NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

20 de maio de 2020

ÍNDICE INTERATIVO

Coronavírus: ANS realiza reunião sobre atenção primária à saúde no contexto da pandemia - Fonte: ANS

Últimos dias: congelamento da margem de solvência - Fonte: ANS

Internações caem 27%, e alertam para “fuga” perigosa de pacientes - Fonte: UOL

ANS monitora impactos da Covid-19 no setor de planos de saúde - Fonte: ANS

Coronavírus pode reduzir receita de hospitais privados em 30% - Fonte: Veja

Pandemia consolida telemedicina como nova opção aos pacientes - Fonte: Saúde Business

ANS reúne contribuições para compor painel de indicadores sobre faturamento e glosa de procedimentos - Fonte: ANS

Rede privada teme requisição sem controle e judicialização de UTIs - Fonte: Folha de São Paulo

Suspensão de comercialização de planos de saúde depende de autorização da ANS - Fonte: ANS

CORONAVÍRUS: ANS REALIZA REUNIÃO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

ANS – 19/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 21/05, às 13h30, a reunião virtual "Atenção Primária à Saúde (APS) em tempos de Covid-19". O objetivo do encontro é apresentar um panorama geral sobre o novo papel da atenção primária no contexto da pandemia.

Na reunião, será apresentada a experiência da Cambridge Health Alliance (CHA) nos Estados Unidos e abordados temas como o "novo normal" em Atenção Primária à Saúde e o papel das operadoras de planos de saúde nesse contexto. **Clique aqui para acessar a programação completa do evento**.

A participação é gratuita, aberta a todos os interessados, e poderá ser acompanhada por meio do **seguinte link**. A ação é uma iniciativa da ANS em parceria com o Institute for Health Care Improvement (IHI), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que compõem a equipe responsável pelo Projeto Cuidado Integral à Saúde - Projetos-Piloto em APS, e faz parte de uma série de ações que a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da Agência vem realizando no contexto da pandemia.

Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

A ANS possui diversas ações de indução de melhoria da qualidade em saúde, dentre elas, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, que tem como primeiro módulo o Programa de Certificação em APS. Instituída pela Resolução Normativa nº 440/2018, é uma iniciativa de adesão voluntária e tem o objetivo de incentivar a adoção da atenção primária na saúde suplementar brasileira.

O Programa tem como base os principais pilares nacionais e internacionais de estruturação dos cuidados primários à saúde, tais como:

- APS como porta de entrada do sistema – primeiro contato e acolhimento;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Alta coordenação do cuidado;
- Integralidade do cuidado;
- Heterogeneidade das demandas;
- Centralidade no paciente e sua família; e
- Orientação ao paciente e à comunidade.

Saiba mais clicando aqui.

ÚLTIMOS DIAS: CONGELAMENTO DA MARGEM DE SOLVÊNCIA

ANS – 19/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reforça às operadoras que se encontram em fase de constituição escalonada da margem de solvência e desejam congelar essa obrigação de capital em até 75% que o prazo para manifestar a opção pela adoção antecipada do capital baseado em riscos (CBR) com efeitos retroativos é até 30/05/2020.

De acordo com a deliberação da Diretoria Colegiada na 6ª reunião extraordinária, realizada em 31/03/2020, para a operadora que encaminhar a manifestação até 30/05/2020, em termos práticos, a utilização antecipada do capital baseado em risco e o congelamento do percentual de exigência da margem de solvência passam a valer para o cálculo da exigência de capital regulatório a partir de 31/03/2020 (último mês do 1º trimestre de 2020). Para isso, a operadora deve assinar o **Anexo IV da Resolução Normativa nº 451/2020**, sem qualquer alteração de conteúdo, exceto o preenchimento das informações indicadas.

A operadora que optar pela adoção antecipada da **nova regra de capital baseado em riscos** compromete-se a encaminhar as informações adicionais necessárias ao cálculo da exigência pela nova regra. Uma das consequências é o congelamento do percentual de exigência a margem de solvência até o final de 2022. Neste caso, a exigência de capital regulatório será o maior valor entre o capital-base, 75% da margem de solvência e o capital baseado em risco (que neste momento limita-se ao risco de subscrição), nos termos da RN nº 451.

A partir de 2023, a Margem de Solvência será extinta e o capital regulatório será determinado entre o maior valor entre o montante de capital baseado em risco e o capital-base.

O Anexo IV da RN nº 451/2020 assinado pelo representante cadastrado junto à ANS deve ser enviado para a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) via Programa de Transmissão de Arquivos (PTA) e deve manter, na íntegra, o teor dos compromissos constantes no Anexo IV da RN 451/20. No caso de assinatura por outro representante legal

ou procurador, o Anexo IV da RN nº 451/2020 deve ser encaminhado junto com cópia dos documentos comprobatórios do poder de representação (ato constitutivo, documento que comprove a eleição ou nomeação e a respectiva procuração, conforme o caso).

Para acessar o Termo do Anexo IV da RN nº 451/2020 em versão Word, **clique aqui**.

Para obter mais informações sobre a RN nº 451, **clique aqui**.

INTERNAÇÕES CAEM 27%, E ALERTAM PARA "FUGA" PERIGOSA DE PACIENTES

UOL – 19/05/2020

Hospitais privados do país registraram uma queda média de 27% no número total de internações no segundo bimestre (março e abril) de 2020, em comparação ao mesmo período de 2019. Isso é um reflexo da pandemia da **covid-19**, que afugentou pacientes em risco de morte de emergências e atendimentos.

Os dados são de um levantamento da Ahahp (Associação Nacional de Hospitais Privados), que publica hoje o seu Observatório 2020 (um anuário que reúne indicadores de 119 instituições privadas em todo o Brasil), com um balanço dos atendimentos de 2019. Entretanto, por conta da pandemia do novo **coronavírus**, a entidade fez um levantamento prévio dos números do primeiro quadrimestre e os repassou com exclusividade ao **UOL**.

"O ano de 2020 acabou em fevereiro; em março começou um outro ano", resume Ary Ribeiro, editor do Observatório e CEO do Sabará Hospital Infantil, em São Paulo. "Especialmente a partir da segunda quinzena de março, estamos vivendo uma dinâmica totalmente diferente", completa.

Se levarmos em conta os quatro primeiros meses deste ano, a queda de internações chega a 18%. Ocorreu alta somente no número de internações por doenças infecciosas (onde está inclusa a covid-19): um aumento de 28% em relação a 2019. "Esse dado é uma amostragem de hospitais que nos responderam, mas esse é o quadro em quase todo local", explica Ribeiro.

A preocupação dos hospitais está na redução da busca por tratamento para problemas de saúde que não podem esperar e não apresentaram redução de casos mesmo com a quarentena. Nesse grupo, estão doenças crônicas e problemas agudos que necessitam de pronto atendimento.

Emergências esvaziadas

A busca pelos atendimentos de emergência registrou queda de 40% no primeiro quadrimestre, em comparação a 2019.

"Essa redução foi muito acentuada, o que em parte é adequado, pois estamos lidando com uma situação de percepção de risco e medo. Mas é importante chamar a atenção para o fato de ser inadequado, se você levar em conta as condições em que a população não pode deixar de ir a um pronto-socorro", explica Ribeiro.

Segundo os dados da Ahahp, chama a atenção a queda nos atendimentos por câncer, que tiveram 23% menos internações nesse primeiro quadrimestre. Já no caso de problemas do aparelho circulatório (como **infarto**), as internações caíram 21%.

"Não é razoável que a necessidade desses atendimentos tenha caído assim. Existem várias publicações e estudos atestando a redução da ida das pessoas ao pronto-socorro. É preciso passar essa informação para as pessoas que precisam de cuidados continuados buscarem os hospitais, que se preparam para ter fluxos diferenciados. São dois hospitais dentro de um só, esperando esse fluxo com toda segurança", comenta o CEO do Sabará Hospital Infantil, ressaltando o trabalho dos hospitais ao separar pacientes com covid-19 dos demais.

Uma das maiores preocupações é em relação às consequências geradas no caso de exames para detectar neoplasias. "Está havendo adiamento de diagnóstico de cânceres, o que significa que pessoas não serão tratadas no tempo correto. E em câncer isso é fundamental para o prognóstico. Isso é uma preocupação sanitária, e o sistema de saúde suplementar na maioria dos estados tem condições de atender adequadamente", alerta.

Análise regionalizada dos hospitais

Ribeiro faz uma ressalva: é necessário fazer análises regionalizadas da situação dos hospitais, já que há locais em que toda rede de saúde está sobrecarregada em decorrência da pandemia de covid-19.

"É preciso ter muito equilíbrio na utilização dos recursos. Na análise para o serviço suplementar, percebemos que a situação já está estabilizada em muitos locais. Não há evidência, pelas últimas semanas, de que uma crescente demanda vá colocar o sistema complementar em risco. Isso faz com que o sistema tenha capacidade de absorver os serviços que não podem ser postergados", diz o editor da pesquisa Observatório 2020.

Por fim, ele pondera que esse estudo não tem como objetivo estimular a ida de pessoas aos hospitais. "É para esclarecer que quem tem problemas tem de ir. Essa queda de demanda não é benéfica ao sistema de saúde. A onda de demanda para covid-19 trouxe uma outra, de represamento de condições de atendimento de doenças crônicas que podem agudizar, sem contar os procedimentos eletivos que também causam sofrimento às pessoas. Isso precisa ser discutido com toda seriedade", finaliza Ribeiro.

ANS MONITORA IMPACTOS DA COVID-19 NO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS - 19/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está lançando um boletim informativo com o monitoramento específico que vem realizando junto ao setor de planos de saúde durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19). O material, elaborado pelas equipes técnicas das diretorias de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) e das Operadoras (DIOPE), contempla informações assistenciais e econômico-financeiras de uma amostra de operadoras médico-hospitalares que responderam a Requisições de Informações feitas pela ANS, mostrando os impactos da Covid-19 na saúde suplementar. São analisados dados sobre ocupação de leitos, custos de internação, fluxo de caixa das operadoras e inadimplência no setor. O objetivo do Boletim Covid-19 é subsidiar a análise qualificada da Agência Reguladora sobre o tema, contribuindo para a tomada de decisões no enfrentamento da pandemia, bem como apresentar à sociedade informações importantes para a compreensão do cenário no mercado de planos de saúde.

A maior parte das informações apresentadas resulta de dados enviados pelas operadoras de planos de saúde em atendimento a Requisições de Informações feitas pela ANS e de dados extraídos do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), por meio do qual as operadoras encaminham, trimestralmente, suas informações econômico-financeiras. Também foram usados outros dados de envio obrigatório aos sistemas de informação da Reguladora. A solicitação foi encaminhada a 109 operadoras que atendem 80% do total de beneficiários do setor. É importante observar que os dados assistenciais e econômico-financeiros analisados consideram diferentes números de operadoras respondentes, em razão da natureza das informações solicitadas.

Ocupação de leitos

Para monitorar o impacto da pandemia no atendimento assistencial prestado pelos planos de saúde, foram coletadas informações de 45 operadoras que dispõem de rede própria e que fazem parte da amostra selecionada (mencionada acima). O objetivo foi verificar as principais tendências em relação à utilização de serviços de saúde hospitalares, que representaram 32,69% das despesas assistenciais no ano de 2019, frente ao atual contexto da pandemia, e avaliar as implicações diretas no setor de saúde suplementar.

O boletim traz gráficos que mostram a evolução da taxa de ocupação de leitos nos meses de fevereiro, março e abril de 2019 e 2020, comparando-os quanto à evolução da taxa de ocupação de leitos referentes à Covid-19 com demais procedimentos. Há, ainda, informações que mostram o impacto dos custos com internação, verificado pela comparação entre custos médios de internações por Covid-19 e outras internações (clínicas e cirúrgicas), e a evolução do número de internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) nesse período.

Pelos números compilados é possível verificar que a taxa média da ocupação de leitos nos três meses de 2020 apresentou queda em relação ao mesmo período do ano passado. Já a taxa mensal de ocupação de leitos relativos à Covid-19 em relação a outros procedimentos passou de 9% em fevereiro para 47% em abril. Também houve aumento do número de internações de SARS em relação aos números do ano passado, com curva ascendente também nos meses analisados deste ano.

Fluxo de caixa e inadimplência

Nos dados econômico-financeiros, foram consideradas informações de 99 operadoras para o estudo de fluxo de caixa e de 102 operadoras para o estudo de inadimplência (as demais operadoras não submeteram informações no prazo de elaboração desse boletim). Os gráficos trazem informações que mostram movimento de entrada (recebimentos) e saída (pagamentos) de recursos em um dado período - que representa o capital de giro e a liquidez mais imediata das operadoras analisadas; a evolução dos pagamentos efetuados pelas operadoras pela utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários (índice de sinistralidade do caixa), antes e após o início da pandemia da Covid-19; e análise da inadimplência, verificada pelo não pagamento de obrigações no prazo estabelecido, observando-se os pagamentos recebidos e os saldos vencidos ou a vencer.

Os dados de 2020, que refletem a pandemia, mostram baixa variação do índice de sinistralidade de caixa e aquém do que observado no último trimestre de 2019. Quando comparados com dados de 2019, percebe-se uma tendência de variação sazonal dos índices do setor. Além disso, a pouca variação também pode ser explicada pela característica do ciclo financeiro do setor, no qual os planos efetuam o pagamento de prestadores semanas após o atendimento médico. Ou seja, as contas pagas até abril podem corresponder a procedimentos relativos aos meses de janeiro, fevereiro e março deste ano, e ainda podem não ter sido impactadas pela Covid-19. Cabe ressaltar, também, que o possível efeito da queda do número de atendimentos verificados nos dados assistenciais poderá se refletir nos valores de caixa nos próximos meses, caso o cenário seja mantido.

Os dados relativos à inadimplência, por sua vez, também mostram que não houve variação significativa em 2020 no comparativo com 2019, e o índice tem se mantido em 13% nos meses de fevereiro, março e abril de 2020.

O Boletim Covid-19 ficará disponível na **página específica** sobre Coronavírus no site da ANS. **Clique aqui para acessar.**

CORONAVÍRUS PODE REDUZIR RECEITA DE HOSPITAIS PRIVADOS EM 30%

Veja – 18/05/2020

Associação de hospitais prevê receita bruta de R$ 30,6 bilhões em 2020 caso procedimentos eletivos voltem em junho

Pode soar como um contrassenso, mas a sobrecarga nos leitos de UTI com casos de coronavírus não significa necessariamente que as contas dos hospitais vão bem. A recomendação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para que os hospitais priorizem o atendimento de pacientes com covid-19, e assim reduzam os procedimento eletivos, é um dos principais fatores para explicar uma redução prevista de R$ 13,1 bilhões na receita deste ano.

O diagnóstico foi elaborado pela Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados) em parceria com a consultoria Compass. Ele aponta que a receita dos associados pode ter uma redução de 30% neste ano, passando de um cenário esperado de R$ 43,7 bilhões antes da pandemia para R$ 30,6 bilhões nas condições atuais – isto é, considerando a retomada dos procedimentos eletivos até junho. Os procedimentos eletivos representam cerca de 45% da receita e da ocupação dos hospitais, lembra a Anahp.

Apenas nos quatro primeiros meses deste ano, a redução da receita hospitalar atrelada ao aumento das despesas variáveis e manutenção das despesas fixas gerou um resultado financeiro 25,67% menor, quando comparado ao mesmo período do ano anterior. Aliado ao cenário de queda da receita, o setor está diante de um aumento significativo nos preços de insumos, como equipamentos de proteção individual (EPIs), que ultrapassou 500% de alta, e no aumento expressivo do consumo desses EPIs, em mais de 200%.

Ao longo dos últimos anos, os hospitais têm registrado aumento da receita bruta, o que impacta significativamente em geração de emprego, investimentos em novas tecnologias, pesquisas e tratamentos. Em 2019, os hospitais associados da entidade atingiram a casa de R$ 40,1 bilhões, um crescimento de 3,88% comparado ao ano anterior. O valor representa 24,2% do total das receitas hospitalares do sistema suplementar. Os números fazem parte do Observatório 2020, um anuário que reúne indicadores de 119 instituições privadas em todo o Brasil e que será apresentado amanhã.

PANDEMIA CONSOLIDA TELEMEDICINA COMO NOVA OPÇÃO AOS PACIENTES

Saúde Business – 15/05/2020

A telemedicina se consolidou na crise e será a tendência na saúde no mundo pós-pandemia. O instrumento funcionará como importante alavanca para ampliação do acesso da população a diagnósticos e à assistência e também permitirá maior eficiência nos tratamentos.

“Nesse período de isolamento, a telemedicina tornou-se uma solução viável, amigável, como ferramenta de ajuda e suporte para manter as pessoas em tratamento e acompanhamento. Reduziu idas desnecessárias aos prontos-socorros e orientou os pacientes, inclusive aqueles com suspeita de covid-19”, afirmou o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima.

Ele participou do webinar “Produtos de Seguros Pós-Covid-19: Adaptação ou Revolução?”, promovido nesta manhã (13/5) pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg).

A telemedicina tem se espalhado rapidamente em várias de suas modalidades, seja teleconsulta, telemonitoramento, teleinterconsulta (entre dois profissionais de saúde), teletriagem e telediagnóstico, entre outros. “Por pressão da sociedade, em razão da pandemia, finalmente a telemedicina, em formato de teleconsulta, acabou sendo regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, mesmo que por prazo determinado”.

As operadoras evoluíram anos nestes últimos meses na implantação de soluções tecnológicas para viabilizar a telemedicina nos seus mais variados formatos, avalia Amoroso Lima, que também é vice-presidente do grupo NotreDame Intermédica. “Certamente haverá um processo de ajuste, com erros e acertos, dos pontos de vista regulatório, da ética médica. Mas acho que a telemedicina veio para se consolidar”.

Além da telemedicina, o presidente da FenaSaúde apontou o home office como tendência que ganha força na atualidade. “Terá impacto significativo na organização das empresas, na forma como nos relacionamos e trabalhamos”. Outra mudança decorrente da pandemia são as soluções digitais de interação entre beneficiários, operadoras e suas respectivas redes de atendimento: “Está claro o salto que o sistema privado está dando neste momento em seu processo de digitalização”.

Junto com o presidente da FenaSaúde, também participaram do webinar o presidente da CNseg e diretor-presidente da

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta (Fenaseg), Marcio Coriolano; o presidente da Federação Nacional de Seguros Gerais (FenSeg) e CEO da Chubb Seguros Brasil, Antonio Trindade; o presidente da Federação Nacional de Previdência Privada e Vida (FenaPrevi) e presidente da Bradesco Vida e Previdência e da Bradesco Capitalização, Jorge Nasser; e o presidente da Federação Nacional de Capitalização (FenaCap) e diretor comercial da Brasilcap Capitalização, Marcelo Farinha.

Em sua participação no webinar, Amoroso Lima também chamou atenção para "mitos e desinformações" que têm prejudicado a compreensão de aspectos envolvendo a saúde suplementar, a começar pela proposta de gestão de leitos privados pelo SUS. "Somos fortemente contra essa medida, porque ela vai desorganizar o sistema privado, que, apesar de todos os desafios, está funcionando bem". Segundo Amoroso Lima, faltam ao país sistemas de tecnologia, processos, critérios, parâmetros de remuneração e sistemas de monitoramento de leitos para implantar a iniciativa de maneira adequada e eficaz.

Outro risco surgido na pandemia são projetos legislativos que, em geral, buscam manter as coberturas em caso de não pagamentos pelos contratantes. São, avalia ele, iniciativas que, no fim das contas, mais prejudicariam do que protegem a sociedade. "Se há um setor que temos de manter a capacidade operacional é o de saúde. De 85% a 90% das receitas das operadoras são repassadas à cadeia produtiva, em especial hospitais. Redução de receitas leva a um efeito dominó para toda a cadeia produtiva da saúde".

Esta foi uma das razões pelas quais as associadas à FenaSaúde não aderiram ao termo de compromisso proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para liberar o acesso às reservas e provisões técnicas mantidas pelas operadoras: "As operadoras, seguindo normas de governança e de responsabilidade, julgaram que o risco de inadimplência poderia gerar um impacto negativo muito maior do que o próprio benefício da utilização parcial das reservas". Assista a íntegra do webinar aqui.

ANS REÚNE CONTRIBUIÇÕES PARA COMPOR PAINEL DE INDICADORES SOBRE FATURAMENTO E GLOSA DE PROCEDIMENTOS

ANS - 14/05/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza, a partir desta quinta-feira (14/05), pesquisa para reunir contribuições de representantes de operadoras e de prestadores de serviços de saúde que atuam no setor suplementar a respeito dos indicadores que vão compor um painel de dados relacionados à autorização, ao faturamento e à glosa dos procedimentos.

O **formulário** ficará disponível para acesso até o dia 29 de maio e abre espaço para sugestões nos cinco indicadores que deverão fazer parte do painel: tempo médio de pagamento, percentual de glosa inicial, percentual de glosa final, percentual do número de guias sem retorno após 30 dias da cobrança e percentual de valor de guias sem retorno após 30 dias da cobrança. **Clique aqui para conhecer os indicadores**.

A inadimplência contratual foi um dos problemas regulatórios mais discutidos nas reuniões da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), realizadas entre 2018 e 2019. De um lado, os prestadores de serviço alegam que as operadoras de planos de saúde, sem qualquer justificativa, glosariam o faturamento de procedimentos autorizados, muitas vezes de forma linear. Do outro lado, as operadoras de planos de saúde justificam que as glosas acontecem nos casos de procedimentos não contratualizados ou em duplicidade ou de envio inadequado de informação / documentação.

De acordo com o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, as sugestões serão primordiais para a clareza de informações setoriais. "A criação do painel visa dar maior transparência sobre o comportamento do setor em relação ao faturamento de procedimentos e aplicação de glosas, além de permitir mais estudos e efetividade regulatória quanto à temática", afirmou.

Para mais informações sobre os indicadores para o Painel de Glosas, confira a **Nota Técnica nº 18/2020/GASNT/DIRAD-DIDES**.

REDE PRIVADA TEME REQUISIÇÃO SEM CONTROLE E JUDICIALIZAÇÃO DE UTIS

Folha de São Paulo - 13/05/2020

Gestores hospitalares afirmam que poucos governos estaduais e municipais organizaram demanda, que cresce

A falta de coordenação de estados e municípios em buscar UTIs privadas para pacientes com coronavírus está levando hospitais particulares a procurar alternativas para se proteger

contra a requisição desordenada de seus leitos e de judicialização na área, considerada inevitável.

A curva de infecções da Covid-19 projeta que cerca de 20 estados podem ficar sem leitos de UTI no SUS antes do fim de maio, o que ampliará a pressão pelo uso de leitos privados —que, em condições normais, seriam usados por clientes dos planos de saúde.

Na terça (12) em videoconferência no Rio, representantes de hospitais privados questionaram o juiz Vitor Moreira Lima, do Tribunal de Justiça do Rio e especializado em direto médico, sobre se deveriam tentar obter um mandado de segurança contra requisições que não atendessem determinados critérios. A reposta do juiz foi positiva.

Segundo Moreira Lima, os hospitais devem se amparar em resolução divulgada na sexta (8) pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que lista parâmetros a serem seguidos para a requisição dos leitos.

Entre eles, que se esgotem todas as possibilidade de uso de leitos na rede pública, mesmo dos que estejam desativados e possam ser recuperados.

O juiz previu ainda que poderá haver judicialização provocada por clientes dos planos de saúde que se sentirem lesados pelo fato de o SUS usar leitos que poderiam atendê-los. Segundo ele, a "incompetência do estado" acabaria prejudicando quem paga um plano de saúde.

A resolução do CNJ, assinada pelo ministro Dias Toffoli, também presidente do STF (Supremo Tribunal Federal), estabelece ainda outros critérios, para a requisição de leitos privados, como estudos detalhados e a formação de gabinetes de crise.

Diz ainda que "se a capacidade de leitos à disposição do SUS estiver esgotada, e a rede assistencial privada não se interessar por contrato público com o gestor do SUS, os leitos deverão ser requisitados".

Há semanas representantes dos hospitais particulares vêm manifestando grande preocupação com o fato de não estarem sendo procurados pelos governos federal, estaduais ou municipais para planejarem a cessão de leitos.

O temor é que a requisição ocorra de última hora e de modo descoordenado —e muitas vezes por decisões judiciais em que o pagamento pelo leito pode levar anos.

Há algumas exceções, como a cidade de São Paulo e os estados do Espírito Santo e do Maranhão. A prefeitura paulistana, citada pelos hospitais como bom exemplo, vem alugando leitos privados por R$ 2.200 ao dia, sendo R$ 1.600 pagos pelo SUS.

Outra preocupação é que a eventual adoção de uma fila única de leitos (onde entrariam pacientes do SUS e da rede privada indiscriminadamente) deixe usuários de planos sem vagas caso precisem.

Na segunda (11), o próprio Dias Toffoli sinalizou, no programa Roda Viva, da TV Cultura, estar preocupado com a falta de entendimento sobre o uso de UTIs privadas e sua possível judicialização.

"O correto nessa questão seria o setor público e privado terem dialogado e criado protocolos", disse. "Quando se procura a Justiça é porque falharam os outros meios de solução de conflitos e controvérsias."

Questionado sobre como o STF se posicionaria no caso de um paciente do SUS precisar de uma UTI privada, Toffoli disse: "O Judiciário não vai falhar em dar a garantia constitucional necessária para o atendimento à saúde."

O presidente do Conselho Deliberativo do Hospital Albert Einstein, Claudio Lottenberg, afirma que há "enorme banalização" no debate da fila única e que não existe discussão técnica do poder público com os hospitais para o uso dos leitos privados.

"Sentar para conversar dá trabalho, e ninguém quer trabalhar. Só querem discursar", disse.

Segundo ele, não basta a requisição dos leitos; é necessária a manutenção da estrutura em volta dos pacientes, que também precisam ter seus prognósticos considerados para saber se são a melhor opção para ocupar uma vaga.

Em estados como o Rio, a própria discussão da fila única chega quando já são exíguas as vagas na rede privada.

Segundo Graccho Alvim, diretor da Aherj (Associação de Hospitais do Rio de Janeiro), não somam 100 (60 de UTIs) os leitos contabilizados pela rede particular que poderiam ser disponibilizados ao SUS.

"Há uma lista de pessoas com decisões judiciais a seu favor que não podem ser internadas porque já não há vagas", diz Alvim.

Para Ederlon Rezende, membro do conselho da Amib (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), houve falha no planejamento do setor público para organizar a requisição de UTIs privadas.

"As autoridades deveriam ter tomado a iniciativa antes. Estamos chegando ao pior momento dessa crise de modo totalmente desorganizado."

SUSPENSÃO DE COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE DEPENDE DE AUTORIZAÇÃO DA ANS

ANS - 13/05/2020

Por ocasião de recentes notícias veiculadas pela imprensa a respeito de operadoras que estariam suspendendo a comercialização de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da sua Diretoria de Fiscalização, presta os seguintes esclarecimentos:

1. Para que possa suspender a comercialização de um plano de saúde, a operadora precisa fazer uma solicitação formal à ANS, assinada e com identificação do representante da empresa junto à Agência, com prazo de 30 dias de antecedência. Durante esse período, a operadora não poderá suspender a comercialização do plano, tampouco negar novas contratações;

2. Diante das denúncias feitas recentemente pela imprensa, a ANS está apurando os fatos noticiados, podendo vir as operadoras que incorrem em práticas irregulares ou nocivas à política de saúde pública a serem sancionadas a pagamento de multa no montante de R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), além da suspensão dos seus administradores do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias;

3. A reguladora ressalta que, para cada denúncia de beneficiário informando a negativa de contratação do plano de saúde, será instaurado um processo para apuração de possível infração ao artigo 62 da Resolução Normativa nº 124/2006, que trata de impedimento ou restrição à participação de beneficiário em plano privado de assistência à saúde. Nesse caso, a sanção a ser aplicada, se confirmada a infração, é uma multa no montante de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para cada demanda.

Por fim, a ANS orienta que o consumidor que estiver enfrentando algum problema para a contratação de plano de saúde entre em contato com a ANS e registre sua reclamação por meio de um dos seguintes canais de atendimento:

- **Disque ANS (0800 701 9656):** atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais

- **Central de atendimento para deficientes auditivos:** 0800 021 2105

Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico: http://www.ans.gov.br/central-de-atendimento

---

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

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.