

21 de novembro de 2018

PLANOS ODONTOLÓGICOS SUPERAM A MARCA DE 24 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS

IESS - 21/11/2018

O total de beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos continua subindo e já supera a marca de 24 milhões. Na comparação entre setembro de 2018 e o mesmo mês do ano passado, foram firmados 1,8 milhão de novos vínculos. Alta de 7,9%.

De acordo com os dados da última [NAB 28](#), o crescimento foi impulsionado fortemente pela região Sudeste, que responde por mais da metade dos novos vínculos. No total, 1 milhão dos 1,8 milhão de novos beneficiários encontram-se na região, o que equivale a 59,1% do total.

Apenas no Rio de Janeiro foram 443 mil vínculos, alta de 15,5%. Com isso, o Estado concentra 3,3 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. O Estado com o maior número de vínculos, contudo, continua sendo São Paulo, com 8,4 milhões. No período analisado, o Estado registrou 425,6 mil novos contratantes. Avanço de 5,3%.

O resultado dos dois Estados foi superior ao da região Nordeste – a segunda em quantidade deste tipo de plano –, que teve 402,3 mil novos vínculos nos 12 meses encerrados em setembro deste ano. Impulso de 9,5%.

O Centro-Oeste teve incremento de 8,3% ou 115,2 mil novos vínculos; o Norte, de 6,8% ou 66,2 mil beneficiários; e o Sul, de 7,2% ou 167,7 mil novos contratos.

Veja também, aqui no [blog](#) como se comportou o segmento de planos médico-hospitalares.

FOLHA PROMOVE 2º FÓRUM SAÚDE SUPLEMENTAR

Folha de S. Paulo – 20/11/2018

Evento acontecerá no dia 5 de dezembro, quarta-feira, no Instituto Tomie Ohtake

SÃO PAULO A Folha realiza, no dia 5 de dezembro, a segunda edição do Fórum Saúde Suplementar.

O evento discutirá propostas para reduzir custos e desperdícios no setor, que tem sofrido com o aumento dos gastos médico-hospitalares.

Serão tema de debate a regularização da coparticipação pela ANS (Agência Nacional de Saúde) e a decisão deste ano do STF (Supremo Tribunal Federal) sobre a obrigatoriedade de ressarcimento das operadoras aos SUS.

O impacto do avanço tecnológico no atendimento médico é outra questão que será abordada pelos debatedores. A adesão à telemedicina e a novas ferramentas de comunicação pode ter consequências significativas como melhorar a qualidade do atendimento e ampliar o número de pessoas atendidas.

Novos formatos de acesso a serviços privados como as clínicas populares, que atendem à demanda de consumidores que não conseguem arcar com o valores dos planos, também serão discutidos.

O evento, patrocinado por Qualicorp, pela Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e pela FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), terá início às 8h no auditório do Instituto Tomie Ohtake (Rua Coropés, 88, Pinheiros).

As inscrições são gratuitas e podem ser feitas no site [Folha Eventos](#).

STJ CONDENA PLANO DE SAÚDE QUE NEGOU CIRURGIA EMERGENCIAL A BENEFICIÁRIO

JOTA – 19/11/2018

Para 3ª Turma, Lei 9.656/98 diz que nas situações de emergência o prazo de carência máximo é de 24 horas

A 3ª Turma do STJ manteve a condenação de uma operadora de plano de saúde ao pagamento de indenização, por dano moral, de R\$ 20 mil à família de um beneficiário que, ao ter pedido de cirurgia negado pelo plano – sob a alegação de doença preexistente – foi operado pelo SUS e morreu pouco tempo depois. A decisão é da última terça-feira (13/11).

A operadora questionava decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). De acordo com os autos do processo, a cirurgia era

urgente, e deveria ter sido feita dentro do prazo de cinco dias, mas só foi realizada nove dias depois. O beneficiário era portador de uma doença chamada mal de Crohn, um tipo de inflamação intestinal.

A cirurgia emergencial foi indicada pelo médico urologista do paciente, mas o plano de saúde negou o custeio do procedimento, alegando que havia uma carência de 180 dias a ser cumprida para cirurgias eletivas – prevista em contrato.

Por unanimidade, porém, os ministros entenderam que Lei 9656/98, a lei dos planos de saúde, estabelece que nas situações de emergência o prazo de carência máximo é de 24 horas a partir da contratação do plano de saúde. Por isso, manteve a indenização de R\$ 20 mil estipulada pelo TJSP. O caso estava sendo tratado no Recurso Especial 1578533, de São Paulo.

De acordo com o colegiado, a negativa da cobertura assistencial por parte da operadora “configurou ato ilícito ensejador de dano moral

aos familiares do consumidor, que não teve o atendimento em situação de emergência”.

Para a ministra Nancy Andrighi, relatora do caso, embora a operadora alegasse que havia uma carência a ser cumprida por conta de haver uma doença preexistente, o artigo 11, parágrafo

único, da Lei 9656/98 veda a exclusão/suspensão de cobertura às doenças e lesões preexistentes após 24 meses de vigência do contrato, cabendo à operadora o ônus de da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

EMPREGO NA SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA ALTA RECORDE

IESS – 16/11/2018

Boletim do IESS aponta que alta de 3,1% na comparação anual é a maior da série histórica

O número de trabalhadores na cadeia da saúde suplementar (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; operadoras e seguradoras de planos de saúde) registrou alta recorde no “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O levantamento aponta que o total de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 3,1% no período de 12 meses encerrado em setembro de 2018, enquanto o total de empregos formais do conjunto econômico nacional apresentou avanço de 0,9% no mesmo período.

“Em 18 edições da publicação, é a primeira vez que o total de empregos no setor se expande acima de 3% na comparação anual”, comenta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “Desde o lançamento do relatório, em abril de 2017, o setor de saúde suplementar sempre foi um contraponto com o total da economia. Claro que ainda é cedo para comemorar, mas o boletim mostra que pode ser o começo de um avanço do trabalho formal do País”, sugere o especialista. O número representa um aumento de 104.630 vagas formais na saúde suplementar na variação de 12 meses.

O relatório também destaca o fluxo de emprego no setor. Em setembro, a cadeia da saúde suplementar apresentou o saldo positivo de contratações de 11.581 pessoas. A economia como um todo registrou 137.336 novos postos formais de trabalho no mesmo mês.

Na análise por subsetor, o segmento de Prestadores foi o que apresentou maior crescimento, com alta de 3,3% na base comparativa; seguido por Fornecedores e Operadoras, ambos com alta de 2,6%. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de Prestadores de Serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), respondendo por 2,5 milhões de ocupações, ou 71,6% do total do setor. Já o subsetor de Fornecedores emprega 839,3 mil pessoas, 23,9% do total. As Operadoras e Seguradoras empregam 155 mil pessoas, ou seja, 4,4% da cadeia.

Dados por região

Em setembro de 2018, todas as regiões geográficas apresentaram saldo de contratação positivo na cadeia de saúde suplementar. O Sudeste foi a região que apresentou o maior crescimento de empregos, com saldo positivo de 5.922 vagas seguido pelas regiões Nordeste e Centro-Oeste, com 2.999 e 1.398, respectivamente. Já a região Sul apresentou saldo positivo no fluxo de emprego de 889 e a região Norte registrou saldo positivo de 373 postos formais de trabalho.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em setembro de 2018, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 140. O índice do mercado nacional seguiu estável em 110.

TJSP NEGA PEDIDO DE FALÊNCIA FEITO PELA UNIMED PAULISTANA

JOTA – 16/11/2018

Desembargadores entenderam que não cabe pedido quanto a cooperativa. Dívidas do grupo ultrapassam R\$ 3 bilhões

A 1ª Câmara Empresarial do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) manteve decisão de primeiro grau que negou pedido de falência apresentado pela Unimed Paulistana. Isso porque a empresa é, pela lei, uma cooperativa, e não uma sociedade empresarial.

A decisão é fundamentada no artigo 1º da Lei 11.101/15. A norma dispõe que somente sociedades empresariais estão sujeitas à falência. Em fevereiro deste ano, o juiz Paulo Furtado de Oliveira Filho, da 2ª Vara de Falências e Recuperações Judiciais de São Paulo, já havia negado o pedido da cooperativa devido a essa questão processual.

A Unimed Paulistana passa por dificuldades financeiras desde 2014, quando foi estimado um patrimônio líquido negativo de R\$ 169 milhões e um tributário de R\$ 263 milhões.

Em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou que os 740 mil clientes da Unimed fossem transferidos a

outros planos de saúde. Em 2016, a agência decretou sua liquidação extrajudicial.

No pedido de falência, os advogados da operadora informaram que o ativo atual seria suficiente para quitar apenas 6,45% de seu passivo total, que hoje já ultrapassa R\$ 3 bilhões.

“Apesar de não se constituírem em uma sociedade empresária, as sociedades cooperativas também desenvolvem, tal qual as sociedades empresárias, uma atividade econômica organizada destinada a produção ou circulação de bens ou serviços, tanto que, atualmente, é reconhecida como uma empresa de economia social”, afirmaram os advogados da Unimed no recurso apresentado ao TJSP.

Segundo grau

Na segunda instância paulista, o desembargador Azuma Nishi, relator do recurso, entendeu que o juiz do primeiro grau agiu “corretamente” ao negar o pedido da Unimed. Seu voto foi seguido pelos magistrados Fortes Barbosa e Hamid Bdine.

Segundo ele, as cooperativas se caracterizam como um contrato de sociedade pelo qual seus integrantes “se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade de proveito comum, sem intenção de lucro”.

Por causa disso, argumentou Nishi, as cooperativas são necessariamente desenvolvedoras de atividades civis, integrando a categoria de sociedades simples.

“Somente os empresários, portanto, se submetem aos ditames da legislação falimentar, ficando claro que as normas da Lei 11.101/05 não se aplicam a devedores civis, os quais se submetem às regras gerais do concurso de credores ou, quando existir legislação específica, a regras próprias de liquidação extrajudicial”, assinalou o desembargador em seu voto.

Na apelação, a Unimed argumentou que deveria ser equiparada a uma sociedade empresária, alegando que houve um desvirtuamento da finalidade para a qual foi criada.

Esse argumento, de acordo com Azuma Nishi, “beira o absurdo, desmerecendo maiores considerações”.

“A alegação de que deve ser equiparada a uma sociedade empresária de fato, pois houve o desvirtuamento da sua finalidade de cooperativa, constitui indevida tentativa de se beneficiar da própria torpeza”, criticou o magistrado.

Com isso, caso a decisão seja mantida, a situação de insolvência da Unimed só poderia ser resolvida pelas regras do Código Civil.

O advogado José Eduardo Victória, que representou a Unimed no processo, afirmou que não poderia se manifestar sobre o caso por causa do sigilo profissional.

O processo tramita sob o número 1115021-08.2017.8.26.0100.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DISCUTIU NOVA METODOLOGIA DE REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS

ANS – 14/11/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na terça-feira (13/11), no Rio de Janeiro, audiência pública para discutir a proposta de nova metodologia para o cálculo de reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. Estiveram presentes no evento cerca de 150 pessoas, entre representantes de órgãos de defesa do consumidor, das operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços, academia, entidades do setor e órgãos públicos. O tema já havia sido tema de audiência pública em julho deste ano e retornou para nova discussão com a sociedade.

O diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca, abriu o evento destacando que a proposta é resultado de uma demanda da Diretoria Colegiada à área técnica da ANS, no sentido de conferir maior transparência e previsibilidade ao cálculo do reajuste: “Os técnicos da Agência vêm se dedicando a esse tema nos últimos anos e o resultado é essa proposta que está aberta para a contribuição dos senhores”, disse Fonseca.

“Estamos virando uma página na história da regulação de saúde suplementar”, analisou o diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar. O diretor de Gestão, Paulo Rebello, ratificou: “A proposta é um grande passo para a ANS, para beneficiários de planos de saúde e o setor regulado”.

Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, agradeceu a presença das instituições que participaram da audiência e ressaltou que a intenção é que a metodologia seja eficiente e transparente: “queremos dar mais clareza ao cálculo do reajuste e possa ser utilizada, para que toda a sociedade possa fazer o cálculo: “Os dados utilizados para o novo cálculo são públicos e auditados. O que estamos propondo é uma metodologia que seja eficiente para toda a sociedade”, garantiu Scarabel.

Ao todo, nove instituições apresentaram contribuições à proposta, expondo aos presentes suas apresentações (veja aqui) ou manifestando-se apenas oralmente. São elas: Universidade de São Paulo (USP), Abramge, Central Nacional Unimed, Fenasaúde,

Fundação Getúlio Vargas (FGV), Unimed do Brasil, Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e Strategy Consultoria. Todos os presentes tiveram a oportunidade de se manifestar dirigindo perguntas após cada explanação, bem como aos técnicos da ANS, que responderam aos questionamentos do Procon-SP e do Idec, entre outros.

[Veja aqui todos os materiais da audiência pública](#), incluindo a apresentação da ANS com a metodologia proposta.

Interessados ainda podem enviar contribuições online

Até o dia 18/11, os interessados poderão enviar contribuições por meio de um formulário eletrônico disponível no portal da ANS. [Clique aqui e participe.](#)

Todas as sugestões recebidas, tanto na audiência pública quanto enviadas eletronicamente, serão avaliadas e integrarão um relatório que será disponibilizado no site da Agência. Antes da audiência, a [ANS realizou uma série de reuniões com órgãos e entidades de defesa do consumidor](#) e integrantes do setor para apresentar a nova proposta de cálculo do reajuste. A intenção foi detalhar a metodologia, esclarecer aspectos técnicos e dirimir dúvidas relacionadas ao tema.

Entenda a metodologia proposta

A sugestão para um novo Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) se baseia na variação das despesas médicas das operadoras nos planos individuais e na inflação geral da economia, refletindo assim, diretamente, a realidade desse segmento. 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.

O novo modelo 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.

FENASAÚDE PARTICIPA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE NOVA METODOLOGIA DE CÁLCULO DOS PLANOS INDIVIDUAIS

FenaSaúde – 14/11/2018

Federação aponta uma série de questões para o aprimoramento da proposta da ANS

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) participou da audiência pública da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nesta terça-feira (13), para debater a nova proposta de metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais / familiares.

A proposta do órgão regulador tem como base a variação das despesas assistenciais per capita (VDA) do setor e a inflação geral da economia, no caso o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A VDA reflete diretamente as despesas per capita com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre as despesas não assistenciais das operadoras (despesas com administração). Nesse modelo proposto, o índice de reajuste seria composto por uma fórmula única, que reúne as duas variações, com peso de 80% para as despesas assistenciais e 20% para as não assistenciais (os pesos refletem aproximadamente a composição das despesas pagas pelas operadoras – 80% assistencial e 20% com administração). Na fórmula, foi introduzido o fator de ganho de eficiência (FGE), para induzir as operadoras a reduzirem continuamente as despesas com assistência à saúde e, assim, transferir parte da produtividade obtida pelas empresas aos beneficiários, o que incentiva a gestão da saúde.

Para a transparência completa dessa fórmula, na avaliação da FenaSaúde, ainda é necessário que a base de dados utilizada seja bem definida e esteja disponível para que o cálculo possa ser replicado. Além disso, a Federação vê como essencial que essas novas regras sejam fixadas em uma norma resolutive da ANS, o que dissipará quaisquer dúvidas quanto ao método de cálculo. Com

isso, cumpre-se objetivo de tornar todo o processo de cálculo transparente para o entendimento claro por parte dos beneficiários, das operadoras de planos de saúde, das entidades de defesas do consumidor e de órgãos públicos sobre o índice a ser reajustado nos planos individuais/familiares.

Durante a audiência pública, Sandro Leal, superintendente de Regulação da FenaSaúde, apresentou as considerações da Federação em relação à metodologia da agência reguladora. "Ao longo do tempo, os reajustes não foram suficientes para repor todos os custos médico-hospitalares, que continuam crescentes. Hoje, a cadeia produtiva está mais engajada buscando discutir eficiência. A nova metodologia aprimorou algumas lacunas, mas ainda não é suficiente para replicabilidade, precisando de mais clareza sobre o tratamento estatístico da base de dados. Sobre as variáveis do modelo proposto, a Variação da Despesa Assistencial (VDA) aumenta a transparência e permite mais previsibilidade. Já o Fator Ganho de Eficiência (FGE) ainda que com definição matemática, não sabemos que número resultará do cálculo. É preciso compreender melhor os resultados gerados pelo FGE. Também é importante corrigir distorções do passado. A mudança é necessária, mas a revisão técnica é fundamental", afirmou.

A FenaSaúde reconhece os avanços da ANS no debate e na elaboração de uma nova metodologia, como também a busca pelo aprimoramento do processo de transparência do cálculo. Contudo, a Federação alerta para a necessidade de uma mudança gradual, que envolva maior tempo de maturação e entendimento sobre os efeitos esperados e desejados no mercado de planos de saúde. Visto que não há referências internacionais que respaldem a metodologia proposta.

O entendimento da Federação é que a questão da transparência avançou bastante, mas são necessários estudos com mais evidências. "Defendemos que tenham mais estudos que apontem para onde essa metodologia vai nos levar. Como é um assunto muito sensível, que altera a vida das pessoas em relação às operadoras, essa mudança tem que ser feita de forma bastante consistente. Para isso, precisamos passar por algumas etapas. Ainda falta esclarecer alguns pontos, dar transparência em outras questões do cálculo, para podermos ter a segurança de que vamos fazer uma mudança confiável", ponderou Leal.

ATUAL MODELO HOSPITALAR ENCARECE PLANOS DE SAÚDE E NÃO INIBE ERRO MÉDICO

Agência Senado – 14/11/2018

Se os planos de saúde e os hospitais privados chegassem a um acordo e mudassem a fórmula que há décadas os primeiros usam para pagar os segundos por cirurgias e internações, o Brasil assistiria a dois grandes avanços: a redução do número de mortes nos hospitais e o barateamento das mensalidades dos planos de saúde.

A conclusão é de [um estudo sobre a segurança nos atendimentos hospitalares](#) feito neste ano pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (Iess).

A atual fórmula de pagamento é conhecida como conta aberta. Por meio dela, quando um cliente de plano de saúde passa por uma cirurgia ou internação, a operadora remunera o hospital por todos os custos envolvidos, como honorários médicos, exames, medicamentos e diárias.

A conta aberta se torna um problema quando a equipe de saúde comete algum erro grave no tratamento e, por causa disso, o

paciente tem que passar por uma segunda cirurgia (para corrigir a primeira) ou a internação se prolonga além do previsto. Nesse tipo de situação, todos os gastos extras entram na conta, e o hospital também é remunerado por eles.

Tal modelo de pagamento não incentiva os hospitais a serem mais cuidadosos com os pacientes, o que abre espaço para a ocorrência de erros no tratamento. A médica e professora Tania Grillo, uma das autoras da pesquisa, afirma:

— É claro que o hospital não erra deliberadamente para receber mais. O que ocorre é que o sistema remuneratório não o incentiva a modificar seus processos e fluxos para atingir a excelência na segurança assistencial. Não é raro encontrar hospital com equipes subdimensionadas e profissionais sobrecarregados, o que cria o ambiente propício para o erro.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 95% dos procedimentos de saúde pagos pelos convênios médicos se enquadram na fórmula da conta aberta.

Apenas no ano passado, de acordo com o estudo da UFMG e do Iess, 55 mil brasileiros morreram em decorrência de falhas nos hospitais (privados e públicos), como infecções evitáveis e efeitos adversos pela administração de medicamentos errados. Houve, em média, uma morte a cada dez minutos. É como se, ao cabo de dez anos, morresse a população inteira de uma cidade do porte de Juiz de Fora (MG) ou Londrina (PR).

Nem todas as vítimas de falhas hospitalares morrem. As que sobrevivem podem ficar com sequelas físicas e emocionais.

A fórmula de remuneração não responde sozinha pelas mortes evitáveis ocorridas nos hospitais privados do Brasil. Segundo o estudo, ajudam a compor esse cenário a insuficiência das fiscalizações sanitárias do poder público, a falta de auditorias externas (apenas 5% dos hospitais se submetem a avaliações independentes) e a má formação dos médicos (o país tem muitas faculdades de medicina, mas poucas vagas para residência médica).

Outro problema é a resistência dos hospitais a tornar públicas as suas estatísticas de mortalidade. A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) deve votar nos próximos dias um projeto de lei que toca justamente nessa questão. Elaborado pela senadora Lúcia Vânia (PSB-GO), o PLS 332/2013 obriga todas as unidades de terapia intensiva (UTIs) do país a divulgar seus números na internet de tempos em tempos.

— Quando tomar conhecimento do desempenho dos diversos serviços de terapia intensiva do país, a população poderá fazer comparações e escolher aqueles que mostrarem os melhores resultados. As unidades que forem deficitárias serão naturalmente forçadas a cuidar da qualidade — argumenta a senadora.

Os usuários dos planos de saúde sentem no bolso os efeitos da conta aberta. Como a correção das falhas hospitalares também exige dinheiro, os planos gastam mais do que deveriam. Esses custos adicionais, claro, são repassados aos clientes dos planos, que acabam arcando com mensalidades mais caras. De acordo com a ANS, 47 milhões de brasileiros (22,5% da população) têm plano de saúde.

Enquanto a inflação geral do Brasil no ano passado ficou em 3% (de acordo com o IPCA), as mensalidades dos planos de saúde individuais foram reajustadas em 13,5% (índice máximo autorizado pela ANS) e as dos planos coletivos subiram em média 15%.

— O atual sistema estimula não a segurança do paciente, mas sim o desperdício de recursos financeiros e a inflação da saúde — afirma o economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais.

A questão preocupa o Senado. O senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB) é autor de um projeto de lei que obriga a ANS, responsável por controlar os aumentos apenas dos planos individuais, a limitar também o reajuste dos planos coletivos, para evitar abusos (PLS 100/2015).

A CAS organizou uma audiência pública para tratar desse projeto e os efeitos colaterais da conta aberta apareceram no debate. O

presidente da Abramge, Reinaldo Camargo Scheibe, mostrou um aparente paradoxo: enquanto o número de brasileiros com plano de saúde diminuiu, a quantidade de procedimentos custeados pelas operadoras aumentou.

— No último ano, o número de beneficiários caiu de 50 milhões para 47 milhões, o que dá 6% a menos. Mesmo assim, a quantidade de internações subiu 3%; de exames, 12%; e de terapias, 24%. Estamos caminhando em direção ao suicídio. Se não mudarmos a forma de pagamento, o sistema de saúde vai quebrar.

As operadoras de planos de saúde já testam novos modelos. A Amil começou a implantar no ano passado uma fórmula que privilegia os hospitais que cometem menos falhas no atendimento. O hospital que adere ao novo modelo passa a receber da operadora um valor fixo por ano. Quanto menos erros cometer, mais dinheiro terá em caixa.

— O grande beneficiado será o cliente, que não passará por exames e procedimentos desnecessários nem sofrerá complicações evitáveis — explica o diretor-executivo da Amil, Daniel Coudry.

No ano que vem, a Amil testará um modelo mais sofisticado, com a remuneração baseada no sucesso de cada tratamento. Suponha-se que uma cirurgia ortopédica custe R\$ 100 mil. Inicialmente, o hospital receberá da operadora R\$ 70 mil. Caso o paciente sofra uma recaída por causa de falha no atendimento e precise ser internado de novo ou passar por sessões extras de fisioterapia, a operadora não pagará nada mais ao hospital. Caso ele se recupere da melhor forma possível, o hospital receberá os R\$ 30 mil restantes, além de um bônus de R\$ 20 mil pelo bom desempenho.

— O que importará será o desfecho. Para que não haja conflitos entre a operadora e o hospital, o paciente será avaliado no pós-operatório por uma terceira parte, que será isenta e fará sua análise por meio de uma tabela com indicadores objetivos — explica Coudry.

Em 2016, a ANS criou um grupo de trabalho incumbido de estudar modelos alternativos à conta aberta. Assim que as discussões se encerrarem, as fórmulas serão testadas em projetos-piloto de adesão voluntária. A agência reguladora diz que o objetivo é incentivar — e não impor — a adoção de “modelos inovadores que favoreçam a qualidade e a sustentabilidade”.

A Agência Senado procurou a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) na semana passada para comentar as críticas ao atual modelo de remuneração, mas não obteve resposta até a publicação desta reportagem.

APENAS 20% DOS TRABALHADORES USAM O PLANO DE SAÚDE DE FORMA CORRETA

O Estado de S. Paulo – 14/11/2018

O plano de saúde é um dos benefícios mais valorizados pelos trabalhadores, mas, no geral, ele não é bem utilizado quando adquirido, segundo levantamento realizado pela gestora de risco

JLT Brasil. A pesquisa aponta que 24% dos funcionários com plano de saúde, em uma carteira de 750 mil vidas analisadas, não utilizam o plano, sendo que precisariam ter acompanhamento médico regular.

Já 20% usam o benefício de maneira aleatória e 34% utilizam o serviço, mas não fazem alguns exames preventivos importantes, como mamografia. Do total, apenas 20% dos empregados usam o plano de saúde de forma considerada correta.

PROCESSOS CONTRA PLANOS DE SAÚDE AUMENTAM 431% EM 5 ANOS NO BRASIL

UOL – 13/11/2018

Reajustes abusivos e cobertura a tratamento negado engrossam os processos de pacientes contra planos de saúde em todo o Brasil. Levantamento a que UOL teve acesso indica que o número de ações desse tipo passou de 10.585 em 2013 para 56.218 no ano passado, um aumento de 431%.

Entre 2013 e agosto de 2018, 230.921 processos contra operadoras e seguradoras de saúde foram ajuizados no país. Cerca de 99% tramitam nas Justiças Estaduais (229.511), enquanto 1% (1.410) é julgado em instância Federal. "Na Justiça Federal são em menor número, porque processam os planos fornecidos por órgãos vinculados ao Poder Executivo, à Justiça Militar e planos de autogestão", explica o advogado especializado Leonardo Sobral Navarro.

São planos de saúde oferecidos pelo Correios, Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Fuses (Fundo de Saúde do Exército), por exemplo.

O estudo da Kurier Tecnologia, empresa especializada em extração, análise e distribuição de informações para o mercado jurídico, indica que as ações contra as operadoras chegaram a 41.232 em 2014. A partir de então, esse volume só aumentou: 45.923 (2015), 53.235 (2016) e 56.218 (2017). Entre janeiro e agosto de 2018, já são 23.728 processos contra operadoras e seguradoras.

São Paulo é o líder do ranking, com 96.185 processos protocolados nos últimos cinco anos, o equivalente a 42% do total. Bahia (49.336), Rio de Janeiro (26.234), Pernambuco (18.280), Distrito Federal (8.293), Santa Catarina (5.745), Minas Gerais (5.453), Espírito Santo (2.661), Maranhão (2.360) e Paraíba (2.274) completam o top 10.

O advogado acredita que a Bahia deixou para trás outras regiões mais populosas, como o Rio de Janeiro, porque muitos usuários de planos no estado trabalham com atividades que exigem esforço físico. "São trabalhadores contratados para limpeza, segurança e construção civil, o que gera uma utilização altíssima dos planos empresariais e, logo, uma grande demanda para o judiciário."

Razões para o aumento

O salto na quantidade de processos foi maior de 2013 para 2014: 289%. "Era o início da crise econômica. Com a perda de segurados,

as operadoras aplicaram reajustes mais pesados e passaram a recusar procedimentos para recuperar receita", explica o advogado.

Outro motivo é o próprio avanço da medicina. "Os médicos indicam a seus pacientes o tratamento que eles entendem ser o melhor naquele momento. O que acontece é que muitos desses procedimentos ainda não foram autorizados pela ANS (Agência Nacional da Saúde), que atualiza a cada dois anos o rol de serviços que os planos são obrigados a oferecer a seus clientes", diz Navarro.

Quando não negam a prestação do serviço, algumas empresas de saúde se calam. "Muitos planos deixam o consumidor esperando esclarecimentos de forma indeterminada. O paciente aguarda a liberação com dor. Há um pouco de má gestão no cumprimento dos prazos determinados pela ANS para aprovar ou não a realização de procedimentos, tratamentos e exames."

Para a presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Solange Beatriz Palheiro Mendes, o alto volume de processos nos últimos anos reflete o alto custo dos planos e a decisões médicas precipitadas.

"O profissional de saúde pede urgência para uma cirurgia de coluna em uma pessoa jovem, por exemplo. Nem sempre é urgente, é eletiva. Não é caso de vida e morte. Outros médicos prescrevem remédios ainda não autorizados pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)", diz. "As decisões judiciais para esses pedidos estão pendendo mais ao interesse individual, não estão amparados nos contratos, fomentando a busca pelo judiciário."

Mensalidades

Solange e Navarro concordam que o aumento na mensalidade também provoca uma corrida à Justiça. De acordo com a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão), o preço das consultas saltou 37% entre 2013 e 2018 no Brasil. No mesmo período, os exames, internações e a rede de cobertura ficaram 49%, 73% e 88% mais caros, respectivamente. Percentuais repassados para a mensalidade, apesar da crise.

O advogado cita o caso de uma cliente que viu seu boleto passar de R\$ 656, em 2013, para R\$ 1.890 em 2015, quando ela completou 59 anos. Hoje, seu plano custa R\$ 3.090. "Como o Estatuto do Idoso impede aumento por faixa-etária a partir dessa idade, as operadoras aplicam um percentual altíssimo de reajuste a cada aniversário do plano", explica o advogado.

Para a presidente da FenaSaúde, "os reajustes estão realmente muito elevados porque os custos estão descontrolados". "Defendemos o controle de custos, mudando, por exemplo, o modelo de remuneração [aos médicos e unidades de saúde], que hoje recebem pela quantidade de procedimentos realizados e não pelo resultado de seus tratamentos."

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