à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

“Não podemos ser acusados de exercer um protagonismo ou ativismo judicial que desborde da razoabilidade e das normas técnicas que são editadas pela agência”, afirmou o ministro da 3ª Turma, durante evento *A Saúde Suplementar na Visão do STJ*, realizado na quarta-feira (24/10), no auditório da corte.

“O Judiciário muitas vezes é malcompreendido como quem invade a área da Agência Nacional de Saúde, que tem uma normatização extensa, cuidadosa e técnica. No STJ, nossa jurisprudência tem aderido quase que estritamente àquela noção que vem do Direito

americano, de deferência, que estimularia o Poder Judiciário a observar quase sempre estritamente os padrões técnicos definidos pelas agências encarregadas de regular determinadas áreas”, afirmou o ministro.

Villas Bôas Cueva mostrou exemplos dessa observância em casos como a possibilidade de coparticipação em cobertura obrigatória de doenças psiquiátricas, presente na Resolução Normativa 428 da agência. Citou ainda decisões recentes sobre uso de medicamento *off label* e tratamento experimental sem chancela da Anvisa, ambas tomadas após debate envolvendo as agências reguladoras.

“O fio condutor aqui é que temos, sim, seguido estritamente o princípio da deferência. Não tenho procuração, mas acho que posso falar em nome de todos: a ANS tem uma contribuição decisiva para compreender um setor tão complexo. O diálogo por vezes é mais tenso. Mas é sempre diálogo, nunca monólogo”, afirmou o ministro Villas Bôas Cueva.

IPCA PODERÁ ENTRAR NO CÁLCULO DE REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil –26/10/2018

A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apreciou esta semana proposta de nova metodologia para o reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. O cálculo teria como base a variação das despesas assistenciais (VDA) e a inflação oficial, calculada pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A decisão final será divulgada após audiência pública, marcada para novembro.

No novo modelo, o reajuste deixaria de se basear exclusivamente na VDA, mas continuaria sendo composto de uma fórmula única, que reúne as duas variações (VDA e IPCA), com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais. A VDA reflete diretamente os gastos com atendimento a beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide nas despesas não assistenciais das operadoras – as administrativas, por exemplo.

“A intenção da agência é usar uma metodologia no reajuste que reflita mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais. Além disso, uma vez que os dados utilizados para o novo cálculo são públicos e auditados, o modelo se torna mais transparente e previsível para beneficiários e operadoras”, informou a ANS.

Há ainda, segundo a agência, outros benefícios, como a redução do tempo entre o período de cálculo e o período de aplicação do reajuste

e a transferência de parte dos ganhos de eficiência das operadoras para os beneficiários por meio de reduções no índice.

A proposta será levada para discussão em audiência pública marcada para 13 de novembro. Entre os dias 8 a 18, será

ANS RELATIVIZA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E COBRA MAIS AUTONOMIA

Consultor jurídico –26/10/2018

Dados coletados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que os efeitos da judicialização da saúde, que tem preocupado tribunais por todo o país, são bem menos relevantes do que parecem, apesar das críticas e do estrangulamento da autonomia do órgão. O cenário transformou a agência em alvo constante, embora, segundo seus dirigentes, ela tenha atingido agora, 18 anos após a fundação, sua "maturidade regulatória".

Essa visão foi compartilhada por diretores da agência com operadores do Direito e da Saúde e ministros do Superior Tribunal de Justiça em evento realizado nesta quarta-feira, no auditório da corte. O diretor de desenvolvimento Rodrigo Aguiar afirmou que apontar a judicialização da saúde como problema "é pouco criterioso": os números vultosos ficam pequenos diante do gigantismo do setor.

Usou como exemplo o fato de operadoras terem desembolsado, em 2017, R\$ 865 milhões para custeio de cobertura determinada judicialmente, em um universo de R\$ 179 bilhões movimentados. Da mesma forma, a ANS recebeu no ano passado pouco mais de 90 mil reclamações, quando o número total de beneficiários era de 47,3 milhões, com 1,5 bilhão de procedimentos realizados.

"A gente se depara com números que são impressionantes, mas não significativos percentualmente", afirmou Rodrigo Aguiar. Para o Judiciário, no entanto, a preocupação não para de crescer. Dados apresentados pelo ministro do STJ, Ribeiro Dantas, mostram que a corte já julgou 9.289 casos referentes à matéria em 2018. A enxurrada de processo tem gerado definição de recursos repetitivos na 2ª Seção e súmulas editadas.

A robustez do setor e a sensibilidade da questão da saúde fazem com que, apesar de a agência relativizar os dados, ela seja alvo das principais críticas.

Autonomia e segurança jurídica

Diretora de fiscalização da agência, Simone Freire classificou os questionamentos quanto à atuação da ANS como "críticas insanas" e vazias feitas por "pseudo-especialistas que adoram entrevista". Entre elas, a ideia de que sua atuação tem motivação política e atende a interesses escusos. Recentemente, foi reativado o Conselho da Saúde Suplementar (Consu), também ligado ao Ministério da Saúde e dotado de poderes para rever os atos da agência.

"Ouvimos sobre a intenção de ressuscitar um órgão que está extinto há 18 anos e que, na minha opinião, é uma coleira da ANS. É a forma de conseguir apoio político ao invés de técnico", disse Simone Freire. "Vivemos na era do 'não importa o que, importa quem'", complementou.

O CONSU, em sua nova configuração, é vinculado à Casa Civil e composto pelo ministro-chefe da Casa Civil, ministro da Justiça, ministro da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, e recebe apoio técnico da ANS. Foi criado em 1998 para regulamentar o setor da saúde suplementar, que no mesmo ano teve editada a chamada Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656). Seu esvaziamento se deu justamente em 2001, com a criação da ANS.

disponibilizado, no portal da ANS, um formulário para receber contribuições daqueles que não puderem comparecer à audiência.

Alterações na metodologia de reajuste foram tema de audiência pública na ANS em julho. Após dois dias de discussão, operadoras e agência reguladora não chegaram a um consenso.

"Autonomia e respeito às normas são sinônimos de sustentabilidade do setor. Senão você enfrenta um ambiente de instabilidade jurídica tão grande que não consegue mais ter investimento. Ninguém investe em algo que não sabe o que vai dar. É interesse de todos que o órgão regulador seja respeitado naquilo que faz", explicou.

Críticas durante a "maturidade regulatória"

Segundo o ministro do Tribunal de Contas da União, Bruno Dantas, toda macroligiosidade traz uma falha flagrante de regulação do estado. Por isso, a corte tem focado em auditorias que avaliam a atividade do estado, com impacto em milhões de pessoas, embora com contexto individualizado. A ANS, naturalmente, esteve na mira e foi alvo de dois acórdãos citados durante o evento no STJ.

Um deles (acórdão 79/2017) diz respeito à ausência de plano estruturado de fiscalização, o que faz com que ela seja reativa, sempre "enxugando gelo". O outro (acórdão 679/2018) aborda falhas na metodologia de cálculo dos reajustes dos planos individuais, determinados pela ANS e que, segundo o TCU, não usava a chamada "memória de cálculo" das operadoras de maneira aderente à realidade.

Simone Freire nega as falhas na fiscalização da agência e afirma que o foco é preventivo, enquanto as multas pecuniárias recolhidas já bateram a meta de R\$ 3 bilhões por ano. No mais, a ANS tem encaminhadas duas normativas que prometem corrigir duas falhas históricas, segundo Rodrigo Aguiar: o reajuste dos planos individuais e a incorporação no rol de tratamentos e medicamentos.

"Esses temas eram feitos de forma precária e não adequada. Estamos resolvendo agora, com duas resoluções praticamente aprovadas e já pacificadas entre o corpo técnico e a sociedade civil, mediante audiência pública", afirmou o diretor. "Estamos em um momento de maturidade regulatória."

Segundo o diretor de normas e habilitação da ANS, Rogério Scarabel, a nova metodologia de cálculo de reajuste se baseia no perfil de risco da carteira de contratações individuais, excluindo os contratos coletivos, o que deve evitar variação e gerar previsibilidade.

"E até o final de 2018 devemos focar no tema da atualização das regras de portabilidade. Isso vem sendo discutido há vários anos e pretendemos colocar essa discussão para resolver a questão da concorrência no setor", adiantou.

ANS cobra empenho das operadoras

Simone Freire também se manifestou sobre um dos pontos que, em sua opinião, pode levar à sustentabilidade do setor: o tratamento dispensado pelas operadoras de plano de saúde aos consumidores. Ela identifica que, apesar de melhoras recentes, o beneficiário não consegue se sentir acolhido no sistema, o que também contribui com a judicialização.

"A atenção que é despendida ao cliente no momento em que ele está mais vulnerável está longe, muito longe de ser o ideal. Por incrível que pareça, as operadoras fazem o ciclo de culpados do negócio: a cada determinado tempo, algo é culpado pelo desempenho", criticou a diretora da ANS.

O modelo de negócio precisa ser alterado, portanto. "As operadoras basicamente se colocam como intermediária financeira: você paga para mim, eu te direciono ao médico e não estou nem aí com o que

vai acontecer com você, mas vou pagar sua conta”, exemplificou. Com essa inclusão, aliada à autonomia da ANS, o setor pode se tornar sustentável novamente.

“É nosso trabalho, ao editar a regulação, fazer simulação dos efeitos que isso vai ter em todo mundo, não só as operadoras: os

beneficiários, a casa e os prestadores, que são parte relevante do mercado e atualmente demonizados com injustiça. A gente precisa ter garantida a autonomia técnica para que a ANS se mantenha da forma como foi criada: para ser órgão de estado, não de governo”, apontou Simone Freire.

VARIAÇÃO DO CUSTO MÉDICO-HOSPITALAR ATINGE 16,9% EM 12 MESES

IESS –25/10/2018

Índice VCMH divulgado pelo IESS registra alta de dois dígitos apesar da queda do total de beneficiários

O [Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar \(VCMH\)](#) produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) registrou alta de 16,9% nos 12 meses encerrados em março de 2018. Assim como tem ocorrido nos últimos anos e ao longo da série histórica do índice, o crescimento foi muito superior à oscilação da inflação geral do País, medida pelo IPCA, que registrou aumento de 2,7% no mesmo período.

Houve menor intensidade de aumento do VCMH/IESS no período analisado em relação ao mesmo período de 2017, quando a alta foi de 19,4%. Na visão de Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, a principal hipótese para explicar o comportamento do indicador está no esforço das operadoras de planos de saúde em promover programas de atenção primária e promoção da saúde aos beneficiários, incorrendo em redução de custos. Além disso, ele acredita que o setor de saúde suplementar possa estar apresentando indícios de melhoria a partir da aplicação de novos modelos de pagamento para a prestação de serviços de saúde, na busca por eficiência.

“O índice VCMH de 16,9% continua elevado. O que se nota é um esforço das operadoras em modernizar os modelos de pagamento, seguindo os padrões prospectivos, como os aplicados nos mercados mais desenvolvidos. Mas, infelizmente, a série histórica ainda reflete a maior prevalência da chamada ‘conta aberta’ no período”, analisa Carneiro.

O aumento do índice VCMH foi impulsionado, principalmente, pelos itens de despesas de Internação e de Terapias. “Apesar do item ‘Outros Serviços Ambulatoriais’ ter apresentado a maior variação proporcional, de 27,4%, seguido por Terapias, cujo índice foi de 26,6%, esses dois itens ainda representam um peso menor na composição total das despesas”, comenta Carneiro. “As internações, item que compõe a maior parte da variação de custo, com 61%, teve aumento de 16,7%”, analisa. Consultas e Exames tiveram variação de 9,5% e 10,1%, respectivamente.

O IESS aponta que o avanço nos custos da saúde suplementar do Brasil se dá sob um grande volume de falhas de mercado, como de assimetria de informações na cadeia que compromete comparações e concorrência e não confere clareza nos critérios de formação de preços de insumos como materiais e medicamentos. A adoção de novas tecnologias sem a exigência de estudos de custo-efetividade e análise do sistema em absorver esse incremento de despesas é outro fator de pressão de custos.

“Essas novas tecnologias têm sido aprovadas pelos órgãos reguladores sem uma análise mais detalhada de custo-efetividade. Diferente de outros países, a saúde suplementar não dispõe de requisitos técnicos que definam critérios claros para o ingresso de uma nova tecnologia, diferentemente do que ocorre no SUS, que conta com a avaliação da Conitec”, argumenta.

Outro ponto importante decorre do fato de o Brasil passar por um processo de transição demográfica, com a maior participação de idosos no total da população, o que impacta diretamente na demanda de serviços de saúde, em especial de internações. Note-se que a faixa etária de idosos é a que mais cresce no mercado brasileiro de saúde suplementar.

No Brasil, o VCMH do IESS é o único índice do setor disponibilizado ao público, calculado de forma consistente há mais de dez anos, com base numa amostra de aproximadamente 10% do total de beneficiários de planos individuais e familiares de todas as regiões do país. Para Carneiro, a análise do índice VCMH é fundamental para a compreensão dos fatores que têm influência direta na variação de custo e nos reajustes de planos para que se consiga pensar ferramentas para garantir a sustentabilidade do setor. “O resultado do índice VCMH preocupa. Mesmo com a forte saída de pessoas das carteiras dos planos de saúde nos últimos anos, os custos continuam batendo recordes”, afirma. “É importante, portanto, compreender que diversos vetores são consequência do modelo atual do sistema no país e suas deficiências estruturais. Operadoras, prestadores de serviços de saúde, governo e beneficiários precisam debater a modernização do sistema para garantir seu equilíbrio econômico, financeiro e assistencial. Ignorar essa necessidade é assumir o risco de comprometer a sustentabilidade do setor, o que prejudicaria não só os beneficiários de planos de saúde, mas todos os brasileiros, já que estaríamos acrescentando parcela significativa dos mais de 47 milhões de pessoas as já longas filas do SUS”, finaliza.

Sobre o VCMH/IESS

O índice VCMH/IESS capta o comportamento dos custos das operadoras de planos de saúde com consultas, exames, terapias e internações. O cálculo utiliza os dados de um conjunto de planos individuais de operadoras, e considera a frequência de utilização pelos beneficiários e o preço dos procedimentos, levando em conta os valores cobrados em todas as regiões do Brasil. Dessa forma, se em um determinado período os beneficiários usavam, em média, mais os serviços e os preços médios aumentam, o custo apresenta uma variação maior do que isoladamente com cada um desses fatores.

A metodologia aplicada ao VCMH/IESS é reconhecida internacionalmente e usada na construção de índices de variação de custo em saúde nos Estados Unidos, como o S&P Healthcare Economic Composite e Milliman Medical Index. Além disso, o índice VCMH/IESS considera uma ponderação por padrão de plano (básico, intermediário, superior e executivo), o que possibilita a mensuração mais exata da variação do custo médico hospitalar. Ou seja, se as vendas de um determinado padrão de plano crescerem muito mais do que as de outro padrão, isso pode resultar, no cálculo agregado, em VCMH maior ou menor do que o real, o que subestimaria ou superestimaria a VCMH.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR É COLEIRA PARA ANS, DIZ DIRETORA DA AGÊNCIA

Jota –25/10/2018

A diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Simone Sanches Freire disse nesta quarta-feira (24/10) que o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) é “uma coleira para a ANS” e forma de “conseguir apoio político ao invés de técnico”. “É totalmente diferente do que a gente faz ou se propõe a fazer”, afirmou.

Uma dos cinco diretores da ANS, Freire participou de painel sobre o “futuro da saúde suplementar”, em evento no Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Freire disse que soube pela imprensa da retomada do CONSU. “Porque eu não fui envolvida em nada disso: ressuscitar um órgão que está extinto há 18 anos.” A fala sobre a CONSU está registrada a partir de 3h35min deste vídeo.

O governo federal retomou no final de agosto as atividades do conselho. Participaram da primeira reunião os ministros da Casa Civil, Justiça, Saúde, Fazenda e do Planejamento, segundo informações da Presidência da República. A ANS dá “apoio técnico” ao órgão, ainda conforme o governo.

Parte dos diretores da ANS e do setor regulado recebeu com desconfiança a retomada do CONSU. A leitura é de que trata-se de medida para esvaziar a agência e rever deliberações técnicas.

A reunião do conselho foi realizada em período de turbulência na agência, após o Supremo Tribunal Federal (STF) suspender a RN 433/2018. A resolução tratava da 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.

Dois fontes do governo disseram ao JOTA que o CONSU terá função contrária a de atropelar a agência. A ideia, disseram, é criar políticas públicas que deem segurança jurídica às decisões da ANS. Um dos entrevistados lembrou que há conselhos atuando em conjunto com outras agências.

Segundo as mesmas fontes, a retomada também seria resposta do governo a críticas pela letargia para preencher as vagas da diretoria da ANS. Além disso, forma de blindar a agência, que é alvo constantes de entidades de defesa do consumidor por altos percentuais de reajustes em planos de saúde.

Criada em 1998, com a Lei 9656, o CONSU foi interrompido após o começo das atividades da ANS, em 2000. Na reunião feita em 2018, deliberou-se pela atualização do regimento interno, além de criação de câmaras técnicas. As decisões ainda precisam ser publicadas no Diário Oficial da União.

Críticos à CONSU dizem, reservadamente, que há parecer da Advocacia-Geral da União (AGU) afirmando que o órgão perdeu funções após a criação da ANS. A AGU afirmou ao JOTA que não se manifestou sobre o assunto.

Defesa da ANS

A diretora Freire usou boa parte de sua fala em evento no STJ para rebater críticas feitas à ANS. Disse que há muitas análises de “pseudoespecialistas” e citou fake news.

Freire ainda negou que as indicações atuais à diretoria sejam enviesadas. “A agência [quando criada] foi constituída por diretores que sequer foram sabatinadas. Pessoas entravam por grau de parentesco ou por matrimônio. E ninguém nunca achou isso um absurdo”, disse.

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