

02 de maio de 2018

EM 12 MESES, NÚMERO DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE AUMENTA EM 128 MIL

O Globo –02/05/2018

No estado do Rio, no entanto, número encolheu em relação a março do ano passado

RIO - Aumentou em 65,6 mil o número de usuários de planos de saúde médico-hospitalares em março, comparado a fevereiro, totalizando 47,4 milhões de beneficiários no país. Em relação ao mesmo período do ano passado, o incremento foi de 128 mil pessoas, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ainda de acordo com a agência, os números apontam uma tendência de estabilidade no setor.

No Rio, no entanto, apesar de uma ligeira alta em relação a fevereiro — 5,48 milhões contra 5,46 milhões — a comparação anual continua registrando retração. Em março de 2017, o mercado local era composto por 5,52 milhões de beneficiários. O que representa que 38.810 pessoas deixaram de ser usuárias da saúde suplementar no

estado. Nos últimos cinco anos, o número de usuários de planos de saúde no estado encolheu cerca de 12%.

O desempenho do estado do Rio no setor pode ser explicado pelos altos índices de desemprego, já que hoje 80% dos planos ativos no mercado são corporativos. Em 2017, foram fechadas mais de 90 mil vagas com carteira assinada no estado, o pior desempenho do país, de acordo com os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho. Em março, quando foram criadas 56.151 empregos com carteira assinada no Brasil, o Rio teve um saldo positivo de apenas 247 postos de trabalho.

O crescimento no número de beneficiários da saúde suplementar foi observado pela ANS em 17 dos 26 estados brasileiros: Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. O maior crescimento em números absolutos foi registrado em São Paulo, onde aumentou em 35,6 mil os usuários da saúde suplementar.

Os planos exclusivamente odontológicos mantiveram a trajetória de crescimento, com alta de cerca de 120 mil usuários na comparação com o mês anterior e de 1,3 milhão em relação a março de 2017. Atualmente, este segmento tem 23,2 milhões de beneficiários.

QUAIS AS PROPOSTAS DA ANS PARA FRANQUIAS EM PLANOS DE SAÚDE

Nexo –30/04/2018

Agência Nacional de Saúde Suplementar quer alterar regras de convênios particulares, definidas atualmente pelas próprias operadoras

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) pretende regulamentar o modelo de franquias e a chamada “coparticipação” em planos de saúde no Brasil. As regras devem constar em uma nova norma, que será publicada no mês de junho e, espera-se, comece a valer até o começo de 2019.

Tais modalidades de pagamento foram estabelecidas pelo então Conselho Nacional de Saúde em 1998, e podem ser definidas da seguinte maneira:

- Coparticipação: além da mensalidade, o consumidor paga também pelos procedimentos médicos que utilizar. Sempre que solicitar uma consulta, por exemplo, deverá pagar ao plano de saúde uma porcentagem ou valor fixo, acertado por contrato
- Franquia: junto de um valor fixo todo mês, o consumidor tem de arcar com gastos como exames ou internações até determinado valor. Caso as despesas ultrapassem o teto combinado no contrato, o plano se responsabiliza pela cobertura integral

Estima-se que 33% dos planos de saúde comercializados atualmente já contam com esses mecanismos. Do total de contratos, quase metade funciona pelo sistema de coparticipação. O sistema de franquia, muito menos utilizado, corresponde a 1% do total.

Mesmo com essa adesão considerável, a ANS argumenta que operadoras e administradoras de planos de saúde ainda não dominam ao certo as condições e os limites para utilização de modalidades de convênio desse tipo.

Os planos de saúde atuais não estabelecem um limite de valor que pode ser bancado pelos usuários. Quem define o quanto será pago é a operadora.

A ideia é que, com as novas regras, os critérios de cobrança não dependam mais da negociação entre operadora e cliente. Tetos e parâmetros pretendem ser definidos pela normativa.

Para a franquia, por exemplo, o valor cobrado não deverá ultrapassar o cobrado pela mensalidade. Ou seja: Quanto maior o teto da franquia, menor o valor pago por mês.

No caso da coparticipação, por sua vez, a proposta é estabelecer uma **marginem de até 40%**. Isso significa que, caso um procedimento custe R\$ 1.000, quem tem convênio só poderá pagar até R\$ 400.

[De acordo com a Abramge](#), Associação Brasileira dos Planos de Saúde, planos que funcionam dessa forma são usados “com o objetivo de moderar a utilização, sobretudo em situações de anomalias e uso irracional do sistema”. Argumenta-se que o controle financeiro por parte dos usuários diminuirá, por exemplo, a quantidade de procedimentos médicos “desnecessários”.

A ANS prevê que a nova regulamentação torne os planos de saúde **entre 20% e 30% mais baratos** para o consumidor.

Além de regulamentar os métodos de convênio, as novas regras pretendem estabelecer também uma lista de procedimentos básicos que não poderão ser incluídos no modelo de coparticipação e franquias. Entre os procedimentos garantidos, estarão:

- 4 consultas com clínicos-gerais a cada 12 meses

- Exames preventivos (mamografias, lipidogramas, hemogramas, teste de glicemia em jejum)
- Tratamentos crônicos (hemodiálise, quimioterapia, radioterapia)
- Exames do pré-natal (ultrassonografias, testes para HIV e sífilis)

Além disso é vedado, também, que cobranças por coparticipação e franquia sejam acumuladas em um mesmo procedimento.

Possíveis impactos

Entidades de saúde e de defesa do consumidor se opõem às novas propostas. Para o Idec, o consumidor já não possui autonomia em acionar os serviços de saúde por iniciativa própria, dependendo sempre da avaliação de especialistas. Dessa forma, não seria culpado por “desperdícios” no sistema privado de saúde.

“Ninguém faz um exame, uma tomografia, por exemplo, porque quer. Faz porque o médico pediu”, diz Ana Carolina Navarrete, advogada do Idec (Instituto de Defesa do Consumidor), [em entrevista ao UOL](#).

Ao Nexo, a supervisora do Procon-SP, Maria Feitosa, classificou a lista de serviços isentos de taxa como “muito tímida” e disse temer que serviços de acompanhamento não sejam realizados como deveriam por conta dos novos formatos.

“O consumidor vai deixar de fazer o tratamento preventivo da saúde, vai retardar ao máximo a sua ida ao médico, se não tiver o valor para cobrir sua coparticipação ou franquia.”

Para Feitosa, a medida não deve implicar redução significativa dos custos, mas sim um eventual encarecimento dos serviços. “O que nós temos medo é de que no futuro se comecem a ofertar muitos planos nesse modelo, de franquia e coparticipação, e se deixem de oferecer

- ou façam a um valor muito superior ao que é praticado hoje no mercado - planos sem esses mecanismos.”

“Foi a mesma coisa que aconteceu com o plano coletivo e individual. Quando começou a existir o coletivo, o individual praticamente saiu do mercado. Hoje, ele é muito caro, o consumidor não consegue contratar porque é um valor absurdo.”, analisa.

De acordo com o presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), Reinaldo Scheibe, a coparticipação é uma maneira de fazer com que o usuário passe a ser “corresponsável pelos seus gastos”.

“Isso não é deixar de dar assistência. A finalidade é que a pessoa tenha o conhecimento de quanto custa o seu tratamento”, disse, em entrevista ao Nexo. Segundo dados da Abramge, as despesas com tratamentos de saúde [cresceram 41% em três anos](#) (entre 2014 e 2017).

Órgãos como a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) argumentam ainda que a medida deve estimular novas formas de contratação de planos e aumentar a sustentabilidade do setor.

“É bom lembrar que a franquia e a coparticipação são opcionais, ou seja, o consumidor pode ou não optar pelo plano com essas características. Caberá a cada um analisar, dentro das suas necessidades médicas e possibilidades financeiras, optar entre planos com ou sem franquia”, disse a FenaSaúde, em nota enviada ao Nexo.

“O mais importante é que o consumidor passará a ter mais escolhas. A competição entre as operadoras, por sua vez, evitará o risco de planos excessivamente caros”, completa o documento.

Segundo dados da ANS em fevereiro de 2018, o sistema suplementar de saúde do país, que envolve os planos e seguros, conta com 47,4 milhões de usuários.

AÇÃO QUE QUESTIONA NORMAS DA ANS SOBRE ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS PARA NO STF

JOTA –30/04/2018

Processo, apresentado à Corte pelo PSL, teve inclusive adoção de rito abreviado para ser julgado diretamente no plenário

Apesar de ter o rito abreviado, a Ação Direta de Inconstitucionalidade 5756 que questiona normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tratam das administradoras de benefícios está parada no Supremo Tribunal Federal há 180 dias.

O alerta de que o processo está parado, aguardando julgamento, foi tocado hoje pelo Rui, o robô criado pelo JOTA para acompanhar o andamento de processos e alertar automaticamente pelo Twitter quando os processos fazem aniversário (siga o perfil @ruibarbot no Twitter).

Na ação, o PSL afirma que as normas questionadas criaram uma nova figura no mercado de saúde suplementar, as administradoras de benefícios, que podem reunir diversas pessoas jurídicas em um mesmo plano de saúde.

Para o partido, isso provoca um desequilíbrio entre os diversos integrantes dessa atividade econômica ferindo os princípios da livre

iniciativa – uma vez que as normas acabaram criando uma reserva de mercado para as administradoras de benefício, da igualdade e do cooperativismo.

As normas, defende a sigla, proíbem as operadoras de planos de saúde de efetuarem a cobrança diretamente aos beneficiários dos planos coletivos, o que praticamente inviabilizou a contratação de planos coletivos sem a intermediação das administradoras de benefícios, “as quais passaram a assumir a posição de verdadeiras protagonistas desse mercado, ocasionando a concentração dessa atividade econômica em ‘gigantes’ do setor que, por tais razões, acaba atravessando uma prolongada, intensa e contínua fase de degradação”.

As normas que a legenda pretende ver declarados inconstitucionais são toda a Resolução Normativa (RN) ANS 196/2009; os artigos 5º, 9º e 14 da RN ANS 195/2009; o parágrafo 2º do artigo 2º da RN ANS 205/2009 e o artigo 30 da RN ANS 295/2012.

Em agosto do ano passado, o ministro Gilmar Mendes, relator, aplicou o rito abreviado, previsto no artigo 12 da Lei 9.868/1999, que estabelece que o plenário poderá julgar diretamente a ação em seu mérito, sem passar pela análise do pedido de medida cautelar.

A última movimentação no processo é do dia 31 de outubro de 2017, com o parecer da [Procuradoria-Geral da República](#) defendendo a rejeição da ação por questão processual, uma vez que o entendimento é que “não cabe ação direta de inconstitucionalidade contra atos de natureza regulamentar, que encontram fundamento em texto infraconstitucional”.

“Dessa maneira, as resoluções questionadas não podem ser objeto de ADI, tendo em vista possuírem inegável natureza de ato normativo secundário. Na hipótese de haverem extrapolado o poder regulamentar, ter-se-ia caracterizada crise de legalidade, e não de constitucionalidade, a evidenciar impossibilidade de conhecimento da

ação. Com efeito, a análise da constitucionalidade do regulamento editado pela ANS haveria de passar, antes de se chegar ao nível constitucional, pelo exame de compatibilidade com a legislação infraconstitucional acima referida, configurando típico caso de ofensa reflexa à Constituição”.

SAÚDE: EXISTEM SOLUÇÕES PARA O ATUAL CENÁRIO DO SETOR NO BRASIL?

FenaSaúde –27/04/2018

Superintendente de Regulação da FenaSaúde participa do Simpósio Brasileiro de Defesa do Consumidor

O cenário de saúde no Brasil envolve os mais variados desafios – e não poupa nenhum dos envolvidos na relação de consumo. Empresas, governos, órgãos de defesa do consumidor e clientes são afetados por questões problemáticas que envolvem custos, ineficiência, burocracia e falta de diálogo.

Não por acaso, o assunto foi tema de discussão realizada no Simpósio Brasileiro de Defesa do Consumidor. Mediado por Sandro Leal Alves, superintendente de Regulação da FenaSaúde, o painel contou com a participação de Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da ANAB; Rogério Caiuby, diretor de Estratégia e Projetos do Hospital Sírio-Libanês; Henrique João Dias, superintendente de Marketing, Produtos e Sustentabilidade da Seguros Unimed e Simone Sanches Freire, diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ao início do debate, o presidente da ANAB destacou o excesso de regulação no mercado de saúde. “Temos centenas de normas impostas pela ANS e, mesmo assim, vemos sempre um consumidor insatisfeito com atendimentos não realizados”, aponta. “A judicialização cresce por isso no setor. Temos que focar muito nas questões que trazem preocupação para o consumidor, como o reajuste que é sempre alto”.

Nesse sentido, ele argumenta que é preciso enfrentar a forma de realização desse ajuste. “É um drama, porque de um lado há operadoras sérias, falando de suas sinistralidades. De outro, uma há uma arrecadação que não está dando conta de cobrir despesas”, diz. “Temos que unir todos os atores nessa situação para discutir sobre ela”.

Transparência e reajuste

Dias, por sua vez, afirma que o problema de atrito entre consumidor e empresa tem alguns pilares que poderiam ser usados para obter melhorias. “Quando você traz a tecnologia para a experiência do

consumidor, efeitos de reclamação são minimizados, gerando mais entendimento”. Nesse sentido, ele conta que a Unimed investe em técnicas para melhorar a jornada do cliente – e isso inclui o reajuste. Porém, ele sustenta que é fundamental desenvolver um novo modelo de saúde, pois o que temos hoje “é um choque em branco e não existe uma responsabilidade compartilhada”.

O diretor de Estratégia e Projetos do Hospital Sírio-Libanês concorda com a ideia de que o setor de saúde ainda tem muito a evoluir – seja em transparência, comunicação ou experiência. “No modelo que está, muito tem que melhorar em regulamentação, repasse, meios de pagamento. Mas talvez a questão central seja a mudança na lógica da prestação de serviço. Até agora, esta o valor do produto está associado ao tamanho de pessoas que o acessam. A lógica tem que ser de como conseguimos promover a saúde dos consumidores antes de eles ficarem doentes, de que forma podemos evitar que ele precise voltar ao médico”, diz.

Ou seja: deve-se considerar uma vitória apenas após o momento em que o cliente volta a ter a saúde que tinha antes de ficar doente e não de quanto tempo ele demorou para ir embora do hospital.

Modelos (de remuneração, de atenção, de reajuste)

Simone, da ANS, ressalta que órgãos reguladores não defendem pessoas ou empresas, mas têm o objetivo de colocar o mercado para funcionar. “O diálogo também precisa ser implementado na saúde, porque o cliente dessas empresas, quando precisam reclamar, estão em situação de vulnerabilidade”, afirma. “O consumidor tem que saber tudo o que está consumindo. E no plano de saúde isso é fundamental, porque ele é um serviço limitado em termos de número de serviços”.

Nesse sentido, ela comenta que, a cada liberação fora do rol de procedimentos compreendidos pela ANS, o resto das pessoas tem que pagar o preço. Nesse ritmo, conforme fica mais caro, as pessoas param de pagar e todos são prejudicados. “Recursos são finitos”, afirma Simone. “É um modelo centrado na doença, as empresas são um meio para o acesso”. Por fim, ela afirma que um dos maiores desafios do órgão regulador é ganhar eficiência na percepção de que alguns modelos estão ultrapassados, algumas normas, e fazer isso com velocidade.

Fonte: Melissa Lulio - A Era do Diálogo

AGENDA DA ANS DEBATE PROGRAMAS DE INDUÇÃO À QUALIDADE

ANS –27/04/2018

Nesta quinta-feira (26/04), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou a [Agenda para o Desenvolvimento Setorial: eixo de estímulo e indução à qualidade](#), evento voltado à indução de boas práticas no mercado de saúde suplementar. No encontro, que agregou temas voltados ao desenvolvimento setorial, a Agência lançou o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS). A iniciativa vai estimular a qualificação, fortalecimento e reorganização da atenção

básica no setor, por meio da instituição de selo de qualidade e a implementação de modelos adequados de remuneração. Leia mais sobre o novo projeto.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, iniciou a agenda explicando que a proposta do evento é aprimorar as ações que já vem sendo debatidas na Agência para cumprir a missão institucional de desenvolver a saúde suplementar. “É importante levar para o setor e toda a sociedade propostas efetivamente aplicáveis, que possam gerar resultados positivos. O Projeto APS vai ao encontro dessa expectativa”, afirmou Rodrigo Aguiar, lembrando que a ANS reuniu na mesma agenda os temas de acreditação das operadoras, Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e

modelos de remuneração diante da relevância singular deles para o setor.

O projeto da ANS voltado à atenção primária foi apresentado pela coordenadora de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial, Daniele Silveira, que apontou que o programa pretende envolver a integração do cuidado em saúde centrado no paciente. "O Projeto APS funciona como um grande ordenador de todo o sistema de saúde e pode ser altamente resolutivo", afirmou. A atenção primária resolve até 85% dos problemas de saúde da população, por isso é fundamental incentivar e aprimorar esse tipo de ação. Além da melhoria do cuidado, a implementação de estratégias de atenção primária contribui para a sustentabilidade do setor.

O evento contou ainda com participação do representante do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), João Paulo Pieroni, que informou que o banco deve firmar parceria com a ANS para incentivar projetos em atenção primária na saúde suplementar, por meio de recursos destinados à implementação de estruturas. "Saúde é uma prioridade dentro do planejamento do BNDES. Acreditamos que o modelo de saúde precisa ser revisto. Por isso, apoiamos o projeto e temos interesse em fortalecer a parceria com a ANS", informou Pieroni.

Acreditação de operadoras

Na sequência da reunião, a Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante, apresentou as mudanças que estão sendo discutidas pela ANS para promover melhorias no Programa de Acreditação de Operadoras. Atualmente, cerca de 20% dos beneficiários de planos de saúde estão em operadoras acreditadas. "É o momento de avançar. Temos um número importante de operadoras acreditadas, já amadurecemos bastante o assunto e realizamos várias oficinas com participação expressiva do setor", disse a gerente.

Entre as mudanças previstas, estão melhorias nas dimensões dos indicadores, nos critérios para pontuação dos itens, na forma de avaliação das entidades acreditadoras e na qualificação de auditores. Também está sendo discutida a inclusão de acreditação para operadoras exclusivamente odontológicas.

As mudanças, que devem ensejar a publicação de uma nova Resolução Normativa, atualizando a que está em vigor (RN nº 277) que regulamenta o tema, serão submetidas à participação social, para que a sociedade possa se envolver e opinar. A publicação da nova RN, contendo regras de transição, deve ocorrer ainda em 2018.

IDSS 2018

O REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

IESS –27/04/2018

Uma percepção é bastante comum para diversos grupos de pessoas: uma hora ou outra você acaba ouvindo reclamações sobre o reajuste dos planos de saúde, sejam os individuais ou coletivos. Muitos chegam até a recorrer à justiça com relação ao aumento. No ano passado, o reajuste nas mensalidades liderou o ranking de reclamações no Idec (Instituto Nacional de Defesa do Consumidor).

Mas afinal, de onde vem o reajuste dos planos de saúde e porque ele é acima da inflação geral? Um dos objetivos do TD 69 é justamente responder essa pergunta mostrando que o fenômeno não é exclusividade do nosso modelo de saúde suplementar. Como temos mostrado, a VCMH (Variação de custos médico-hospitalares) acima da inflação acontece em âmbito mundial, tanto em países

À tarde, a coordenadora da Qualificação de Operadoras da agência reguladora, Rosana Neves, explicou às operadoras presentes a proposta da Agência de ajustes no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) para 2018. A ferramenta avalia o desempenho das operadoras de planos de saúde e embasa as faixas de classificação da ANS de acordo com a qualidade do serviço prestado. A coordenadora esclareceu que 90% dos indicadores se mantêm, mas que a Agência propôs modificações pontuais que devem ser observadas pelas empresas.

"É importante qualificarmos cada vez mais o IDSS para avaliar a performance real das operadoras e a assistência prestada aos beneficiários. Essa mudança vai orientar o preenchimento de ferramentas fundamentais para a reguladora, como o TISS e o SIB", explicou Rosana Neves. O diretor Rodrigo Aguiar complementou que as novidades são importantes para conduzir o mercado às melhores práticas regulatórias. "Vamos avaliar as considerações feitas pelo setor, por isso trouxemos o tema para apresentação na agenda, mas devemos entender que é preciso avançar para reduzir a assimetria de informações no setor. Esse é o principal objetivo", avisou o diretor.

10ª reunião do GT de Remuneração

O evento foi concluído com a realização da 10ª reunião do Grupo Técnico (GT) de Remuneração, iniciativa da ANS que reúne representantes do setor para debater novos modelos de remuneração. O diretor adjunto de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira, apresentou os principais encaminhamentos do GT e informou aos presentes que as discussões sobre remuneração passam a acontecer de forma fixa no Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), grupos permanentes de trabalho.

"A discussão dos modelos de remuneração é uma iniciativa inovadora da ANS. É importante agora consolidarmos esse trabalho e darmos um novo passo, avançarmos no debate. Nesse sentido, a ANS vai formalizar a reformulação do COTAQ, para abarcar as propostas e fundamentar uma nova frente de trabalho", anunciou o diretor adjunto. O GT de Remuneração atualmente está em sua segunda fase e deve entrar em nova etapa em setembro de 2018. A coordenadora Daniele Silveira orientou sobre as propostas para a próxima fase e o cronograma inicial das próximas reuniões do GT.

A Agenda para o Desenvolvimento Setorial: eixo de estímulo e indução à qualidade reuniu cerca de 150 pessoas ao longo do dia 26/04, entre representantes de entidades do setor, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços, imprensa e órgãos de defesa do consumidor. As apresentações e gravações estão disponíveis [aqui](#).

emergentes como no Brasil (média de 3,4 vezes acima da inflação da economia) e México (média de 3,2) quanto em países com economias estáveis, como Reino Unido e Canadá, em que a média da variação é de 2,9 e 4,7 vezes a inflação geral, respectivamente.

Para quem acompanhou, esta semana apresentamos uma série de publicações a respeito das especificidades dos custos em saúde com base no [TD 69 – "Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional"](#). Explicamos as [diferenças entre VCMH e IPCA; fatores propulsores dos custos; características do caso brasileiro](#) e [mundial](#).

Os fatores que levam ao aumento dos custos e consequente reajuste são antigos conhecidos. Envelhecimento populacional, aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, avanços tecnológicos e sua incorporação sem a correta análise de custo-

efetividade, modelo de pagamento, excessos por parte dos profissionais e dos pacientes e outros fatores.

Não é novidade afirmar que o reajuste também não é positivo para as empresas do setor, a perda de capacidade de pagamento por parte do beneficiário pode representar a migração para outras operadoras, mudança para planos com cobertura inferior ou até mesmo abdicar da saúde suplementar.

É necessário, portanto, um esforço em conjunto dos órgãos governamentais, como Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento aliado à cadeia de saúde suplementar – agência reguladora, operadoras e prestadores de serviço – bem como dos profissionais de saúde e beneficiários de planos.

A mudança no modelo assistencial é ordem do dia para garantir a sustentabilidade do setor para se repensar a respeito e garantir o melhor gerenciamento dos recursos disponíveis, privilegiando a

qualidade e o desfecho clínico ao invés de promover excesso de exames e procedimentos.

Vale lembrar, por exemplo, o modelo da África do Sul, que possui um mercado de saúde suplementar semelhante ao brasileiro e efetuou mudanças no seu modelo de pagamento e apresenta uma variação do custo muito próxima da inflação geral – média de 1,6 acima. Entre os dez países com maior diferença entre a variação de custo médico-hospitalar e inflação, seis utilizam o fee-for-service.

Outro ponto importante nesta agenda é a informação e a correta comunicação sobre as necessidades do setor, seja proporcionando maior transparência e previsibilidade sobre os reajustes para os agentes e o beneficiário ou ainda na melhoria do conhecimento do [judiciário sobre o setor](#), já que excessos em recorrer à Justiça também representa um fator propulsor dos custos no caso brasileiro.

AUMENTOS ABUSIVOS NOS PLANOS DE SAÚDE AFASTAM CONSUMIDORES, DIZEM DEBATEDORES

Agência Senado –26/04/2018

A falta de opções e o aumento abusivo das mensalidades dos planos de saúde obrigam os consumidores a optarem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa questão foi destacada por especialistas da área da saúde em audiência pública na Comissão de Direitos Humanos (CDH) nesta quinta-feira (26).

O senador Paulo Paim (PT-RS), que requereu a audiência pública, apresentou dados para demonstrar a precariedade da situação dos planos de saúde no Brasil.

— Se os gastos do Sistema Único de Saúde estão congelados por vinte anos, como será o futuro com a migração de 13 milhões de pessoas com plano de saúde para esse sistema? — questionou.

Para Igor Britto, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), os ajustes de mensalidades dos planos prejudicam a saúde e levam ao endividamento dos consumidores.

— O aumento não vai trazer melhoria para o consumidor. Vai fazer com que ele deixe de usar o plano e recorra à saúde pública.

Britto comentou ainda a questão dos planos coletivos, que correspondem a mais de 80% dos planos de saúde. Nessa modalidade, segundo ele, o consumidor não tem escolhas.

— O consumidor novo que entrar num plano coletivo não vai escolher se é de coparticipação ou se é de franquia. Ele é obrigado a aceitar o plano que o empregador, a entidade ou a associação dele teve condições de participar.

Segundo Gustavo Macieira, representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a agência reguladora está propondo regras mais claras para institutos amplamente utilizados, para conferir maior segurança jurídica e proteção aos beneficiários.

— São regras mais claras para utilização de franquia e coparticipação em oposição aos regramentos genéricos em vigor, que dificultam a própria atuação fiscalizatória da ANS. Uma das propostas é a previsão de limites fixos de cobrança que o beneficiário possa arcar por mês com o plano de saúde, que seria o valor da contraprestação ordinária mais o valor extraordinário a ser pago por conta da franquia ou coparticipação.

Plano dos servidores

Os participantes da audiência discutiram ainda a situação que a Geap, prestadora de plano de saúde dos servidores públicos federais, tem vivido. Veículos de comunicação têm divulgado que se a operadora não conseguir uma injeção de R\$ 130 milhões até 30 de junho, poderá entrar em liquidação judicial pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para a diretora da Secretaria de Aposentados da Federação Nacional de Sindicatos da Saúde, Trabalho e Previdência Social (Fenasps), Ana Luisa Dal Lago, não é possível que um plano de saúde promova reajuste de mais de 19%, sendo que não há aumento salarial para o servidor.

— Se o objetivo do governo é jogar os servidores para os planos privados, não vai conseguir, porque os servidores não têm dinheiro para pagar. São servidores aposentados com mais de 60 anos. Se a Agência Nacional de Saúde Suplementar regula somente a parte da legislação e não vê a importância da Geap para os servidores e para o próprio Sistema Único de Saúde, o SUS não tem como abarcar e receber 300 mil vidas. Ele também está falido.

ANS LANÇA PROJETO PARA ESTIMULAR ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

ANS –26/04/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou nesta quinta-feira (26/04) o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS). A iniciativa prevê a concessão, por intermédio de entidades

acreditadoras independentes, de um selo de qualidade às operadoras de planos de saúde que cumprirem requisitos pré-estabelecidos. O objetivo de instituir o selo APS é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar no sistema de saúde. O projeto propõe ainda a implementação de modelos adequados de remuneração de prestadores, com foco no cuidado do paciente, e a adoção de indicadores para monitoramento dos resultados em saúde. A proposta da ANS é que a adesão seja voluntária.

O Projeto APS pretende envolver a coordenação e a integração do cuidado em saúde centrado no paciente, incentivando o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, especialmente de doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes em adultos e idosos, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer. Doenças e condições ligadas ao ciclo de vida (de crianças e adolescentes), à maternidade e ao período perinatal, além de doenças emergentes, como depressão e quadros de demência e doenças bucais mais prevalentes, como cárie e doença periodontal também poderão ser tratados no programa.

“Estamos propondo a desconstrução de um modelo vigente por décadas, e que tem se mostrado ineficaz. Hoje, o paciente começa o atendimento em uma instância de maior complexidade (hospital) e não encontra organização e linearidade no cuidado. Dessa forma, recebe uma assistência fragmentada e que acaba gerando também muitos desperdícios ao longo do sistema”, explica o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar. Com a implementação do projeto, espera-se a ampliação do acesso dos beneficiários a médicos generalistas; a vinculação dos doentes crônicos a coordenadores de cuidado; a redução das idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência e das internações relacionadas a casos que podem ser resolvidos na atenção primária; e a ampliação da proporção de usuários que fazem uso regular de um mesmo serviço de saúde. Esses itens serão medidos através de indicadores específicos.

“Estima-se que atenção primária resolva de 80% a 85% dos problemas de saúde da população, ou seja, é um nível fundamental da assistência que precisa ser incentivado e aprimorado para que tenhamos melhores resultados em saúde e para que todo o sistema funcione bem. Além da melhoria do cuidado, a implementação de estratégias de atenção primária contribui para a sustentabilidade do setor, já que são capazes de reduzir custos ao focar em prevenção e promoção da saúde”, analisa a Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial, Ana Paula Cavalcante.

Para elaborar a proposta do Projeto APS, a Agência está utilizando experiências bem-sucedidas que já vem desenvolvendo em conjunto

com operadoras e prestadores de serviços de saúde, como os projetos Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede. A proposta também é inspirada em experiências desenvolvidas em outros países, como Reino Unido e Canadá, baseadas em premissas como acolhimento, coordenação e integralidade do cuidado, orientação ao paciente e à comunidade, cuidado multiprofissional e foco em promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos. “Partimos de necessidades identificadas para melhorar o cuidado aos pacientes com condições crônicas, reconhecendo a importância da reorientação dos modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde, contando com os resultados já factíveis atingidos em outros projetos que estamos desenvolvendo. Estamos confiantes que teremos muitas adesões de operadoras interessadas em melhorar a qualidade da atenção prestada a seus beneficiários”, avalia o diretor.

Os requisitos que devem ser cumpridos pelas operadoras interessadas em participar do projeto se enquadram em seis eixos: planejamento e estruturação técnica; ampliação e qualificação do acesso; integração e continuidade do cuidado; interações centradas no paciente; monitoramento e avaliação da qualidade; e modelos inovadores de remuneração baseados em valor.

Antes de ser implementado, o projeto ainda será submetido à participação social para que o setor de saúde suplementar e a sociedade de maneira geral possam conhecer em detalhes as propostas e contribuir com sugestões. A previsão é que a iniciativa possa começar a ser executada ainda este ano.

Parceria com BNDES

A ANS também pretende firmar uma parceria com o BNDES como forma de fomentar projetos em APS na saúde suplementar por meio de recursos destinados à implementação de estruturas necessárias de atenção primária. “Estamos trabalhando nessa parceria com o BNDES como forma de incentivo para as operadoras se adequarem ao modelo APS”, reforça Aguiar.

BRASIL CADA VEZ MAIS IDOSO EXIGE RAPIDEZ EM ADAPTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –26/04/2018

Foco em prevenção e qualificação profissional pode reduzir impacto no sistema

SÃO PAULO O rápido processo de [envelhecimento populacional](#) representa hoje um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro.

Em 2030, o país terá mais idosos do que crianças pela primeira vez na história. Serão 41,5 milhões (18% da população) de pessoas acima de 60 anos, contra 39,2 milhões (17,6%) das que terão de zero a 14 anos. Hoje os idosos somam 29,4 milhões (14,3%).

Essa transição demográfica, que na Europa levou 180 anos, deve acontecer em metade desse tempo no Brasil.

Isso implicará em mudanças profundas nas políticas públicas de saúde, assistência social e Previdência. “É uma velocidade sem precedentes. Afetará a todos, a saúde pública e a saúde suplementar”, diz o economista José Cechin, diretor-executivo da Fenasaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) e ex-ministro da Previdência Social.

Um país mais velho demandará mais gastos em saúde porque haverá aumento da carga de doenças crônicas. Segundo a Fenasaúde, se o país tivesse hoje o perfil demográfico de 2030, 1,32% das despesas anuais em saúde seria decorrente do fator etário.

No SUS, os gastos poderão atingir R\$ 115 bilhões por ano em 2030 —hoje estão em torno de R\$ 45 bilhões anuais. Atualmente, 70% dos idosos dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

Ao mesmo tempo, a redução dos recursos para a saúde e as mudanças na política de atenção básica, já em curso, podem enfraquecer a ESF (Estratégia Saúde da Família) e se tornarem ameaças à assistência dos idosos, na opinião de pesquisadores.

“Mesmo em épocas de adversidades, o Brasil teve grandes avanços nas políticas públicas em relação à saúde e aos direitos dos idosos. Mas vivemos um momento de desmonte do SUS e das políticas de bem-estar social”, diz a pesquisadora Dalia Romero, coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde e Envelhecimento (Fiocruz).

O problema, contudo, não se resume ao subfinanciamento. Para o médico geriatra José Elias Pinheiro, presidente da SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), o tratamento dos idosos nos serviços de saúde é ineficaz.

“Faltam profissionais capacitados na ponta [atenção primária]. Há muitos encaminhamentos equivocados, excesso de medicalização e pedidos desnecessários de exames”, diz.

Um exemplo é o idoso que apresenta esquecimento por condições clínicas, como hipotireoidismo e falta de vitamina B12, e não por processos demenciais.

“São situações simples de se corrigir na atenção básica. Mas por falta de treinamento dos profissionais, há encaminhamento para especialistas [como neurologista] e pedidos de exames caros [como ressonância magnética].”

Na opinião do médico e gerontólogo Alexandre Kalache, presidente do Centro Internacional da Longevidade no Brasil, a mudança precisa começar nas faculdades, com a atualização dos currículos dos cursos da área de saúde.

“Os profissionais de saúde que se formam hoje não adquirem conhecimento sobre como cuidar desse paciente [idoso], que se tornará cada dia mais frequente nos serviços de saúde”, afirma.

Estudo do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) aponta que o envelhecimento elevará o total de internações de [beneficiários](#) em mais de 30% até 2030. Na faixa etária de 59 anos ou mais, o total de internações vai mais que dobrar no período.

Hoje, 12,5% dos cerca de [50 milhões de usuários de planos de saúde](#) têm 60 anos ou mais. Quase 90% têm algum tipo de doença crônica, como diabetes, artroses e câncer.

Para Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, o caminho para a sustentabilidade do setor passa pela mudança no modelo assistencial, hoje focado em especialistas e em hospitais.

Promoção da saúde e reforço da atenção primária, com acompanhamento médico contínuo e focado no indivíduo, não na doença, são receitas para os setores público e privado, diz Carneiro.

Atualmente, idosos estão “soltos” no sistema de saúde. Passam por vários especialistas, fazem inúmeros exames, usam muitas

medicações (que podem interagir entre si e causar danos), mas não há ninguém cuidando deles como um todo.

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) criou há dois anos um novo modelo de atenção aos idosos na rede privada que está sendo testado por um grupo de operadoras para evitar as atuais falhas na assistência e o aumento dos custos.

Uma das propostas é que os centros geriátricos sejam capazes de reconhecer riscos que possam agravar a saúde do idoso e que, a partir disso, atuem de forma preventiva.

Além de um médico de referência, há um enfermeiro para orientá-lo conforme a necessidade, como tirar dúvidas sobre a medicação.

Para José Cechin, as pessoas também precisam pensar mais em prevenção, e mudar hábitos de vida para evitar ou postergar a instalação de doenças crônicas na velhice. “São atitudes individuais que deveriam ser mais fomentadas pelas operadoras”, diz.

Na sua opinião, porém, um novo modelo assistencial voltado à promoção de saúde e prevenção implica em novas formas de remuneração, que valorizem o desempenho e não quantidade de procedimentos realizados.

Tanto ele quanto Carneiro defendem que o país precisa pensar sobre esses desafios de forma integrada e a médio e longo prazos.

“Hoje não há planejamento. As coisas mudam a cada um ano e meio com a troca de ministro [da saúde]. O país precisa de um plano que trace metas a serem cumpridas independentemente do governo que está ali, uma agenda reestruturante que envolva os setores público e privado”, diz Carneiro.

CONCENTRADA EM GRANDES CIDADES, OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES DIMINUI NA MAIOR PARTE DO PAÍS

Folha de S. Paulo –26/04/2018

Unidades de menor porte sofrem com a crise; SUS ainda é responsável por maioria dos atendimentos

SÃO PAULO O Brasil tem cerca de 6.000 hospitais —deles, 4.400 são privados. Mas o SUS responde pela maior parte dos [atendimentos hospitalares](#) do país: 302.542 leitos contra 135.481 particulares.

São números que encolheram nesta década. Levantamento do CFM (Conselho Federal de Medicina) mostra redução de 23.600 leitos no SUS de 2010 a 2016 e, desde então, mais 10 mil foram desativados.

A rede privada também sofre: pesquisa da FBH (Federação Brasileira de Hospitais) mostra que há hoje 31.454 leitos a menos que em 2010. São 1.797 hospitais privados que fecharam as portas, 70% deles com até 50 leitos. Como foram abertas 1.367 instituições, são 430 hospitais a menos.

Os [gargalos da rede pública](#) são velhos conhecidos: falta de investimento e repasses defasados. O SUS paga cerca de 45% do custo dos procedimentos, segundo o CFM e a FBH.

Em nota, o Ministério da Saúde diz que faz adequações periódicas na Tabela SUS. No ano passado, foram reajustados 79 procedimentos. Desde 2010, foram mais de mil.

Segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o debate sobre modelos de remuneração vem ocorrendo nas principais ações da agência, por meio de grupos de trabalho e pesquisas.

A rede privada de pequeno porte sente o impacto da crise e o encolhimento dos planos de saúde. “Além da questão da escala, o relacionamento com as operadoras e o poder de barganha são menores”, diz [Bruno Sobral de Carvalho](#), consultor responsável pelo estudo da FBH. As pequenas instituições reclamam do prazo para pagamento das operadoras, que chega a 120 dias, e dos contratos pouco flexíveis.

Esses hospitais servem de referência também para atendimentos de alta complexidade do SUS em cidades do interior e são a grande maioria no país. Mais da metade das instituições privadas tem até 50 leitos. Não há sinalização de recuperação no curto prazo, segundo Carvalho. “A perda na rede privada significa 1,7 milhão de internações a menos. Seriam necessários R\$ 31 bilhões para reposição.”

Enquanto isso, os investimentos se concentram em hospitais de grandes cidades e de grande porte (mais de 150 leitos). A Anahp ([Associação Nacional dos Hospitais Privados](#)) constatou que 49 instituições tiveram aumento de 24% no número de leitos de 2010 a 2017. A associação tem entre seus membros os 103 maiores hospitais do Brasil.

“Essas instituições estão em cidades com economia forte e podem investir porque têm boa carteira de pacientes para explorar”, diz Tércio Kasten, presidente da CNS (Confederação Nacional da Saúde).

É o caso da Rede D’Or, que investirá R\$ 1 bilhão até 2019 em três hospitais oncológicos de São Paulo, Rio e Brasília.

Em construção, a unidade brasileira do Sírio-Libanês deve ficar pronta em novembro e oferecerá 144 leitos ao custo de R\$ 260 milhões. No Rio, o CHN (Complexo Hospitalar de Niterói) fez um aporte de mais de R\$ 100 milhões, dobrou de tamanho e abriu 194 leitos. O Hospital Alemão Oswaldo Cruz abriu em julho de 2017 a unidade Vergueiro, em São Paulo, com 260 leitos.

O Ministério da Saúde não estabelece número de leitos ideal para o país. Sem índice fixo, a Organização Mundial da Saúde aponta que a média mundial é de 3 leitos por mil habitantes. O Brasil tem 2 leitos para mil habitantes. "A média mundial inclui países bem mais pobres, então nossa taxa está ruim", diz Carvalho.

PREVENÇÃO REDUZ DESPESAS COM SEGURO SAÚDE

Valor Econômico –26/04/2018

Apostar na saúde. Eis um investimento que rende bons frutos para todos. O mundo corporativo e as operadoras de saúde têm um interesse ainda maior nisso: redução de custos. Se o cliente estiver bem, menor será o uso dos serviços médicos. "É como previdência. Quanto antes a pessoa começa a cuidar da saúde, mais benefícios terá com o passar dos anos", diz Maurício Lopes, vice-presidente de saúde da SulAmérica, que tem o programa Saúde Ativa, com mais de 90 mil inscritos, para estimular hábitos saudáveis, além de outros programas como o Idoso Bem Cuidado.

De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), nos últimos dez anos, os gastos médicos aumentaram 232%; a inflação no mesmo período foi de 71%, em média, de acordo com IPCA, ao mesmo tempo em que os planos foram reajustados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em 158%. "A renda da sociedade brasileira não suporta o aumento desmesurado dos custos da medicina. Combater desperdícios e melhorar a eficiência são premissas básicas para dar sustentabilidade à saúde suplementar", defende Solange Beatriz Palheiro, presidente da FenaSaúde.

A moda pegou. A visão passou a ser cuidar do cliente e não apenas administrar e viabilizar o atendimento, como era feito no passado.

ICEBERG DOS CUSTOS

FenaSaúde –25/04/2018

Confira o artigo da presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, no Jornal O Globo

Quando um bloco de gelo se desprende de uma geleira, muitas vezes não se tem ideia de seu tamanho, de sua magnitude, porque a maior parte dessa massa está submersa, longe dos olhos. Com os custos na área da saúde privada, é semelhante. O seu efeito parece ter a ver apenas com o que está acima da linha d'água — o aumento das mensalidades. Em 2018, a discussão será em um cenário da mais baixa inflação dos últimos 20 anos. Como explicar que o reajuste deva vir acima da inflação? Para compreender esse fato, não bastará olhar para a ponta do iceberg.

As operadoras de planos de saúde são as únicas reguladas e fiscalizadas pelo governo, com processos consolidados e transparentes de prestação de contas. Mesmo assim, 85% dos custos das operadoras não são por elas gerenciáveis. É a imensa massa abaixo da linha d'água do iceberg. A alta proveniente dos serviços médicos é repassada ao consumidor. Para cada R\$ 100 recebidos, o setor gasta R\$ 99,3. Poucos sabem que, nos últimos dez

"É um índice difícil de se adequar ao grau de complexidade de nosso país", afirma Jecé Freitas Brandão, do Conselho Federal de Medicina.

Para Ana Maria Malik, coordenadora do FGVSaúde, a discussão não deve estar focada em número de leitos, e sim em gerir melhor os leitos disponíveis, que acabam usados por pacientes que não precisariam estar internados em um modelo único de hospital.

"O Brasil é hospitalocêntrico e sofre deficiência importante em termos de políticas públicas para tratar quem não precisa de hospital", diz. "É mais razoável aumentar a eficiência das instituições segundo necessidades locais que pensar só em números".

Segundo pesquisa da Mercer Marsh Benefícios, realizada em 2017 com 690 empresas que juntas empregam 1,7 milhão de colaboradores, os investimentos em programas de saúde e bem-estar dos funcionários cresceram 21% nos últimos dois anos. Em 2017, as empresas investiram R\$ 271,2 por funcionários, valor acima dos R\$ 224,1 direcionados para programas de saúde e bem-estar em 2015. O estudo também mostra que nos próximos dois anos 38% das empresas pretendem aumentar seus investimentos em saúde.

A fim de manter a base de segurados saudável, o Bradesco Saúde criou o programa Juntos pela Saúde. "A mudança de hábitos de vida é fundamental em qualquer programa de saúde, não sendo diferente no acompanhamento de pacientes com patologias crônicas", diz Flávio Bitter, diretor gerente da Bradesco Saúde e da Mediservice. Quando o programa, que tem como meta estimular a prática esportiva, teve início, 28,7% da base de clientes praticava esporte. "Hoje, 38,5%", comemora.

A Porto Seguro Saúde adota diferentes estratégias de gestão médica. A superintendente Mônica Bortolossi destaca o home care. "Sempre que o médico do segurado e familiares concordarem e o estado clínico do paciente justificar a medida, a Porto Seguro Saúde libera a implantação de home care para os mais diversos casos", diz.

Na Unimed, o programa "Mude1Hábito" pretende, segundo Orestes Pullin, presidente da Unimed do Brasil, encorajar as pessoas a ter um estilo de vida mais saudável.

anos, em termos práticos, o setor só conseguiu se sustentar pelo resultado financeiro das reservas que protegem os riscos.

Embora o crescimento dos gastos da saúde seja uma realidade no mundo todo, o Brasil chama a atenção. A nossa inflação médica está entre as dez mais elevadas em 2016, segundo relatório da consultoria Aon Hewitt. O que pesa nesse resultado? O avanço da tecnologia médica e o aumento da utilização dos serviços médicos. Por exemplo, a quantidade de utilizações aumentou 6,4% de 2015 para 2016, totalizando 1,4 bilhão de procedimentos (o equivalente a quatro milhões de procedimentos/dia), mesmo tendo ocorrido a perda, no mesmo ano, de 1,5 milhão de consumidores.

Por isso, quando comparada com os índices de inflação, a variação dos gastos com saúde vem aumentando consideravelmente. Entre 2008 e 2016, o IPCA atingiu 65,2%, contra despesas assistenciais médico-hospitalares per capita da ordem de 142,8%, sendo que o reajuste autorizado pela ANS foi de 104,2%. A conta não fecha.

Então, o que pode ser feito para mudar esse quadro de gastos elevados, que impacta o reajuste? Não há uma solução mágica e única que dependa apenas das operadoras. É preciso que toda a cadeia produtiva da saúde busque reduzir e racionalizar custos para dar sustentabilidade ao sistema.

Não há solução mágica que dependa apenas das operadoras. É preciso que toda a cadeia produtiva da saúde busque reduzir e racionalizar custos para dar sustentabilidade ao sistema.

O setor não está parado. Algumas medidas começam a ser testadas. Uma delas é mudar a forma de pagamento dos prestadores de saúde, hoje baseado no modelo de remuneração pela quantidade de procedimentos realizados. O ideal é que se adote o modelo baseado

no melhor resultado para o paciente. O disciplinamento da inovação tecnológica também é assunto que deve interessar a toda a sociedade.

As operadoras são apenas a ponta do iceberg. Toda a cadeia de valor da saúde privada deve contribuir para que o acesso da população a uma medicina de qualidade seja assegurado.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DISCUTIRÁ BOAS PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA EM OPERADORAS

ANS –25/04/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará uma audiência pública para receber sugestões e contribuições da sociedade sobre o desenvolvimento de boas práticas de governança corporativa para a adoção de modelos de capital baseado em risco pelas operadoras de planos de saúde. A atividade acontecerá no dia 04/05, das 14h às 18h, no auditório da ANCINE (Av. Graça Aranha, 35/11º andar, centro do Rio de Janeiro).

A mudança da regra de capital adicional exigido das operadoras - de margem de solvência para capital baseado em risco – é um assunto que vem sendo amplamente debatido pelo setor no âmbito do Comitê Permanente de Solvência. A regra atual sobre o tema irá vigorar até 2022. Depois disso, as operadoras deverão aderir ao modelo de capital baseado em risco.

Para Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e presidente substituto da ANS, é fundamental estabelecer medidas que contribuam para a gestão de risco no setor. “A operação de planos de saúde envolve riscos e boa parte das operadoras ainda não amadureceu práticas de gestão capazes de suportar esses riscos. Levantamento preliminar feito pela ANS constatou que problemas de gestão são constantemente apontados entre as causas que levaram operadoras ao encerramento das

atividades”, explica o diretor. “A ideia de realizarmos uma audiência pública é, portanto, contribuir com medidas de governança corporativa capazes de fortalecer e aprimorar a gestão das operadoras para assegurar o atendimento aos beneficiários de planos de saúde”, destaca Fonseca.

São esperadas contribuições relacionadas a três pontos: aspectos de governança a serem requeridos pela ANS (com foco em controles internos e gestão de riscos); formas de verificação do cumprimento das normas (verificação in loco pela ANS, auditoria independente ou através de organismo de certificação acreditado pelo INMETRO); e cronograma de implementação.

Governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

Na Agenda Regulatória 2013/2014, a ANS fez um acordo de cooperação técnica com o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) como forma de aprofundar os estudos que visavam induzir as operadoras a adotarem boas práticas a partir da concessão de incentivos regulatórios. O tema voltou a ser incorporado na Agenda Regulatória 2016/2018.

Inscrições - Os interessados em participar da audiência pública devem fazer inscrição prévia enviando e-mail para eventos@ans.gov.br com o seguinte assunto: “Audiência pública, governança corporativa para capital baseado em risco na saúde suplementar”. Os documentos para consulta estão disponíveis no site www.ans.gov.br.

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