

**28 de novembro de 2018**

## **ANS INCLUI NOVOS CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS OPERADORAS**

**ANS – 28/11/2018**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu dois novos indicadores para avaliar as operadoras de planos de saúde através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O Índice de Efetiva Comercialização de Planos Individuais objetiva estimular as empresas do setor a retomar e ampliar a oferta de planos dessa modalidade no mercado. Já o Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos contribuirá para monitorar os reajustes aplicados aos planos coletivos.

As regras do IDSS 2019 (ano-base 2018) contendo os novos indicadores foram disponibilizadas nesta quarta-feira (28/11) pela ANS em seu portal na internet. [Clique aqui para acessar](#). Além da inclusão dos dois novos indicadores, outra novidade do IDSS é a atualização das diretrizes para a realização da Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários de Planos de Saúde. [Todas as alterações estão disponíveis na nova edição do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação](#).

“O IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações qualificadas e a concorrência no setor. A medida amplia a transparência e reduz a assimetria de informação, reduzindo falhas de mercado que comprometem a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde, além de subsidiar as ações regulatórias da Agência”, explica o diretor de Desenvolvimento Setorial Rodrigo Aguiar. “A inclusão desses dois novos critérios possibilita o acompanhamento dos resultados de matérias fundamentais para a regulação do setor e atendem à demanda da sociedade para que haja incentivo à venda de planos individuais e ao tema do reajuste, que tanto vêm sendo debatidos pela sociedade”, completa o diretor.

As operadoras devem divulgar anualmente os resultados do IDSS em seus sites. A informação deve ser prestada em até 30 dias após a divulgação dos dados pela ANS.

Os resultados do IDSS ano-base 2017 ainda estão em processamento na ANS, e tem previsão de divulgação entre dezembro/2018 e janeiro/2019.

### **Pesquisa de satisfação**

Entre os critérios de pontuação no IDSS, está a realização da [Pesquisa de Satisfação de Beneficiário](#), que deve ser aplicada

segundo as diretrizes estabelecidas pela ANS. O objetivo da publicação é acompanhar a qualidade do setor e conhecer o grau de satisfação dos usuários de planos de saúde no país. A metodologia a ser aplicada foi desenvolvida pela ANS de forma a padronizar os dados pesquisados pelas operadoras, permitindo assim uma comparação dos resultados.

A pesquisa é voluntária e as operadoras que se dispuserem a realizá-la deverão divulgar os resultados até dia 30 de abril de 2019 (data de corte do Programa de Qualificação das Operadoras). Tem dúvidas sobre a pesquisa? [Clique aqui](#).

### **Saiba mais**

O IDSS é um índice que varia de zero a um (0 a 1). Cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação por ordem crescente de desempenho: nota 0 – pior resultado (indica que a atuação da operadora está distante do esperado pela ANS); e nota 1 – melhor resultado (indica que a atuação da operadora está em conformidade com o estabelecido pela ANS). O cálculo é feito com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da reguladora ou obtidos nos sistemas nacionais de informação em saúde. O resultado demonstra como o setor está se comportando nos itens avaliados anualmente e é um importante parâmetro para os beneficiários de planos de saúde e para a sociedade.

Os indicadores são agrupados em quatro dimensões - qualidade da atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação. O objetivo é avaliar o conjunto de ações que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, as condições relacionadas à rede assistencial, o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e a satisfação dos beneficiários e o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS. Os indicadores têm pesos diferenciados e alguns contemplam bônus de 10% ou 15% que melhoram a nota final das operadoras que voluntariamente participam de programas instituídos pela ANS (exemplo: realização de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, realização da pesquisa de satisfação dos beneficiários, Programa de Acreditação de Operadoras, dentre outros).

O novo indicador sobre planos individuais, cujo estímulo é uma necessidade do setor já mapeada pela ANS, contemplará uma bonificação, o que resultará em melhores notas às operadoras que comercializam esse tipo de produto. Já o indicador que avalia o reajuste inicialmente verificará o comportamento do mercado e, por isso, entrará em período de teste nesse primeiro ano, com peso zero.

[Veja aqui mais informações e confira a nota das operadoras.](#)

## **A SEGUNDA OPINIÃO**

**FenaSaúde – 28/11/2018**

### **Confira o artigo do chefe do Serviço de Clínica e Cirurgia da Coluna da Beneficência Portuguesa-SP**

O Jornal O Dia publicou em 19/11 artigo do chefe do Serviço de Clínica e Cirurgia da Coluna da Beneficência Portuguesa-SP,

Edmond Barras, sobre a prática da segunda opinião no atendimento médico, indicada, particularmente, quando o paciente não se sente confortável com as recomendações do médico ou não sente muita confiança no tratamento proposto.

Edmond Barras recomenda uma segunda opinião mesmo quando o paciente tem um bom relacionamento com o seu médico, mas ainda assim gostaria de consultar um outro médico.

[>> Clique aqui para conferir o artigo na íntegra](#)

## ANS ATUALIZA OBRIGAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS

ANS – 27/11/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta terça-feira (27/11), no Diário Oficial da União, Resolução Normativa que atualiza o Plano de Contas Padrão para as operadoras de planos de saúde. O documento que promove alterações nas normas contábeis do setor é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das empresas. Ele facilita o fornecimento de informações gerenciais, permite a uniformização das demonstrações contábeis, propicia informações para acompanhamento e análise do desempenho da empresa, além de fazer o comparativo entre as empresas semelhantes.

[Confira a Resolução Normativa nº 435.](#)

A nova normativa traz algumas novidades importantes: atualiza as práticas contábeis do setor à melhor técnica; institui a necessidade

de realização do teste de adequação de passivo; obriga as operadoras a disponibilizarem as demonstrações financeiras em seus portais na internet; permite o envio eletrônico das demonstrações à ANS, reduzindo o custo regulatório; e estabelece a criação de novas contas contábeis para identificação de formas de pagamento a prestadores de serviços, além do tradicional modelo *fee for service*.

“Com o novo Plano de Contas, a ANS atualiza as normas contábeis que as operadoras de planos de saúde devem seguir, observando a melhor técnica e aprimorando o acompanhamento econômico-financeiro do mercado”, observa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Leandro Fonseca.

As alterações promovidas pela ANS em relação ao Plano de Contas foram discutidas em audiência pública realizada em setembro.

[Confira aqui os materiais.](#)

As novas regras entrarão em vigor em 1º de janeiro de 2019, possibilitando que as operadoras promovam a adaptação de seus sistemas de contabilidade e de controles gerenciais.

## CLÁUSULA QUE RESTRINGE TRATAMENTOS MÉDICOS É ABUSIVA, REAFIRMA STJ

Consultor jurídico – 27/11/2018

É abusiva a cláusula de plano de saúde que limite qualquer procedimento médico, fisioterápico ou hospitalar prescrito para doenças cobertas nos contratos de assistência à saúde.

Ao reafirmar a jurisprudência, a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ressaltou que o entendimento é válido inclusive para contratos firmados antes da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde). Segundo o colegiado, nesses casos é possível aferir abuso com base nas disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

O Ministério Público Federal ajuizou ação civil pública contra empresas de plano de saúde visando declarar a nulidade das cláusulas restritivas, além de condená-las a não mais limitar procedimentos contratados. O MPF ainda pediu a divulgação do afastamento de tais restrições aos respectivos contratados e compensação por danos morais.

O juízo federal julgou procedentes os pedidos, com exceção dos danos morais, e a sentença foi mantida pelo Tribunal Regional Federal da 2ª Região. As empresas recorreram ao STJ, e o relator à época, desembargador convocado Lázaro Guimarães, rejeitou monocraticamente os pedidos, entendendo que, “se a seguradora assumiu o risco de cobrir o tratamento da moléstia, não poderia, por

meio de cláusula limitativa e abusiva, reduzir os efeitos jurídicos dessa cobertura, tornando, assim, inócua a obrigação contratada”.

As empresas, em agravo interno, sustentaram a inaplicabilidade da Lei 9.656/98 aos contratos firmados antes de sua vigência e alegaram que a limitação de procedimentos fisioterápicos nas apólices não coloca o consumidor em desvantagem exagerada, inexistindo fundamento jurídico para justificar a declaração de abuso feita no acórdão recorrido.

### Defesa do consumidor

Para o relator do agravo, ministro Raul Araújo, o TRF-2 não determinou a aplicação retroativa da Lei 9.656/98, mas examinou o abuso da cláusula que figurava nos contratos firmados antes da sua vigência a partir do sistema introduzido pelo CDC, especialmente com base no seu artigo 51, IV.

“Nessa linha, à luz do Código de Defesa do Consumidor, devem ser reputadas como abusivas as cláusulas que nitidamente afetam de maneira significativa a própria essência do contrato, impondo restrições ou limitações aos procedimentos médicos, fisioterápicos e hospitalares prescritos para doenças cobertas nos contratos de assistência e seguro de saúde dos contratantes”, entendeu o ministro em seu voto.

Ele ainda destacou que o STJ consolidou o entendimento segundo o qual, se o contrato de assistência e seguro de saúde celebrado entre as partes prevê a cobertura para a doença, “é abusiva a negativa da operadora do plano de saúde quanto aos procedimentos e as técnicas prescritos pelo médico que assiste o paciente”. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

## OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE ESCLARECEM DÚVIDAS SOBRE IDSS

ANS – 27/11/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu no dia 23/11 uma oficina para esclarecer dúvidas das operadoras de planos de saúde sobre o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O evento contou com a presença de 170 representantes de quase 100 operadoras e teve transmissão ao vivo via Periscope para cerca de 1.200 expectadores. Na parte da

manhã, os técnicos da agência fizeram apresentações sobre o tema e, na parte da tarde, os participantes puderam tirar dúvidas sobre os resultados preliminares do IDSS ano-base 2017.

Na abertura, o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, explicou que, pela primeira vez, o IDSS utilizou dados do TISS como base de cálculo – em contraposição aos dados do SIP. “Com isso, temos dados mais fidedignos e claros para o cálculo do índice. Nessa oficina, portanto, buscamos esclarecer as dúvidas e explicar as razões pelas quais tivemos alterações nos resultados do IDSS relativos a 2017”, destacou o diretor.

Durante a oficina, Ana Paula Cavalcanti, gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da ANS, falou sobre a reformulação do IDSS, os pressupostos e as justificativas para a mudança. “O IDSS é o programa mais antigo de avaliação das operadoras, ele remonta a 2006. Recentemente fizemos melhorias para aprimorar a iniciativa e o TISS é a maior novidade. Cada vez mais, o TISS tem uma importância grande para alimentar a ANS de informações que possam levar a uma melhor regulação”, explicou.

O IDSS mede o desempenho das operadoras em 4 dimensões: qualidade da atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação. O objetivo dessa ferramenta é ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação entre consumidor e a operadora, ajudando o consumidor na escolha do plano de saúde que deseja contratar ou trocar. Os resultados do IDSS ano-base 2017 ainda estão em processamento na ANS, e devem ser divulgados entre dezembro/2018 e janeiro/2019.

Júlio Di Maio, coordenador do TISS, fez uma apresentação para nivelar os conceitos e versões do padrão TISS. Ele falou sobre a correção dos dados, o arquivo de conferência e conceito de guias

pendentes (que afetam os indicadores do IDSS). Júlio lembrou que a versão 3 do padrão TISS, após passar por aprimoramentos, está consolidada e hoje não apresenta mais problemas na incorporação de dados no sistema.

A coordenadora do IDSS, Rosana Neves, apresentou o detalhamento dos indicadores e falou sobre alterações efetuadas recentemente, padronização estatística e as principais críticas aplicadas aos indicadores. Explicou, ainda, que a pesquisa de satisfação dos beneficiários não é obrigatória e, se a operadora participa dos programas que oferecem bonificação, a não realização da pesquisa não oferece penalidade na nota.

Todas as dúvidas, críticas e contribuições apresentadas na oficina serão analisadas pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS e discutidas oportunamente com os representantes das operadoras. A próxima reunião está prevista para o início de dezembro, durante o Encontro ANS Nordeste, que acontecerá em Natal (RN).

[As apresentações sobre o TISS e o IDSS estão disponíveis no site da ANS.](#)

## PLANOS DE SAÚDE INVESTEM EM TECNOLOGIA E ESTRUTURA PRÓPRIA PARA SUPERAR CRISE

O Globo – 26/11/2018

### Estratégia de expandir rede movimentou R\$ 15 bilhões em 2017, 80% mais que há cinco anos

SÃO PAULO - Após três anos perdendo clientes por causa da crise econômica — que eliminou empregos e, conseqüentemente, a disposição das empresas em oferecer benefícios —, o setor de planos de saúde investe em tecnologia e infraestrutura própria para reduzir custos na operação e reequilibrar as contas.

Para aumentar o controle sobre as despesas, grandes operadoras estão investindo mais em estruturas como hospitais, enfermarias e a contratação de médicos para monitorar pacientes com foco na prevenção. A expansão da rede própria movimentou quase R\$ 15 bilhões em 2017 — 80% mais que há cinco anos, no período anterior à crise.

No fim de 2017, estavam ativos 770 planos de saúde no país, de acordo com a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). É uma queda de 7% desde o início da crise, em 2014, e de 40% desde o auge do setor, na virada dos anos 2000. Agora, a perspectiva é de que o setor pare de cair e feche dezembro com 47,5 milhões de segurados. É uma alta de 0,6 ponto percentual em relação ao fim de 2017, segundo projeções da Abramge.

A expansão ainda é tímida em relação ao padrão pré-crise, época em que a carteira de clientes atendidos pelos planos de saúde costumava aumentar entre dois e três pontos percentuais por ano. Mas para um mercado que vinha encolhendo nos últimos anos, trata-se, sem dúvida, de um alento.

Ainda assim, o setor está longe de retomar o patamar pré-crise. A taxa de desemprego, hoje em 12%, é um entrave para a retomada num setor em que a grande maioria dos clientes é de empresas que oferecem o benefício aos seus empregados.

— Considerando projeções de desemprego, a previsão é chegar perto de 49 milhões de beneficiados em 2020 — afirma Marcos Novais, economista-chefe da Abramge.

Além de uma retomada lenta, os planos de saúde têm hoje um mercado mais concentrado em grandes empresas focadas em ganhar eficiência num mercado mais difícil. Para fazer isso, a tendência de verticalização com estruturas próprias tem sido puxada pelas grandes empresas, como a Amil, líder do mercado com seis milhões de beneficiários.

Desde 2016, a operadora mantém 34 consultórios chamados Espaço Saúde que misturam a estrutura de um posto de saúde, com médicos e enfermeiros, com salas para cirurgias de baixa complexidade. Além disso, têm equipes de medicina da família para identificar maus hábitos entre os beneficiados, como tabagismo e sedentarismo, e oferecer programas de prevenção. Hoje, 220 mil beneficiários frequentam regularmente os consultórios, que acabam custando menos para a operadora com a redução de procedimentos.

— Entre os usuários dos consultórios, o volume de internações caiu 30%. As consultas a especialistas, 89% — observa Sergio Ricardo Santos, presidente da Amil.

A tecnologia tem sido uma aliada das grandes operadoras para reduzir custos e sinistralidade, ou seja, o saldo entre a receita obtida com as mensalidades dos planos de saúde menos os gastos com o atendimento aos beneficiários.

No caso da Seguros Unimed, operadora voltada aos clientes de alta renda do conglomerado de cooperativas médicas fundado em 1975, a criação de uma unidade de inovação chamada Stormia permitiu criar sistemas que usam Big Data para rastrear os usuários com maior demanda no sistema e mapear medidas preventivas para baixar os custos entre os beneficiados. Com isso, desde 2015, a Unimed Seguros conseguiu reduzir a taxa de sinistralidade de 89% para 80% em setembro deste ano.

A tecnologia tem permitido ainda conhecer melhor os hábitos de profissionais da saúde e de clientes — e, com isso, reduzir desperdícios e oferecer planos mais baratos. A Hapvida, terceira maior operadora em número de beneficiados no país e líder nas regiões Norte e Nordeste, submete seus pacientes à coleta de biometria antes de qualquer tipo de procedimento médico na rede, quase 100% própria, desde a década de 1990.

Nos últimos anos, o grande banco de dados tem alimentado um sistema de inteligência artificial que permitiu à central da Hapvida, em Fortaleza, a acompanhar detalhadamente os processos adotados por médicos e enfermeiros contratados. Com isso, a empresa criou novos manuais de procedimentos médicos e um

sistema de bônus por eficiência. As medidas ajudaram a Hapvida a atravessar a crise:

— Desde o terceiro trimestre de 2017, o número de beneficiados por planos da Hapvida cresceu 7% ao ano e a receita, 20% — observa Bruno Cals, diretor financeiro da Hapvida, que fechou outubro com 3,8 milhões de beneficiados e R\$ 3,3 bilhões de faturamento.

A crise entre os planos de saúde fez surgir novos modelos de negócio entre as operadoras que mais crescem neste setor. É o caso da São Francisco, empresa de Ribeirão Preto fundada há sete décadas em Ribeirão Preto (SP). A empresa, que recebeu um investimento do fundo Gávea em 2016, viu o faturamento expandir 63% em dois anos. A receita em 2018 deve fechar em R\$ 1,8 bilhão.

#### Receita extra

Em boa medida o desempenho se deve a fontes adicionais de receita obtidas com a estrutura tradicional. Recentemente, equipes

médicas de assistência emergencial, que tradicionalmente são usadas para socorrer os beneficiados do plano, hoje também atendem casos de acidentes em rodovias concedidas à iniciativa privada, que pagam a São Francisco pelo serviço. Uma das concessionárias que contrataram a operadora é a Arteris, que administra rodovias em São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

— Os novos negócios hoje representam 15% das receitas — diz Lício Cintra, presidente da São Francisco.

Especialistas do setor avaliam que a concentração e o foco em novas fontes de receitas serão as tendências do mercado de saúde suplementar enquanto a economia não engrenar, com reflexo no número de segurados.

— As operadoras vão ficar num esquema de “rouba monte”, tirando clientes umas das outras. Quem estiver mais bem estruturado agora vai ficar ainda mais forte — sustenta o médico Carlos Suslik, que já chefiou o Instituto Central do Hospital das Clínicas e hoje presta consultoria a planos de saúde de várias regiões do país.

## CAS OUVIRÁ DIRETOR DA ANS SOBRE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado – 26/11/2018

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) ouve na próxima quarta-feira (28) o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rogério Scarabel. Ele foi convidado a expor a nova metodologia de reajuste de planos de saúde individuais.

Neste ano, em sabatina na CAS, Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho, então indicado ao cargo de diretor da ANS, havia prometido tornar o processo de reajuste mais transparente.

De acordo com a ANS, a sugestão para um novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (Iрпи) se baseia na variação das despesas médicas do setor e na inflação geral da economia. O objetivo da agência, segundo Rogério Scarabel disse em audiência pública no Rio de Janeiro, é dar mais clareza ao cálculo do reajuste e permitir que toda a sociedade possa fazer o cálculo. A nova metodologia deve refletir mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais.

A exposição do diretor da ANS será na sala 9 da ala Senador Alexandre Costa, às 10h30.

## INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL REDUZ CUSTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Globo – 26/11/2018

**Redução de gastos chega a 30%. Soluções desenvolvidas no Brasil já são até exportadas**

RIO - Big data, inteligência artificial, algoritmo, business intelligence (BI), blockchain, data analytics são termos que estão entrando definitivamente para o vocabulário de operadoras e consultorias em saúde. Com a inflação médica beirando a casa dos 20%, segundo dados do setor, e o custo com planos de saúde representando mais de 12% do gasto da folha de pagamento das empresas, contratantes e operadoras estão investindo pesado em tecnologia para reduzir custos. Há casos de queda de até 30%.

Segundo pesquisa da investidora de start-ups Fisher e da KPMG, o setor foi o que mais investiu em inteligência artificial no segundo trimestre deste ano.

— A implementação dessa inteligência artificial começou para facilitar o uso do plano pelo beneficiário, com aplicativos para agendamento de consultas e reembolso digital. Agora, o investimento visa a mudanças no modelo de pagamento de prestadores e na assistência à saúde dos usuários. Esse uso ainda está restrito, mas a tendência é expandi-lo — diz Solange Mendes, presidente da FenaSaúde.

A lógica é captar dados dos usuários e aplicar a tecnologia para analisá-los, traçar cenários e induzir o uso mais eficaz do plano de

saúde. A adoção de prontuários eletrônicos na rede de clínicas próprias, a Novamed, permitiu ao Bradesco reduzir, em seis meses, 27% dos custos relativos a consultas médicas e exames. No Brasil, o grupo já tem 200 mil usuários integrados ao sistema.

— Os softwares hoje avaliam a saúde do grupo de usuários, identificam aqueles de maior risco, que poderiam se beneficiar de programas de atenção específicos. No futuro, caminhamos para ter um hub de informações do setor que possibilitem uma visão integral do indivíduo, com todos os elos da cadeia conectados — avalia Flávio Bitter, diretor-gerente da Bradesco Saúde.

Enquanto esse futuro não chega, as corporações — responsáveis por quase 70% dos contratos da saúde suplementar — têm sido as grandes indutoras de inclusão da tecnologia para análise dos dados do setor. Com 1,5 milhão de usuários de planos empresariais, a Mercer Marsh Benefícios acaba de ampliar sua plataforma de gestão, a MM Health.

Além de consultas médicas e exames, passarão a ser analisados por algoritmos atestados médicos, exames periódicos e resultados dos programas de gestão de saúde e qualidade de vida. Segundo Helder Valério, gerente de Gestão e Promoção de Saúde da Mercer Marsh Benefícios, ao identificar riscos e atuar preventivamente, a empresa conseguiu manter a curva de crescimento dos custos abaixo abaixo da inflação médica.

#### Clientes em Chile e EUA

Nos próximos 12 meses, a Saúde Concièrge, criada para atuar na gestão de saúde exclusivamente para o segmento corporativo, vai investir R\$ 2 milhões.



— Um banco de dados abrangente contribui, inclusive, na identificação de terapias adotadas em indivíduos de características semelhantes com eficiência. A partir do sexto mês de monitoramento é possível reduzir em 30% a sinistralidade (indicador de uso do plano) — diz João Paulo Oliveria, gestor de tecnologia da Saúde Conciêrge.

A ferramenta Meu BI, desenvolvida no Brasil para fazer a gestão de saúde de empresas de médio e grande porte, é a primeira do gênero da companhia inglesa Jardine Lloyd Thompson (JLT) — uma das maiores do mundo em gestão de risco. A solução, agora, será exportada para países como Estados Unidos, Chile e Argentina.

— Se o custo do tratamento é alto, ter um funcionário treinado afastado também é caro para a empresa — afirma Gabriela Agapito, diretora de Business Intelligence da JLT.

## FERRAMENTA DA ANS AJUDA NA ESCOLHA DO PLANO DE SAÚDE

ANS – 26/11/2018

Quem nunca ficou em dúvida sobre qual o plano de saúde mais adequado às suas necessidades? Para ajudar o consumidor nessa escolha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está atualizando o Guia ANS de Planos de Saúde. A ferramenta passa a permitir a comparação entre planos e exibe informações importantes para orientar a decisão do consumidor, como a rede hospitalar credenciada de cada produto e o preço máximo que a operadora poderá cobrar pelo plano médico-hospitalar.

[Acesse o Guia ANS de Planos de Saúde](#)

A ferramenta auxiliará o consumidor que estiver interessado em contratar um plano de saúde e é voltada também ao já beneficiário do setor que deseje realizar portabilidade de carências. Cada consulta terá prazo de validade de 5 dias e passará a gerar um número de protocolo que poderá ser acessado pelo consumidor através do próprio Guia ANS, trazendo todas as informações do plano escolhido.

“O processo de atualização do Guia ANS está em maturação há um tempo na Agência para que o formato final atendesse, ao máximo, às necessidades do consumidor. Acreditamos que essa nova ferramenta vai contribuir muito para subsidiar a escolha do cidadão, pelo acesso intuitivo e fácil navegação, além de trazer mais transparência para o mercado de planos de saúde. É uma proposta que acompanha os valores da ANS e incentiva o dinamismo do setor”, afirma Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

Para ajudar o usuário a navegar no Guia ANS de Planos de Saúde e fazer corretamente as buscas, a ANS preparou dois tutoriais, disponíveis em seu [canal do YouTube](#). Acesse o tutorial para [Pesquisa de Planos de Saúde](#) e o tutorial para [Portabilidade de Carências](#). A primeira versão do Guia ANS foi disponibilizada para os consumidores em 2009, dando agora lugar à nova ferramenta.

### Não é contratação

É importante que o consumidor saiba que a ferramenta disponibiliza uma consulta aos planos existentes para contratação, mas que a contratação do plano de saúde não é mediada pela ANS. Para fazer a contratação ou a portabilidade de carências, é necessário que o consumidor busque diretamente a operadora ou a administradora de benefícios do plano selecionado. É possível imprimir o resultado das buscas do Guia ANS através da própria ferramenta, para facilitar na hora da contratação, ou receber a consulta por e-mail. O acesso também ficará disponível no próprio Guia ANS, mediante apresentação de CPF e data de nascimento.

### Atenção aos planos coletivos

É importante lembrar que somente pode contratar um plano de saúde coletivo por adesão quem tiver vínculo com associação profissional, classista ou setorial. Já os planos coletivos empresariais só podem ser contratados por representantes de empresas ou empresários individuais.

### Avaliação das operadoras

Outra novidade do Guia ANS é a disponibilização de informações sobre o desempenho das operadoras em indicadores de qualificação, como o IDSS e o Monitoramento da Garantia de Atendimento. O consumidor também pode ver na ferramenta caso a operadora esteja em algum regime especial (direção técnica ou fiscal).

### PERGUNTAS E RESPOSTAS

#### A ANS está atualizando o Guia ANS de Planos de Saúde. Para que serve essa ferramenta?

O Guia ANS de Planos de Saúde é um facilitador para o cidadão que está buscando um plano para contratação, mostrando as opções disponíveis de escolha. A ferramenta permite a comparação entre os diferentes planos e exibe informações importantes para orientar a decisão do consumidor, como a rede hospitalar credenciada de cada plano registrado na ANS e o preço máximo que a operadora poderá cobrar pelo plano médico-hospitalar. O Guia funciona como uma ferramenta para quem está interessado em contratar um plano de saúde e também para quem é beneficiário, e quer buscar as opções de planos compatíveis para realizar portabilidade de carências.

#### Que funções o Guia ANS apresenta?

O Guia ANS oferece três funcionalidades: a Pesquisa de Planos, que mostra a oferta de produtos no mercado para contratação, de acordo com o perfil do consumidor; a Portabilidade de Carências, que exibe os produtos compatíveis para troca de plano de saúde com aproveitamento das carências cumpridas; e a Consulta de Protocolo, que reúne o histórico de consultas feitas pelos usuários.

#### Quais novidades a ferramenta apresenta em relação à versão anterior?

As principais novidades desse formato são uma nova ferramenta de comparação entre os planos de saúde disponíveis no mercado, com a exibição da rede hospitalar credenciada de cada plano e o demonstrativo do preço máximo que cada operadora pode praticar nos planos médico-hospitalares. O processo de atualização do Guia ANS foi pensado pela Agência, com base nas principais dificuldades encontradas pelos consumidores, para que o formato final fosse o mais assertivo possível às necessidades do consumidor. O novo formato do Guia ANS traz ainda informações sobre o desempenho das operadoras em indicadores de qualificação de Operadoras e o Monitoramento da Garantia de Atendimento, além da informação sobre eventuais regimes especiais instaurados. Basta, para isso, clicar no nome da operadora.

#### Que benefícios o Guia traz para o consumidor?

O principal ganho direto proporcionado pela ferramenta é subsidiar o direito de escolha do cidadão. Além disso, o novo Guia ANS acompanha a diretriz da Agência de dar cada vez mais informação aos consumidores sobre a oferta de planos para atender às suas diferentes necessidades e maior transparência ao mercado de planos de saúde.

### A exposição das operadoras não pode prejudicar o mercado?

Ao contrário. A ANS trabalha, sobretudo, para fomentar o desenvolvimento do mercado associado às melhores práticas e, com isso, beneficiar o consumidor. Com o Guia, a agência está incentivando a concorrência entre as operadoras e trazendo mais transparência para o setor de planos de saúde. É uma proposta que acompanha os valores da ANS e incentiva o dinamismo e a solidez desse mercado.

### O que muda nas regras de contratação?

As regras para a contratação dos planos de saúde continuam as mesmas. É importante que o consumidor saiba que o Guia serve para orientar. Não cabe à ANS definir os preços comercializados pelas empresas e nem mediar a contratação de um plano de saúde. Para fazer a contratação, seja a aquisição tradicional ou por portabilidade de carências, é necessário que o consumidor faça contato com a operadora ou com a administradora de benefícios (esta opção somente para os planos coletivos). Ou seja, não há intermediação direta da ANS no processo de contratação de planos de saúde.

### O Guia vai obrigar as operadoras a ofertarem mais planos individuais?

Não cabe à ANS interferir na decisão comercial das operadoras, mas o Guia ANS acompanha a proposta da agência reguladora de incentivar a comercialização de produtos variados, que atendam aos diferentes perfis de consumidores. A Agência acredita que a ferramenta pode contribuir para fomentar a concorrência do mercado, ao empoderar o consumidor e dar transparência aos preços e produtos disponíveis.

### A portabilidade de carências vai poder ser realizada pela ferramenta?

Não, a ferramenta é somente consultiva. Para a realização de portabilidade de carências ou para a contratação de um plano de saúde, será necessário contatar diretamente a operadora ou a administradora de benefícios (esta opção somente para os planos coletivos). O consumidor poderá imprimir o resultado da busca, ou anotar o número de protocolo, ou solicitar o envio das informações para seu endereço eletrônico para ajudar no processo de contratação junto à empresa.

### Há um limite para a contratação do produto após a realização da consulta? A consulta efetuada tem um prazo de validade?

Sim, a informação tem um prazo de validade de 5 dias corridos. Assim, após decorrido esse prazo, o consumidor deverá fazer nova consulta.

## MODELO DE PAGAMENTO NA SAÚDE DEVE MUDAR NOS PRÓXIMOS ANOS

O Globo – 26/11/2018

### Estudo da Anahp mostra que o aumento da utilização de serviços trouxe elevação nos gastos do setor e pode estar associado ao modelo de gestão do sistema

O aumento de 70% da frequência de uso do sistema de saúde suplementar foi o principal responsável pelo acréscimo de R\$ 49 bilhões nos gastos do setor entre 2012 e 2017, já desconcentada a inflação do período, de acordo com estudo encomendado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). Esse foi um dos temas debatidos durante o 6º Congresso Nacional de Hospitais Privados, em São Paulo, entre 7 e 9 de novembro.

O estudo foi contratado justamente para saber de onde vinha esse incremento de custo, que já havia gerado, por exemplo, reajuste das mensalidades de planos de saúde. “O aumento na frequência do uso traduz o sistema atual, com um modelo assistencial que não possui porta de entrada organizada, em que pacientes buscam consultas na emergência, não têm sistema de acompanhamento, nem prevenção”, avalia a diretora executiva da Anahp, Martha Oliveira.

Outros fatores que podem explicar esse aumento, segundo ela, é o envelhecimento populacional, a crise econômica – em que as pessoas passam a usar mais os planos com medo de perdê-los –, e a oferta de novas tecnologias, que possibilitam a realização de novos exames. Martha ressaltou ainda que a intenção do estudo não foi apontar o dedo para nenhuma das partes, muito menos para o paciente. “Ele é mais refém desse sistema que construímos nos últimos 40 anos. Agora, precisamos construir um novo, com melhor modelo assistencial e de remuneração, melhor articulação entre sistema público e privado, maior uso de novas tecnologias e diminuição da desconfiança entre as partes que compõem o setor”, avalia.

O estudo aponta ainda que entre 2012 e 2017, apesar do baixo crescimento no número de usuários (0,7%), o número de eventos

por beneficiário passou de 21 para 28 por ano. O diretor de Operações do Hospital Mater Dei, José Henrique Salvador, acredita que os dados mostram uma ineficiência na gestão do setor, que passa pela falta de investimento em saúde primária. Entre as soluções apontadas por ele está a informatização dos dados.

“Temos muita coisa desestruturada. As informações dos pacientes precisam estar disponíveis. Isso evita, por exemplo, novos exames, que geram custos”, avalia. Para ele, a tecnologia pode ajudar ainda no avançada telemedicina, pois o paciente não precisaria ir ao hospital e especialistas de ponta conseguiriam atender pessoas que vivem no interior do Brasil. Outra sugestão de Salvador é investir em qualidade ambulatorial e transferência de risco das operadoras para hospitais. “Defendemos também o modelo de pagamento por pacote e diárias globais. Acreditamos no amadurecimento do setor. Também avaliamos que precisa haver uma maior participação dos hospitais no processo todo, não apenas quando o paciente está internado lá”, diz.

Entre as operadoras, a percepção é que os custos do setor aumentaram, mas as receitas não. O vice-presidente de saúde e odonto da Sul-América, Maurício Lopes, sugere uma saúde mais resolutiva com custo cabível. Para isso, ele defende que no futuro os hospitais sejam pagos por resultado e não mais pelo serviço ou pelo pacote. “É o modelo de pagamento pelo desfecho, em que o conjunto de médicos, assistente, operadora e hospital vão receber para dar desfecho de melhor qualidade”.

A presidente do conselho da Abramed (Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica), Claudia Cohn, afirma que as informações da pesquisa convocam prestadores de serviço, operadora e população para discutir a partir de dados. “A prevenção é um recurso intangível. Já a incorporação tecnológica tem que ser usada de forma correta, para evitar custos. Temos que buscar a eficiência”, acredita.

### EXEMPLOS INTERNACIONAIS

O presidente da KPMG Global Health, Mark Britnell, lembra que não existe sistema de saúde perfeito. “O importante é aprender com os melhores exemplos do mundo, não de apenas um país”, diz. Ele cita o exemplo de Israel, onde as consultas pediátricas são feitas por celular. “No Brasil, isso não ocorre porque as leis impedem isso. Mas nunca vi um hospital particular perder dinheiro assim”, afirma.

Britnell estima que o mundo vai precisar de mais de 8 milhões de trabalhadores de saúde para atender a demanda atual. “Não vamos produzir isso. Temos que deixar de pensar como antes e abraçar a tecnologia”, considera.

Para ele, o paciente deve decidir onde será atendido. “No Brasil, vocês precisam implementar parcerias público-privadas. Aqui há o segundo maior mercado de planos de saúde do mundo. O setor privado pode ter um papel importante no novo governo, como por exemplo, ajudar na criação de um registro único de pacientes. Essas parcerias aumentam o acesso a população. Elas são riscos ou oportunidades”, avalia. O presidente da KPMG Global Health lembra que o caso do Brasil é específico, pois a população vai crescer e os subsídios estão congelados. “Não tem saída. É preciso confiança e transparência entre setor público e privado e deixar de lado diferenças ideológicas, direita e esquerda, e colocar o paciente no centro”, afirma.

Leandro Reis, vice-presidente da Rede D’OR, reforça que existe uma carência de dados nacionais. “Precisamos parar de discutir agenda importada e nos dedicarmos a adaptar estudos nacionais”, diz.

Ele acredita que inflação centrada na frequência vai exigir gestão populacional e não mais individual. “Essas ferramentas de gestão eletrônica do paciente trazem luz para enfrentar esse aumento de custo”, afirma.

#### **TECNOLOGIA E MUDANÇA NA FORMA DE PAGAMENTO SÃO VISTAS COMO ALIADOS**

A tecnologia provocou mudanças profundas em vários setores e atingiu também o sistema de saúde e seu modelo de negócios. Um dos exemplos citados por Joe Flower, futurista da área, é que o

paciente pode estar em contato constante, sem precisar visitar o médico, apenas enviando informações pelo celular. “A automação vai tomar conta da saúde. Isso sem tirar o contato humano, afinal o setor é o mais humano de todos”, reforça. Ele lembra que o Brasil é o país mais populoso do mundo a garantir saúde para todos, além de contar com um setor privado robusto. “Isso é muito avançado e ocorre aqui há mais de 30 anos. Mas também acredito que a administração do sistema por empresas privadas pode ajudar”, avalia.

O especialista sugere a desconstrução do sistema atual, implantando novas estruturas que devem combinar tecnologias. “Clínicas no local de trabalho, com médicos que recebem por empregado a cada mês”, sugere. Nesse sentido, Flower diz que grandes empresas, como Walmart, Pepsico, Amazon, Apple e Microsoft vão criar sistema próprio de saúde. “Isso vai se disseminar pelo mercado. Outros empregadores vão encontrar suas técnicas. Daqui dez anos, grande parcela do mercado vai estar nesse modelo”, aposta.

Já Ezekiel Emanuel, vice-reitor de Iniciativas Globais e presidente do Departamento de Ética Médica e Política de Saúde da Universidade da Pensilvânia, lembra que o montante investido em saúde hoje e na década de 70 são similares, mas que a expectativa de vida aumentou muito. Além disso, ele apontou que o dinheiro é investido de maneira ineficiente. “Trinta por cento dos recursos são desperdiçados: 17% em tratamentos ineficientes e 28% em gastos desnecessários”, enumera. Entre as sugestões para melhorar a eficiência, Ezequiel propõe mudanças, como cuidado maior com doenças crônicas; desinstitucionalização da saúde; avaliação médica por desempenho; e gerenciamento dos preços dos medicamentos. Ele aponta ainda mudança da remuneração com o pagamento por pacote, em detrimento ao modelo atual, por serviço. “No pagamento por pacote, há remuneração de um transplante de fígado, por exemplo, com garantia de até 90 dias”, explica.

## **CRISE NO EMPREGO ELEVA EM 1,6 MILHÃO O NÚMERO DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS**

Folha de S. Paulo – 25/11/2018

**Entre 2014 e 2017, busca por atendimentos avançou 54%; afastamentos já têm alta de 12% no ano**

**SÃO PAULO** A crise econômica e o uso intenso de tecnologia contribuíram para uma explosão de doenças de saúde mental no Brasil, elevando o peso da ansiedade e do estresse entre as causas de afastamentos do trabalho e pressionando os gastos dos planos de saúde e da Previdência Social.

Dados de relatórios anuais da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) compilados pela Folha revelam que o número de consultas psiquiátricas cobertas pelos planos saltou de 2,9 milhões em 2012 para 4,5 milhões em 2017. O aumento de 54% é o quántuplo dos 10% registrados no mesmo período pelas consultas ambulatoriais de forma geral.

“O mercado de trabalho está em mutação. Metas associadas a desempenho se tornaram mais comuns, e as plataformas digitais permitem acesso quase ilimitado aos funcionários”, diz Benedito Brunca, subsecretário-geral de Previdência Social.

Segundo ele, o problema é que a busca por maior produtividade tem gerado efeitos colaterais negativos.

O crescimento no número de afastamentos de profissionais avaliados como psicologicamente incapazes de se manter na ativa, pelos critérios do sistema público, também chama a atenção.

Nos primeiros nove meses deste ano, o INSS concedeu 8.015 licenças para o tratamento de transtornos mentais e comportamentais adquiridos no ambiente de trabalho —alta de 12% em relação ao mesmo período de 2017.

O conjunto de males que inclui depressão e ansiedade saltou de 4,8% do total de novas aprovações desses benefícios —auxílios-doença acidentários— nos primeiros três trimestres do ano passado para 5,2% no mesmo período de 2018.

Embora permaneçam em terceiro lugar entre as doenças causadas pelo próprio emprego —atrás de lesões e problemas musculares—, a parcela de afastamentos por transtornos mentais tem aumentado.

Em 2008, primeiro ano para o qual há estatísticas disponíveis, representavam 3,6% dos auxílios-doença acidentários.

Além do elevado custo pessoal —por ter alto potencial incapacitante e ainda ser cercada por estigma—, a disparada na incidência de doenças mentais implica um dispêndio significativo.

“É uma doença silenciosa. Muitas vezes você só percebe quando está avançada e a pessoa deixou de ser produtiva”, diz Cadri Massuda, presidente do Sinamge (Sindicato Nacional dos Planos de Saúde).

Segundo a Secretaria de Previdência, entre 2012 e 2016, as despesas com auxílio-doença acidentário por transtornos mentais e comportamentais somaram R\$ 784,3 milhões, ou 7,3% dos gastos com o benefício para todas as enfermidades.

A fatia é significativa considerando que, em termos de volume de concessões de novas licenças, as doenças mentais representaram 4,2% do total no mesmo período.

A discrepância se explica por dois motivos. Essas enfermidades podem causar afastamentos longos. No período analisado, as ausências por doenças mentais duraram, em média, 211 dias, ante 183 do total dos auxílios acidentários.

“A doença psiquiátrica se agrava gradualmente até incapacitar a pessoa. Por isso requer tratamentos longos”, diz Eduardo Koetz, sócio do escritório Koetz Advocacia.

Além disso, o valor médio do benefício pago aos trabalhadores acometidos por transtornos psicológicos é mais elevado do que a média, e essa distância tem aumentado.

Dados levantados pelo INSS mostram que o valor médio mensal do benefício pago a trabalhadores afastados por cinco doenças representativas —alcoolismo, episódios depressivos, depressão recorrente, ansiedade e reação ao estresse— foi R\$ 2.243 em 2017.

Esse valor é 46% mais alto do que o pagamento mensal médio de R\$ 1.538 ao total de segurados afastados por doenças do trabalho.

Em 2008, a diferença era menor, de 35%, o que sugere que tem crescido a fatia de trabalhadores mais bem remunerados entre os que sofrem transtornos mentais. Isso talvez ajude a explicar o salto significativo na demanda por cobertura dos planos de saúde por esse tipo de enfermidade.

## PLANO DE SAÚDE DEVE OFERECER HOME CARE A IDOSA COM PARKINSON

Consultor Jurídico – 24/11/2018

Diante de circunstâncias fáticas, o plano de saúde deve fornecer tratamento conforme prescrição médica, mesmo que não esteja previsto contratualmente. Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça decidiu que deve ser coberta a internação domiciliar a uma paciente portadora de Mal de Parkinson, uma vez que este seria o único meio pelo qual a beneficiária de 81 anos conseguiria uma sobrevida saudável.

Com o plano desde 1984, a recorrente recebeu orientação médica para *home care* diante da piora do seu quadro de saúde. Mas a operadora negou o serviço, pois não haveria a respectiva cobertura no contrato.

A mulher ajuizou ação de obrigação de fazer julgada procedente em primeiro grau. No entanto, o Tribunal de Justiça de São Paulo reformou a sentença e considerou que a situação não se enquadraria na hipótese de *home care*, uma vez que não se trataria de transposição do tratamento hospitalar para o domicílio.

No recurso especial ao STJ, a autora alegou que o contrato cobre internação hospitalar e, dessa forma, também deveria dispor de internação em *home care*. A beneficiária questionou no acórdão do TJ-SP, que considerou que os cuidados necessários poderiam ser prestados por familiares ou cuidadores, solução que, para ela, não tem qualquer elemento de prova.

Além das consultas psiquiátricas, houve saltos significativos em outros procedimentos ligados a colapsos nervosos e problemas psicológicos.

O número de internações curtas, de no máximo 12 horas para emergências ligadas à saúde mental, passou, por exemplo, de 32 mil, em 2012, para 77 mil no ano passado. O crescimento de 139% é quase o triplo dos 49% contabilizados para a categoria geral desse tipo de tratamento, chamado hospital-dia.

Consultas com psicólogos e internações psiquiátricas também tiveram expansões significativas.

Segundo a ANS, de todas essas categorias, a única que teve a cobertura mínima obrigatória ampliada nos últimos anos —de 12 para 18 sessões por ano— foi a de sessões com psicólogos. Essa mudança, a partir de 2016, provavelmente contribuiu para a maior demanda nesse caso.

Mas, segundo Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), a expansão em todas as categorias de tratamentos indica que a procura não relacionada à regulação aumentou de fato.

“Com o maior debate público sobre o tema, beneficiários percebem que um sintoma que associavam a comportamento pode ser uma doença”, diz ela.

Ao julgar o caso, a relatora, ministra Nancy Andrighi, destacou que a prescrição médica solicitou o fornecimento de *home care* e somente no julgamento da apelação houve a interpretação de que a paciente precisaria de assistência domiciliar ao invés de internação domiciliar.

“O acórdão recorrido presumiu um estado clínico do qual apenas o médico neurologista poderia efetivamente afirmar. Pela leitura dos autos e considerando a posição do juízo de primeiro grau de jurisdição, que teve um contato mais próximo com as partes e as provas produzidas, percebe-se que a recorrente possui diversos problemas de saúde que recomendam, com lastro no laudo do seu neurologista, a internação domiciliar”, disse a relatora em seu voto.

Para ela, “postergar a internação domiciliar de pessoa idosa e sensivelmente enferma, sob o pretexto de a sua situação de saúde ser tratada suficientemente com cuidados familiares e cuidadores, importa restrição exagerada e iníqua que coloca o sujeito mais frágil da relação contratual em posição de completo desamparo”.

A relatora, seguida pela maioria da corte, considerou que, no caso concreto, há expectativa legítima da recorrente em receber o tratamento médico conforme a prescrição do neurologista, sobretudo quando considerados os 34 anos de contribuição para o plano de saúde e a grave situação da doença.

A relatora ainda ressaltou que afastar a obrigação de fazer da operadora de plano de saúde em fornecer a internação domiciliar da beneficiária idosa e enferma “sem apontar concretamente quais as circunstâncias fáticas juridicamente relevantes justificam a prescindibilidade da internação domiciliar, implica tornar inútil o plano de saúde contratado na expectativa de ser devidamente atendido no tratamento de sua saúde”. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.



## **NOVA METODOLOGIA DE REAJUSTE: ANS SEGUE FAZENDO REUNIÕES SOBRE O TEMA**

ANS – 23/11/2018

Após a audiência pública realizada em 13/11, no Rio de Janeiro, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) seguem fazendo reuniões com o setor e demais interessados para esclarecimentos sobre a nova metodologia de reajuste dos planos individuais e familiares.

Na quarta-feira (21), o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel, e técnicos da instituição participaram de uma reunião com a presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Marta Suplicy. Na segunda-feira (19), foi realizada uma videoconferência com a titular da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon/Ministério da Justiça), Ana Lúcia Kenickel Vasconcelos.

A ANS tem promovido uma série de reuniões com entidades de defesa do consumidor, órgãos de governo e integrantes do setor de planos de saúde para apresentar a nova proposta cálculo do reajuste dos planos individuais e familiares. A intenção é detalhar a metodologia, esclarecer aspectos técnicos e dirimir eventuais dúvidas relacionadas ao tema.

De acordo com o diretor Rogério Scarabel, o objetivo dessas agendas é fornecer o máximo de informações sobre o modelo que está sendo proposto. “Estamos tratando do tema com total transparência, como é dever do agente público. Queremos esclarecer como é composto o cálculo, que dados serão utilizados e que benefícios esse modelo vai trazer para o consumidor. Além disso, temos todo interesse em ouvir o que a sociedade tem a dizer sobre a proposta”, ressaltou ele.

A audiência pública que debateu o assunto, no dia 13/11, contou com a presença de cerca de 150 pessoas. Na oportunidade, foram feitas apresentações e manifestações pelos participantes do evento. Outra forma de participação social se deu por meio do envio de contribuições via formulário eletrônico disponível no portal da Agência. De 8 a 18/11, foram enviadas 135 mensagens, que serão analisadas pelos técnicos da reguladora e farão parte de um

relatório que reunirá todas as contribuições recebidas e suas respectivas análises.

### **Reuniões com o setor**

As reuniões para esclarecimentos sobre a proposta de nova metodologia de reajuste de planos individuais/familiares tiveram início em outubro deste ano e contaram com a participação do diretor e de técnicos da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Foram realizadas conversas, presenciais ou por videoconferência, com as seguintes instituições: Fundação Procon SP, Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste) e Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC); Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde); Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio de Janeiro; Tribunal de Contas da União (TCU); Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e Unimed do Brasil.

### **Proposta**

O novo modelo de reajuste dos planos individuais proposto pela reguladora combina a variação das despesas assistenciais (VDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Assim, a VDA reflete diretamente as despesas assistenciais, ou seja, as despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras (despesas administrativas, por exemplo). O índice deixa então de se basear exclusivamente na VDA, mas continua sendo composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais.

A intenção da Agência é utilizar 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. Há ainda 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 através de reduções no índice.

## **RESSARCIMENTO: NO PRIMEIRO SEMESTRE, ANS REPASSOU R\$ 365 MILHÕES AO SUS**

ANS – 22/11/2018

No primeiro semestre do ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) repassou ao Sistema Único de Saúde (SUS) um total de R\$ 365,13 milhões relativos ao ressarcimento. O valor representa mais de 62% do total repassado ao longo do ano inteiro de 2017. Os dados consolidados do período estão na sexta edição do Boletim Informativo do Ressarcimento, divulgado nesta quinta-feira (22/11).

“Os resultados alcançados até junho nos permitem concluir com segurança que teremos, em 2018, um novo recorde de repasse ao SUS. Esses valores crescentes demonstram o acerto das melhorias implementadas no processo de cobrança pela ANS”, avalia o diretor de Desenvolvimento Setorial Rodrigo Aguiar. “Com a divulgação desse boletim, a Agência confere a transparência necessária para que a sociedade compreenda e acompanhe aperfeiçoamento do ressarcimento no setor de saúde suplementar”, acrescenta o diretor.

Desde 2000, ano em que a agência reguladora foi criada e iniciaram as cobranças, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 3,74 bilhões, que equivalem a cerca de 2,5 milhões de atendimentos realizados no SUS. Desse total, R\$ 2,43 bilhões (cerca de 65%) foram pagos pelas operadoras e encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde. Do saldo restante, R\$ 1,01 bilhão são débitos vencidos e não pagos, dos quais R\$ 685,39 milhões já foram inscritos em dívida ativa; e R\$ 292,46 milhões estão com a cobrança suspensa por decisão judicial. Nesse período, 2017 foi o ano em que a ANS alcançou o maior valor anual já repassado ao Fundo, totalizando R\$ 585,41 milhões. Isso representa um incremento de 85,52% em comparação ao ano de 2016.

A identificação de atendimentos de beneficiários de planos na rede pública é obtida pela ANS após um cruzamento de dados das operadoras e informações registradas no SUS por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). O resultado do cruzamento é enviado para as operadoras, que podem acatar a cobrança ou contestá-la.

### **Dívida ativa**

O não pagamento do ressarcimento, após regular processo administrativo, resulta na inscrição da operadora em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público

Federal (CADIN), bem como a cobrança judicial. De janeiro a junho de 2018, a ANS encaminhou R\$ 48,49 milhões para inscrição em dívida ativa. Desde 2000, o ressarcimento ao SUS já encaminhou para inscrição em Dívida Ativa R\$ 685,39 milhões.

#### **Sobre o boletim**

O boletim informativo do ressarcimento ao SUS é uma publicação periódica divulgada pela ANS cuja finalidade é trazer transparência aos dados relativos a esse importante mecanismo regulatório. Dentre as informações veiculadas, destacam-se: a identificação dos

beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feito pelas operadoras. Por fim, nessa edição foram incluídas informações sobre o novo Protocolo Eletrônico do ressarcimento ao SUS, ferramenta desenvolvida para dar maior celeridade ao processo de análise das impugnações e recursos.

[Clique aqui e confira a íntegra do boletim.](#)

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

#### **Milliman**

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)