

31 de Janeiro de 2018

REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS PODEM SER CONTROLADOS PELA ANS

O Globo –30/01/2018

Percentual máximo para aumento seria definido de acordo com porte e número de beneficiários das operadoras

RIO — Os reajustes dos planos de saúde coletivos, individuais ou familiares podem passar a ser controlados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelecerá um teto para os aumentos. É o que determina Projeto de lei do Senado (PLS 100/2015), que está em tramitação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado, que tem como objetivo garantir maior proteção aos beneficiários da saúde suplementar.

A ideia é permitir que o índice de reajuste máximo possa ser definido de acordo com a modalidade do contrato, o porte da operadora e o número de beneficiários, o que certamente irá proteger os pequenos contratantes sem prejudicar o poder de negociação dos grandes.

A proposta, de autoria do senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB), altera a lei que instituiu a ANS. Atualmente, está entre as atribuições da agência estipular limites para o aumento dos contratos individuais. Para os coletivos, no entanto, vale a livre negociação que tem como mote promover maior possibilidade de barganha entre operadoras e empresas na hora da contratação do plano de saúde.

O relator do projeto na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), senador Aírton Sandoval (PMDB-SP), apresentou um substitutivo ao projeto. Para ele, ao mudar a lei que rege a ANS, o Congresso estaria extrapolando sua competência e legislando sobre matéria exclusiva do Poder Executivo. Sandoval, então, propõe a alteração de uma específica sobre as regras de plano de saúde, e não a lei que rege a ANS.

Para a advogada especializada em direito à saúde, Renata Só Severo, do escritório Vilhena Silva Advogados, é preciso que a agência controle os percentuais aplicados e os deixe o mais próximo aos estipulados para contratos individuais.

— Também é importante que a ANS seja imparcial e não sofra pressões do setor, pois quem mais perde com isso são os beneficiários — acrescenta a advogada.

Renata lembra que o cenário atual para os planos de saúde coletivos é bastante delicado, uma vez que a ANS apenas recebe os percentuais que serão aplicados, sem qualquer ingerência nos valores cobrados.

— Percebe-se que o número de ações discutindo os reajustes por sinistralidade vem aumentando de forma significativa, em razão da falta de condições financeiras dos beneficiários em arcar com valores tão elevados de reajuste.

Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o PL 100/2015 se endereça a resolver um desses graves problemas do mercado de planos de saúde, ao propor a alteração da lei da ANS para incluir a regulação de reajustes para os contratos coletivos. Contudo, afirma Ana Carolina, seria interessante que o projeto também se endereçasse à Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98), buscando submeter os reajustes de planos coletivos à regulação da ANS e impedir que as operadoras cancelem o contrato livremente.

— Nos contratos coletivos, a ANS não atua em situações de reajustes de preço e cancelamentos de contrato. Por conta disso, há rescisão unilateral de contratos, de uma hora para outra; a imposição de aumentos não previstos claramente em contrato; e a ocorrência de reajustes por sinistralidade. Tudo isso, sem qualquer justificativa ou acompanhamento da agência reguladora.

Segundo a pesquisadora do Idec, o argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral é embasado no fato de a Lei 9.656/98 proibir textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não fazer qualquer menção aos coletivos. Quanto à não intervenção nos reajustes, acrescenta a especialista, a Agência apregoa que nos contratos coletivos ocorre negociação entre duas pessoas jurídicas, com suposta paridade de forças, não sendo, portanto, necessária a sua atuação.

— O que essas omissões acarretam são recorrentes situações de aumentos abusivos - acima da inflação e do índice estabelecido pela ANS para contratos individuais/familiares -, ruptura unilateral do contrato pelas operadoras e o rareamento dos contratos individuais desse mercado, uma vez que as operadoras de planos de saúde preferem os planos coletivos sofrerem menor controle da ANS — conclui Ana Navarrete.

Procurada, a ANS informou que não iria se manifestar. A FenaSaúde também preferiu não se posicionar sobre o assunto.

UNIÃO DE AMAZON, BUFFETT E JPMORGAN PODE REVOLUCIONAR PLANOS DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –30/01/2018

Amazon, Berkshire Hathaway e JPMorgan Chase anunciaram planos para criar uma companhia sem fins lucrativos no setor de saúde, a fim de reduzir os custos dos planos que oferecem ao seu quase 1 milhão de empregados.

A revelação causou uma onda de vendas de ações das operadoras comerciais de planos de saúde.

O anúncio feito pelas três empresas não trouxe muitos detalhes e afirmou que o foco inicial do novo empreendimento seriam "soluções de tecnologia" para oferecer aos seus trabalhadores nos Estados Unidos, e às famílias destes, "planos de saúde simplificados, transparentes e de alta qualidade, a custo razoável".

"As três companhias, cuja escala e conhecimentos especializados complementares contribuirão para esse esforço de longo prazo, buscarão esse objetivo por meio de uma empresa independente que não terá a busca do lucro como incentivo ou restrição", afirmaram as empresas em comunicado conjunto.

As ações da UnitedHealth, a maior empresa de planos de saúde dos Estados Unidos, caíram 6,75% antes da abertura do pregão da Bolsa de Nova York, enquanto as das rivais Anthem, Aetna, Cigna e Humana registravam quedas de entre 3% e 7%.

A Express Scripts, cadeia de drogarias que fornece medicamentos a mutuários de planos de saúde, e a CVS Health, rede de drogarias que opera uma subsidiária voltada a esse segmento, a Caremark, registraram queda de 6,5% em suas ações.

Uma pessoa que foi informada recentemente sobre os planos da Amazon disse que a joint venture se concentraria inicialmente em usar software e apps para ajudar os trabalhadores a reduzir seus custos de saúde,

Por exemplo, se um médico receitar um remédio caro e de marca, um app instalado no smartphone do usuário enviaria uma notificação que o alertaria sobre a disponibilidade de uma alternativa genérica mais barata.

No entanto, a pessoa disse que o esforço seria um prelúdio para uma empreitada mais ampla, que veria as três empresas optando por operar por sua conta os planos de saúde de seu pessoal, sem fins lucrativos. Mais empresas seriam convidadas a aderir à iniciativa no futuro, acrescentou a fonte.

Se a Amazon e seus parceiros montarem uma operadora de planos de saúde sem fins lucrativos para seus 950 mil empregados e dependentes, isso representaria uma das maiores reacomodações no setor em muitos anos.

Operadoras comerciais de planos de saúde como a UnitedHealth e a Cigna correriam o risco de perder centenas de milhares de clientes.

E drogarias que atendem aos beneficiários desses planos de saúde e servem como intermediárias nas negociações com os fabricantes de medicamentos, como a Express Scripts, também poderiam perder parte considerável de seus negócios.

Ainda que algumas grandes empresas, entre as quais as montadoras de automóveis Ford, General Motors e Fiat Chrysler, já banquem seus sistemas de planos de saúde, recebendo as mensalidades pagas pelos trabalhadores e constituindo reservas para potenciais prejuízos, elas tendem a contratar operadoras comerciais de planos de saúde e cadeias de drogarias especializadas para operar seus planos.

ESPECULAÇÕES

A decisão se segue a meses de especulações quanto ao ingresso da Amazon no setor de saúde, que já vinham pesando sobre os preços das ações das empresas de seguro-saúde e das drogarias e farmácias.

ANS QUER MELHORAR PORTABILIDADE DE CARÊNCIA PARA AMPLIAR COMPETIÇÃO ENTRE PLANOS

Agência Brasil –30/01/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve publicar ainda neste semestre uma resolução normativa que vai reduzir as restrições para que usuários troquem de plano de saúde e façam portabilidade do período de carência já cumprido. A medida, que pretende aumentar a competitividade no setor para reduzir preços e aumentar a qualidade dos serviços, já está bem amadurecida internamente, segundo o diretor-presidente substituto, Leandro Fonseca.

Alguns analistas interpretaram a aquisição seguradora Aetna pela CVS, que opera cadeias de farmácias e drogarias —e no Brasil é dona da Onofre— em uma transação de US\$ 69 bilhões, anunciada em dezembro, como medida defensiva contra a possível entrada da gigante do varejo em seu mercado.

Em uma série de declarações, os presidentes-executivos das três empresas sinalizaram que a joint venture ainda estava em seu estágio inicial, mas insistiram em que se sentiam compelidos a agir em razão da alta descontrolada nos custos da saúde, que está prejudicando os orçamentos familiares.

Nos Estados Unidos, o custo anual médio de um plano de saúde subsidiado por empregador atingiu US\$ 18.764 no ano passado, com alta de 3% ante 2016, e a contribuição média por trabalhador foi de US\$ 5.714, com o restante do custo cabendo aos empregadores, de acordo com um relatório da Kaiser Family Foundation.

"A disparada nos custos da saúde é como uma tênia faminta vivendo da economia dos Estados Unidos", disse Warren Buffett, presidente-executivo e do conselho do grupo Berkshire Hathaway.

Ele acrescentou que sua organização "não chega com respostas para o problema. Mas tampouco o consideramos como inevitável. Em lugar disso, compartilhamos da opinião de que colocar os nossos recursos coletivos a serviço do melhor talento do país poderá, com o tempo, conter a alta dos custos da saúde e simultaneamente aumentar a satisfação dos pacientes e obter melhores resultados".

Jeff Bezos, fundador e presidente-executivo da Amazon, disse que o sistema de saúde era complexo e que as empresas estavam "encarando esse desafio de olhos abertos quanto ao grau de dificuldade".

Ele acrescentou que "por mais difícil que seja, reduzir o peso que os serviços de saúde representam para a economia, enquanto melhoramos os resultados para nossos empregados e suas famílias, valeria o esforço".

Jamie Dimon, presidente-executivo do JPMorgan Chase, disse que os empregados do banco queriam "transparência, conhecimento e controle" ao administrar seus serviços de saúde e que as três companhias tinham "recursos extraordinários" para oferecer serviços que beneficiem os trabalhadores e suas famílias.

As três empresas anunciaram para breve a formação de uma joint venture e indicaram um trio de executivos para comandar o esforço: Todd Combs, executivo de investimentos na Berkshire Hathaway; Marvella Sullivan Berchtold, diretora-executiva do JPMorgan Chase; e Beth Galetti, vice-presidente sênior da Amazon.

Uma regra que deve cair é a que restringe os pedidos de portabilidade a dois meses antes ou depois do aniversário do contrato. Uma vez cumprida a carência original, o usuário poderá pedir a portabilidade para outro plano e ter direito à cobertura sem cumprir uma nova carência. Segundo o diretor-presidente, a troca precisará ser entre planos que tenham "alguma compatibilidade", para evitar "comportamentos oportunistas".

"São medidas que estão sendo discutidas e ainda precisam de aprovação do colegiado. Mas é um tema que já está bastante maduro e que deve ser aprovado neste semestre", previu.

Leandro Fonseca prevê que uma retomada da economia trará mais usuários a planos de saúde, com a redução do desemprego e o aumento da formalidade. Esse cenário, no entanto, não resulta necessariamente em uma recuperação do setor de saúde suplementar.

"A expectativa é de retomada de crescimento de beneficiários. A gente ainda não pode dizer se vai ter um efeito econômico positivo ou negativo, por conta dessa demanda reprimida", disse Fonseca. Ele explicou que usuários que ficaram sem planos de saúde por um período podem, ao recuperar a cobertura, recorrer de uma só vez a diversos procedimentos que precisavam realizar e não conseguiam.

Envelhecimento

Com 18 anos de existência, a agência reguladora se prepara para enfrentar um cenário em que o envelhecimento da população tende a encarecer os planos de saúde e elevar os gastos com doenças no Brasil de modo geral. Na visão do diretor-presidente substituto da agência, esse é um desafio que deve ser compartilhado com o governo e com a sociedade, que precisam se engajar no debate.

"Em diversos países do mundo, a inflação de saúde é maior que a inflação média da economia. Isso ocorre aqui também, muito porque os serviços de saúde, as soluções, novos procedimentos, novas tecnologias, vão sendo agregadas e o próprio envelhecimento vai levando a uma demanda cada vez maior. Seja no lado da saúde pública quanto no lado da saúde privada, nós, enquanto sociedade, temos um desafio de como financiar o acesso a esses serviços de saúde".

Na avaliação de Leandro, o problema se agrava porque os beneficiários mais velhos pagam mensalidades mais altas e muitas vezes perdem os planos coletivos, precisando arcar com planos individuais em um período em que sua renda fica menor. Uma saída para amenizar esse problema, sugere ele, poderia ser a criação de um mecanismo de capitalização atrelado ao plano de saúde, que criaria uma poupança saúde para ser usufruída quando o beneficiário se aposentar.

56,8% DAS OPERADORAS EM REGIME DE DIREÇÃO DA ANS SÃO DE PEQUENO PORTE

IESS –29/01/2018

Grande parte dessas operadoras estão na região Sudeste

No período entre 2000 e 2017, houve 829 instaurações de regimes de direção fiscal de operadoras de saúde no país, sendo que muitas foram recondução de regimes vigentes. Parte considerável dos encerramentos dos regimes se dão com liquidação extrajudicial ou cancelamento do registro. De acordo com o estudo inédito "[Regimes de Direção e de Liquidação Extrajudicial](#)", desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram identificadas 44 operadoras com regime de direção fiscal ainda em andamento.

Dessas, 97,7% prestavam assistência médico-hospitalar e 2,3% assistência exclusivamente odontológica. Entre as operadoras que estão em direção fiscal, apenas sete, o que equivale a 15,9% do total, são de grande porte, ou seja, possuem mais de 100.000 beneficiários. A maior parte das operadoras sob regime de direção fiscal é de pequeno porte, um total de 56,8%.

O levantamento do IESS apresenta também os dados de regime de direção fiscal em andamento por região. A região Norte é que possui maior número proporcional de operadoras com anormalidades econômico-financeiras. Na região, 9,5% das 42 OPS existentes encontram-se nessa situação. Já 4,2% das operadoras com sede na região Centro-Oeste estão sob regime de direção fiscal. Nas regiões Sul e Nordeste, as proporções são de 3,0% e 2,5%, respectivamente. Por concentrar o maior número de sedes de operadoras, um total de 793, a Região Sudeste apresenta o maior número de operadoras com problemas econômico-financeiros, um total de 26. No entanto, este número representa o menor valor proporcional, ou seja, 3,3% de operadoras sob regime de direção fiscal.

Operadoras de pequeno porte

Com relação aos desfechos desses regimes, o documento mostra que 81,6% das operadoras que saíram do mercado ou entraram em processo de liquidação judicial eram consideradas de pequeno porte, ou seja, respondiam por até 20 mil beneficiários. "A falta de escala acaba por prejudicar os menores players do mercado, com maior dificuldade em atender as normas sobre regras financeiras do órgão regulador", analisa o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro.

Os resultados da pesquisa reforçam a necessidade de se pensar na saúde financeira das pequenas e médias operadoras. Segundo Carneiro, há uma série de fatores que impactam nas condições econômicas das operadoras. Uma destas questões é a alteração no rol de procedimentos da ANS. "Sem uma avaliação criteriosa de custo-efetividade da incorporação de novas tecnologias, há a expansão de custos sem, necessariamente, mais eficiência e qualidade assistencial. Esse e outros fatores, como modelo de pagamentos a prestadores, podem alterar a estrutura de custos e a sustentabilidade, principalmente, das pequenas e médias operadoras", comenta.

O processo de consolidação do setor de saúde suplementar nos últimos 10 anos tem sido acompanhado por adequações da legislação e a atuação sistemática da ANS. "A legislação sobre as garantias financeiras não deve se tornar um obstáculo para a manutenção das operadoras, mas uma maneira de garanti-la, contribuindo para o amplo atendimento de diferentes grupos de beneficiários de planos de saúde", conclui o superintendente executivo do IESS.

Entenda a regulação

A título de informação a constatação por parte da ANS de irregularidades em alguma operadora gera um regime especial de direção técnica, que pode ser transformado em regime de direção fiscal nos casos de anormalidades econômico-financeiras e/ou administrativas graves.

No entanto, pode-se notar que houve uma redução gradativa do número de direções fiscais ao longo do período analisado. Este fato pode ser explicado pela criação de medidas técnicas e gerenciais para o acompanhamento da situação econômico-financeira das operadoras.

PARA ECONOMIZAR, GOVERNO MUDA REGRA PARA PLANOS DE SAÚDE DE ESTATAIS

Folha de S. Paulo –26/01/2018

O governo federal alterou as regras para a participação dos funcionários das empresas estatais em planos de saúde. Duas resoluções publicadas nesta sexta-feira (26) no "Diário Oficial da União" aumentam a participação dos novos funcionários no pagamento das mensalidades.

Os empregados terão que contribuir com o mesmo montante que seus empregadores. Atualmente, as estatais bancam, em média 77% dos gastos com os planos. O prazo de migração para o sistema paritário (50% pago pelos funcionários e 50% pelas empresas) é de 48 meses.

As resoluções da Comissão Interministerial de Administração de Participações Societárias da União visam estancar o crescimento de gastos das estatais.

As resoluções também definem um teto de gasto com plano de saúde. Não pode passar de 8% da folha salarial ou aumentar mais do que 10% do que foi pago no ano anterior —valendo o que for menor.

De acordo com dados do Ministério do Planejamento, os gastos das estatais com os planos de saúde passam de R\$ 9 bilhões por ano para 500 mil funcionários de 147 empresas estatais.

Conforme a Folha informou, planos de saúde de estatais federais podem [custar o triplo do privado](#). Na modalidade de autogestão, em que uma empresa sem fins lucrativos é contratada para gerir o plano de saúde, o gasto médio por funcionário é de R\$ 10.163,62 ao ano.

Já no setor privado, as empresas pagam, também em média, R\$ 3.858 pela assistência, de acordo com pesquisa feita pela consultoria Mercer Marsh Benefícios.

O impacto será sentido, principalmente, na Infraero e nos Correios, que são as estatais que mais financiam os seus planos de saúde, ao pagar, respectivamente, 93% e 95% da mensalidade das suas assistências.

Outra modificação é que a assistência não poderá mais ser estendida aos pais dos funcionários, como ocorre atualmente em alguns planos dos Correios. Valerá para os cônjuges ou companheiros de união estável, inclusive os do mesmo sexo. Já os filhos são contemplados até os 21 anos, com exceção dos que são portadores de algumas necessidades especiais. A regulamentação vale apenas para os novos funcionários.

RN SOBRE CONTRATAÇÃO DE PLANO POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL ENTRA EM VIGOR NA SEGUNDA-FEIRA

ANS –26/01/2018

Entra em vigor na segunda-feira (29/1) a normativa que regulamenta a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual. A medida contribui para coibir abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim – e dá mais segurança jurídica e transparência ao mercado, ao estabelecer as particularidades desse tipo de contrato. Uma cartilha elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reúne as principais informações para esclarecer beneficiários de planos de saúde, novos contratantes e os próprios agentes do setor.

[Confira aqui a cartilha.](#)

A Resolução Normativa nº 432 estabelece que, para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal – e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente – pelo período mínimo de seis meses. E, da mesma forma, para manter o contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal. As operadoras e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.

A operadora ou administradora de benefícios deve informar ao contratante as principais características do plano a que está se vinculando, tais como o tipo de contratação e regras relacionadas. “É muito importante que o consumidor interessado em contratar um plano de saúde coletivo tenha consciência das particularidades desse tipo de contratação para não ser surpreendido depois. Nesse sentido, estamos disponibilizando uma cartilha que resume as informações de forma didática e clara para auxiliar na disseminação dessas regras”, destaca a diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Karla Santa Cruz Coelho.

Outro ponto importante da normativa que protege o beneficiário trata do estabelecimento de uma regra para os casos de rescisão unilateral imotivada pela operadora. A partir de agora, o contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após um ano de vigência, na data de aniversário e mediante notificação prévia de 60 dias. A operadora deverá apresentar ao contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. “Essa medida evita que o beneficiário seja surpreendido com o cancelamento do contrato a qualquer tempo, dando mais previsibilidade na contratualização”, explica a diretora.

Se for constatada a ilegitimidade do contratante, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que faça a notificação com 60 dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes. A comprovação anual da condição de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados deverá ser exigida também nos contratos celebrados antes da vigência dessa resolução.

A celebração e a manutenção de contrato coletivo empresarial que não atenda ao que é disposto na norma equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê a RN nº 195, de 2009.

[Clique aqui e confira a Resolução Normativa nº 432.](#)

WORKSHOP DA FENASAÚDE DEBATE CONTROLE DE REAJUSTE DAS MENSALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE

FenaSaúde –26/01/2018

Evento ocorreu na sexta, dia 26, no Rio de Janeiro, reunindo 150 participantes presenciais e 240 online

“O objetivo desse encontro é debater tecnicamente os resultados da atual política de controle e reajustes dos planos de saúde e contribuir para o aperfeiçoamento dessa regulação”, afirmou a presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, na abertura do 2º Workshop de Análise de Impacto Regulatório, realizado nesta sexta-feira, dia 26, no auditório da CNseg, no Rio de Janeiro, reunindo cerca de 150 participantes e contando com 240 pessoas acompanhando a transmissão online.

Debate que, segundo ela, torna-se cada vez mais urgente, visto que o setor está cada vez mais estrangulado e qualquer desvio na operação, que já está no limite, pode trazer danos irreparáveis a todo o sistema.

E no cerne desse “estrangulamento” está a questão dos preços, disse ela, afirmando que “a sociedade precisa entender que a saúde é cara”. Destacando alguns pontos que contribuem para esse encarecimento, lembrou da incorporação tecnológica na saúde, que cresce a um custo mais rápido que o da renda das famílias, e do marco regulatório da Saúde Suplementar que, apesar de “amplo em direitos e garantias para os consumidores”, é, também, “enrijecido e hermético”.

Mas, acima de tudo, de acordo com Solange, são os índices de reajuste dos planos individuais concedidos pela ANS que “deixaram este segmento pouco atrativo, fazendo várias empresas se desinteressarem por ofertar planos individuais”. Ainda assim, a presidente da FenaSaúde afirmou reconhecer os esforços do Governo e do regulador em tentar tornar a regulação mais efetiva e eficaz.

A Análise de Impacto Regulatório contribuindo para a evolução do setor

E como evidência desses esforços do regulador, está a da Análise de Impacto Regulatório (AIR), como ressaltou o secretário Geral da ANS, Suriêtte Apolinário dos Santos, presente no evento.

Desde 2012, a agência reguladora busca realizar uma da Análise de Impacto Regulatório por meio de sumário executivo obrigatório no processo normativo, apesar de reconhecer que esta é uma iniciativa ainda sem a profundidade necessária. Por conta disso, decidiu, em 2017, criar uma norma específica para disciplinar sobre AIR em todos os níveis.

Coincidentemente, na mesma época, o Governo Federal, por meio de sua Casa Civil, decidiu instituir um grupo de trabalho com representantes das 10 agências reguladoras federais para debater o tema, além de publicar uma consulta pública encerrada em novembro último. Tais ações levaram a ANS a postergar a publicação de sua norma para permitir que esta, quando editada, já estivesse alinhado às diretrizes da Presidência da República.

Agora, a ANS entende que já há um consenso para poder publicar seu próprio normativo, o que já foi, inclusive, debatido na última reunião da Diretoria Colegiada do órgão, informou Suriêtte, que ainda ressaltou a necessidade de uma discussão ampla e madura, com

olhar para a cadeia de saúde, em busca de uma maior eficiência que beneficie toda a sociedade.

O controle de preços e os principais elementos que impactam nos custos

O superintendente de Regulação da FenaSaúde, Sandro Leal, apresentou-se em seguida, lembrando que controle de preços existem há pelo menos 40 séculos, desde a Antiguidade, apesar de, geralmente, não trazerem resultados satisfatórios a médio e longo prazo. No Brasil e no mundo, muitas vezes, porém, esses controles são aplicados como forma de os políticos agradarem à população, que costuma ser favorável a esse tipo de política.

Entre as consequências de controle de preços, Leal citou a maior chance de surgimento de mercados negros, de má alocação de recursos, e consequente perda de eficiência, e o aumento de gap entre demanda e oferta, gerando escassez.

Explicando como funciona a política de reajustes da ANS, lembrou que este é regulado em relação aos planos individuais e os coletivos com até 30 vidas, além de em outros casos pontuais. Entretanto, esses reajustes nem sempre consideram todos os elementos que impactam os custos e que não são poucos. Entre estes, destaque para o envelhecimento populacional com a transição epidemiológica que traz; a incorporação de novas tecnologias, sem abandono das antigas; o aumento da cobertura obrigatória, por meio do Rol editado pela ANS; o aumento da utilização per capita dos serviços de saúde, entre outros. Assim, historicamente, a inflação média, que tem o IPCA como um de seus indicadores, costuma ser bem mais baixa que a inflação médica, cujo índice mais utilizado é o VCMH (Variação dos Custos Médicos-Hospitalares). Na tabela apresentada, no acumulado entre 2008 e 2016, o aumento do VCMH ficou 72% acima dos aumentos concedidos pela ANS no mesmo período, colocando em dúvida a sustentabilidade desse sistema.

E justamente para falar sobre essa sustentabilidade, apresentou-se a professora do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG e líder do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade do Cedeplar (UFMG), Mônica Viegas.

“Em geral, a concorrência melhora a qualidade e reduz os preços”, afirmou a pesquisadora, mas lembrando que o mercado de saúde suplementar possui algumas peculiaridades com impacto não só nos preços, mas também na qualidade e nas decisões de tratamento. Entre estas peculiaridades, o fato de a saúde ser um produto heterogêneo, assim como o é a preferência dos consumidores. Além disso, esse mercado tem assimetria de informações, apresenta dificuldade para os consumidores avaliarem previamente a qualidade dos prestadores e possui um processo de incorporação de tecnologia onde o novo método não elimina o antigo, entre outras características.

Outro ponto destacado por Viegas é que um maior investimento em tecnologia pode melhorar a qualidade dos prestadores, mas isso não se reverte, necessariamente, em melhoria da qualidade do bem estar do consumidor. E, mesmo quando isso ocorre, esse investimento da tecnologia afeta a concorrência de modo indireto, pois atrai, em um primeiro momento, os melhores médicos, que atraem, então, os consumidores.

[>> Confira aqui a apresentação do superintendente de Regulação da FenaSaúde, Sandro Leal](#)

[>> Confira aqui a apresentação da professora da UFMG, Mônica Viegas](#)

[>> Confira a apresentação do secretário Geral da ANS, Suriêtte Apolinário dos Santos](#)

PROJETO SUSTA REGRA DA ANS SOBRE DISCORDÂNCIA DE PROCEDIMENTOS ENTRE MÉDICO E PLANO DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –26/01/2018

Tramita na Câmara dos Deputados proposta que susta resolução normativa (784/17) da Agência Nacional de Saúde (ANS) que determina a formação de junta médica ou odontológica sempre que houver divergência entre a operadora de plano de saúde e o profissional de saúde quanto à indicação de realização de determinado procedimento ou da utilização de órteses, próteses ou outros materiais.

A medida está prevista no Projeto de Decreto Legislativo 784/17, apresentado pelo deputado Chico D'Angelo (PT-RJ). De acordo com a ANS, a regra busca dar transparência ao processo e promover agilidade no atendimento ao beneficiário, reduzindo casos de judicialização.

Porém, para o parlamentar, a regra “fere o direito do consumidor em benefício das operadoras de saúde”.

De acordo com a resolução, a junta médica será composta por três profissionais: o médico ou dentista que solicitou o procedimento, a operadora e o mediador. “Para a escolha dessa terceira pessoa, o plano deverá sugerir quatro nomes, entre os quais um será selecionado, o que indica que essa escolha não será tão neutra quanto sugere a resolução”, aponta D'Angelo.

“Nesse sentido, a operadora, via de regra, terá preferência na escolha do método para o tratamento, em vez de ser selecionado o mais adequado para o consumidor”, completa.

Tramitação

A proposta será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Em seguida, será votada pelo Plenário.

PLANOS DE SAÚDE PERDEM MAIS DE 3 MILHÕES DE USUÁRIOS EM 3 ANOS

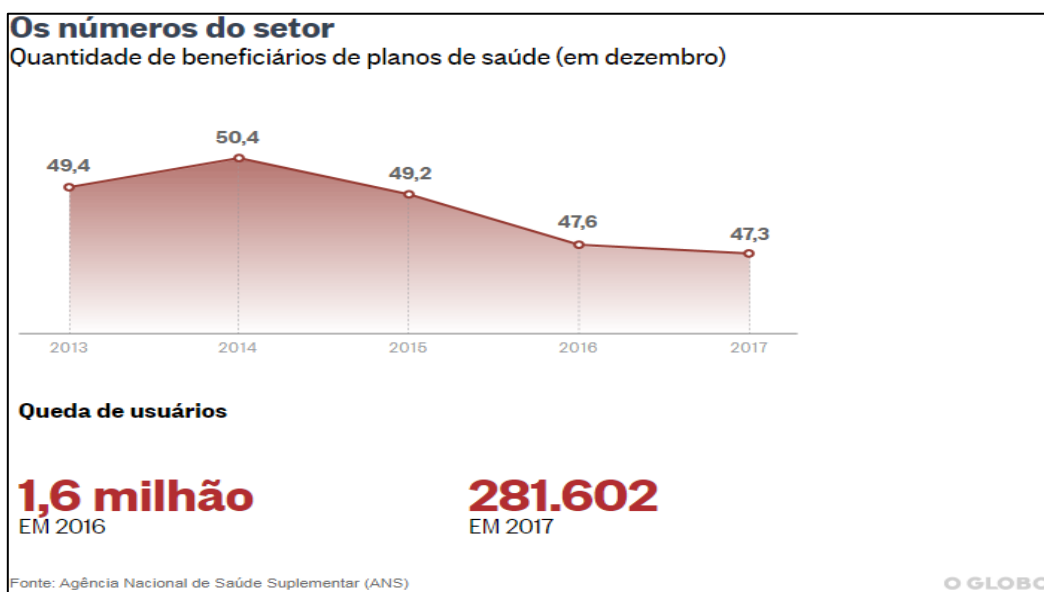
O Globo –25/01/2018

Ritmo de queda em 2017 foi menor com melhora da economia, dizem especialistas

O número de brasileiros com planos de saúde registrou queda pelo terceiro ano consecutivo. Em 2017, 281,6 mil pessoas deixaram de ter acesso à saúde suplementar. Eram 47,3 milhões de beneficiários em dezembro passado ante 47,6 milhões no mesmo mês de 2016, de acordo com dados Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em três anos, houve redução de 3,1 milhões de usuários. A

velocidade dessa retração, no entanto, caiu significativamente. Em 2016, o setor havia registrado perda de 1,6 milhão de consumidores. O resultado, dizem especialistas, é fruto da recuperação da economia brasileira, que deve registrar em 2017 o primeiro resultado positivo — a expectativa é de crescimento de 1% — após dois anos de recuo do PIB (Produto Interno Bruto).

— Quando olhamos os dados mais recentes percebemos uma pequena recuperação, mas no ano o número ainda é negativo, o que está totalmente conectado à situação econômica do país. Esperamos uma recuperação gradual, que dependerá do mercado de trabalho. Vínhamos de uma década de crescimento constante com a melhora da renda e a expansão do acesso da população à saúde suplementar. Estamos num momento de reversão do ciclo — avalia Sandro Leal, superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde (FenaSaúde).



A recuperação apontada por Leal, pode ser vista quando se compara o número de usuários de novembro aos de dezembro de 2017, quando foi registrado aumento de 108.551 pessoas atendidas pela saúde suplementar.

— A maior queda se deu no primeiro trimestre, quando perdemos cerca de 200 mil beneficiários. De abril em diante vivemos pequenas flutuações, mas o número se manteve mais estável — diz o superintendente da FenaSaúde.

NO RIO, 123 MIL DEIXARAM DE TER PLANO

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) aposta que o número de beneficiários do setor será ampliado este ano em até 500 mil pessoas, levando em conta as estimativas atuais feitas pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Central de crescimento da economia para 2018 — de 1,9% e de 2,7%, respectivamente. A Abramge reforça o argumento de que o setor é diretamente afetado pelo número de empregos formais. Hoje, os planos empresariais respondem por 66% do número de usuários.

André Braz, economista e professor da FGV, destaca que o plano de saúde tem peso no orçamento da família brasileira comparável ao do aluguel, ambos consomem cerca de 4% da renda.

— E esse percentual pode dobrar, de acordo com a composição da família. Quando há preponderância de idosos, o peso pode chegar a 6%, 7% da renda — estima.

Segundo Braz, a saída de beneficiários da saúde suplementar tem um efeito perverso sobre os usuários que permanecem nos planos:

— Como se trata de um rateio de despesas, é a mesma lógica das escolas. Há um custo fixo que se mantém independentemente de se ter 40 ou 20 alunos em sala. Acontece que, se a divisão é por um número menor de usuários, o custo per capita aumenta — explica o economista. — Os planos de saúde ainda têm um agravante. Diante da redução da renda, as famílias costumam manter no plano aqueles que mais o utilizam: crianças e idosos, o que também pressiona o custo.

O estado com a maior perda de beneficiários em 2017 foi São Paulo, onde 160.226 pessoas deixaram de ser clientes do setor, o equivalente a uma redução de 60%, diz o superintendente da FenaSaúde. O Rio de Janeiro registrou perda de 123.732 usuários no período.

Treze estados, no entanto, registraram aumento no número de usuários no ano passado. A maior alta, em números absolutos, foi registrada em Minas Gerais, com ampliação de 33.350 usuários, seguido por Ceará (32.073) e Santa Catarina (22.043). Em Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe também houve aumento na base de clientes do setor.

O segmento de planos odontológicos, por sua vez, não sofreu efeitos da crise e mantém crescimento constante, fechando 2017 com 23,2 milhões de beneficiários, aumento de quase dois milhões de clientes. Só entre novembro e dezembro, teve incremento de 155.962 de usuários.

— É um segmento de risco menor, que não sofre a mesma pressão de custo da área médica, é mais estável — explica Leal.

FUNCIONÁRIO PODE SOLICITAR MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE AO SE APOSENTAR

O Globo –24/01/2018

Para tal, no entanto, o aposentado terá que assumir pagamento integral

RIO — Um funcionário que trabalhe por dez anos em uma empresa e esteja para se aposentar pode ter o direito de continuar como beneficiário de plano de saúde coletivo, isento de carência, nas mesmas condições da cobertura assistencial e de preço per capita do contrato empresarial. Para isso, no entanto, o aposentado deverá, por sua vez, assumir o pagamento integral da contribuição, explica a advogada Melissa Areal Pires, do escritório Areal Pires Advogados Associados, especialista em direito à saúde.

Decisão da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) garantiu a um aposentado e seus dependentes o direito de continuar como beneficiários de plano de saúde coletivo após sua aposentadoria. A decisão consolida o entendimento do Tribunal sobre o tema no sentido de garantir o cumprimento do art. 31 da Lei 9.656/98 que dispõe sobre o assunto:

“Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral”.

A operadora do plano, por sua vez, sustentou, na ocasião, a aplicação da Resolução n. 21/99 do CONSU (revogada desde 1/6/2012 pela Resolução Normativa n. 279/12 da ANS), que limitou a aplicação do

disposto no art.31 a aposentadorias ocorridas após 2 de janeiro de 1.999, informando ainda que a manutenção do aposentado e seus beneficiários no plano de saúde somente seria possível na modalidade individual, de maior custo mensal, e não mais na coletiva.

O caso do aposentado é mais um em um universo de ações judiciais que discutem o assunto. Com bastante frequência, o Judiciário é chamado a resolver casos semelhantes, uma vez que as operadoras de saúde, muitas vezes, insistem, em total afronto à Lei 9.656/98 e ao Código do Consumidor, justificar sua conduta em resoluções e normativas do setor, ressalta Melissa:

“Desde que arque com o pagamento integral do plano, a lei garante ao aposentado, bem como a seus dependentes, a manutenção da assistência médica nas mesmas condições de cobertura vigentes durante o contrato de trabalho. Se contribuiu para o plano por dez anos ou mais, a manutenção é vitalícia, sendo certo que, em caso de morte do titular, os dependentes devem poder continuar usufruindo da assistência médica. E o benefício é válido enquanto o aposentado não for contratado novamente”.

Há, ainda segundo Melissa, uma questão polêmica sobre a possibilidade de manutenção do plano quando o aposentado não contribuiu para a mensalidade durante a vigência do contrato de trabalho:

“Há decisões judiciais que não garantem esse direito quando o aposentado não contribuiu. Por outro lado, há decisões no sentido de que o pagamento da co-participação já seria suficiente para caracterizar a necessária contribuição ao plano”, esclarece a advogada.

Hoje, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado só poderá manter o plano de saúde oferecido pela empresa se contribuiu mensalmente para o pagamento do serviço (contratos celebrados a partir de 1999 ou anterior a 1999, que foram adaptados à Lei nº

9656/98). A manutenção do plano não é ofertada se o empregador paga integralmente o plano de saúde, se o beneficiário só assumiu o pagamento do plano de seus dependentes ou se o beneficiário paga somente a co-participação ou franquia dos serviços. Sobre os parâmetros para planos corporativos, o plano anterior pode ser mantido pelo beneficiário, a não ser que esteja previsto pelo empregador um plano exclusivo para aposentados e demitidos sem justa causa.

Está em análise, de forma terminativa, na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), do Senado, [projeto que assegura ao beneficiário de](#)

[plano de saúde decorrente de vínculo empregatício a manutenção do benefício, após a aposentadoria, independentemente do período de permanência no emprego, desde que passe efetuar seu pagamento integral](#). O Projeto de Lei do Senado (PLS) 436/2016, do senador Hélio José (Pros-DF), altera a Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. O texto também garante ao aposentado a continuidade do direito à assistência do plano de saúde, nas mesmas condições que tinha quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo sem ter contribuído para o plano, se assumir o seu pagamento integral.

MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE ENSAIA RECUPERAÇÃO

IESS –24/01/2018

IESS aponta que retração do setor pode estar perto do fim e reaquecimento da economia, em 2018, pode indicar o começo da recuperação de beneficiários

Os planos de saúde médico-hospitalares fecharam 2017 com redução de 0,6% no total de beneficiários em 12 meses. De acordo com números da [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#), produzida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com base em dados da ANS, o setor fechou o ano com 47,3 milhões de vínculos. Redução de 281,6 mil beneficiários em relação a 2016.

Apesar da retração registrada, o superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, explica que o resultado é positivo em relação ao registrado nos últimos anos. “Em 2016, o mercado de planos de saúde médico-hospitalares havia recuado 2,8%, com perda de 1,4 milhão de vínculos rompidos. Antes disso, em 2015, queda havia sido de 2,3% ou 1,2 milhão de vínculos”, compara. “O resultado de 2017 mostra uma clara desaceleração no ritmo de rompimentos de contratos com esse tipo de plano”, completa.

O executivo acredita que o mercado está se aproximando do início de um processo de recuperação. “Pensando em um gráfico em ‘U’,

estamos nos aproximando do ponto mais baixo e preparando para retomar o crescimento”, analisa Carneiro. Ele salienta, entretanto, que a recuperação dos mais de 3 milhões de vínculos rompidos desde o fim de 2014 não se dará de forma rápida, mas gradual, intimamente ligada ao contexto da economia nacional e a geração de empregos formais em setores como o de comércio e serviços nos grandes centros urbanos, onde as empresas tendem a oferecer o benefício do plano de saúde como uma forma de reter talentos e recompensar colaboradores.

“Hoje, a taxa de desocupação está caindo principalmente pelo crescimento do mercado informal. De fato, os dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Mensal apontam que o total de empregos com carteira assinada recuou 2,5% em 2017 (dados atualizados até novembro)”, relata Carneiro. “Se esse quadro não se reverter, com a retomada de empregos formais, a recuperação do setor de planos médico-hospitalares deve ser mais demorada”, alerta.

A NAB aponta, ainda, que entre novembro e dezembro de 2017 foram firmados 108,6 mil novos vínculos com planos médico-hospitalares, uma ligeira alta de 0,2%. Mesmo olhando o resultado com cautela, já que a variação mensal desconsidera questões sazonais, não permitindo uma análise precisa quanto à comparação anual, é um resultado positivo.

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