

11 de julho de 2018

ANS PODE REVER METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –11/07/2018

Agência fará audiência pública a fim de receber propostas da sociedade

BRASÍLIA — A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) já admite rever a metodologia utilizada na definição dos reajustes dos planos de saúde. Nos próximos dias 24 e 25, a agência fará uma audiência pública a fim de receber propostas da sociedade sobre o tema. As sugestões vão subsidiar a diretoria colegiada, que dará a palavra final, informou o gerente de regulação da ANS, Rafael Pedreira Vinhas, durante audiência na Comissão de Assuntos Sociais(CAS) do Senado nesta quarta-feira.

A sessão foi convocada depois da repercussão negativa das decisões ANS, que autorizou as operadoras a reajustarem os planos individuais em até 10% e da resolução do órgão sobre as novas regras para o modelo de coparticipação e franquia em que o custo adicional para os usuários pode chegar a 40% por procedimentos — percentuais muito superiores à inflação.

— A gente entende que há uma oportunidade de melhoria e por isso, a gente quer discutir com a sociedade para colher subsídios — disse Vinhas, depois da audiência.

Sem dar detalhes, ele mencionou que a ANS já tem algumas sugestões de mudanças:

— Já temos algumas propostas, mas nada fechado. O que a gente tem que levar em consideração na metodologia é como é feita a variação dos custos para que haja equilíbrio entre o que os operadores têm que entregar e os consumidores têm direito.

Durante a sessão, Vinhas explicou que o reajuste dos planos de saúde supera à inflação porque consideram a variação dos custos médicos e hospitalares, a frequência da utilização dos serviços e o efeito de novas tecnologias nos procedimentos. No entanto, a falta do presidente da ANS, Leandro Fonseca da Silva, e dos diretores, que já tinham confirmado presença, frustrou a expectativa dos senadores.

Uma nova audiência conjunta com a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) e Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) foi marcada para depois do recesso e o convite à cúpula da ANS será reforçado.

Há no Congresso iniciativas de senadores e deputados contra as medidas adotadas pela ANS. Entre elas, uma proposta de decreto legislativo, de autoria do senador Humberto Costa (PT-PE), prestes a ser votada na CCJ, que busca suspender as novas regras para os planos de coparticipação e franquia. Costa alega que a ANS extrapolou a sua função e que as normas precisam da aprovação do Congresso Nacional.

Caso seja aprovada, o projeto seguirá para a Câmara dos Deputados. Também tramita na Câmara projeto do deputado Flavinho da Silva (PSC-SP) com objetivo de derrubar os aumentos acima da inflação.

Presente na audiência, a economista do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), Marilena Lazzarini, afirmou que a entidade vai apoiar as iniciativas do Congresso. Segundo ela, os aumentos autorizados pela ANS são abusivos.

— Por trás das novas regras, existe a intenção de forçar o usuário a usar menos os planos, com alta de até 40%, podendo chegar a 60% nos caso de contratos coletivos, ou seja, a mensalidade poder até dobrar — disse Marilena, que considera grave a cobrança em atendimentos de emergência.

Entre os desfechos das medidas da ANS, ela listou a possibilidade de endividamento dos usuários e o adiamento do tratamento, o que pode agravar o estado de saúde. Disse ainda que a decisão da Agência pode gerar uma enxurrada de ações judiciais e sobrecarregar a saúde pública (SUS).

O auditor do Tribunal de Contas da União (TCU) Messias Alves Trindade disse que os trabalhos de fiscalização na ANS revelaram falta de transparência nos critérios utilizados no reajuste dos planos. Para ele, a Agência precisa melhorar nesse aspecto, sobretudo quando o reajuste é discrepante em relação à inflação.

— Índices tão discrepantes em relação à inflação mereciam maior atenção da ANS (...). O tribunal entende que é preciso avançar nisso, embora seja um setor difícil de regular - destacou Trindade durante a audiência.

AUDIÊNCIA PÚBLICA: REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE

ANS –10/07/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta terça-feira (10/07), no Diário Oficial da União (DOU), [edital com as regras](#) para participação na Audiência Pública nº 10, que vai debater o reajuste de planos individuais. A atividade ocorrerá nos dias 24 e 25 de julho, das 8h30 às 17h30, no Auditório da Secretaria de Fazenda e Planejamento do Rio de Janeiro.

Os interessados devem se inscrever até o dia 20 de julho. Para isso, precisam enviar e-mail para o endereço eletrônico eventos@ans.gov.br, informando no assunto "Audiência Pública para Política de Preços e Reajustes". O participante deverá indicar nome, CPF e a instituição que representa ou à qual é vinculado.

O número de vagas é limitado em função do espaço. Ao todo, são 180 lugares por dia, sendo 15 reservados para veículos de imprensa. Quem quiser se manifestar ou contribuir com ideias, deverá informar no ato da inscrição. Caso possua apresentação a ser feita durante o evento, o material deve ser enviado previamente por e-mail.

A Audiência Pública será transmitida ao vivo via Periscope. Para acompanhar, é preciso fazer o download do aplicativo, se cadastrar como usuário e acessar o perfil do evento colocando ANS_Reguladora na ferramenta de busca.

O objetivo da Audiência Pública nº 10 é ampliar a discussão que já vem acontecendo no âmbito do Comitê de Regulação e Estrutura dos Produtos com integrantes do setor de saúde suplementar e colher insumos para a eventual definição de uma nova metodologia de cálculo do teto do reajuste que pode ser aplicado aos planos individuais contratados a partir de 2/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98. As contribuições recebidas serão objeto de análise em relatório específico a ser disponibilizado posteriormente no portal da ANS na internet.

[Acesse a página com os documentos relacionados.](#)

Audiência Pública sobre Reajuste de Planos de Saúde

- Data: 24 e 25 de julho de 2018
- Horário: 8h30 às 17h30

- Local: Auditório da Secretaria de Fazenda e Planejamento do Rio de Janeiro (Avenida Presidente Vargas, nº 670 – Centro - Rio de Janeiro)

Inscrições: Serão recebidas até o dia 20/07 pelo e-mail eventos@ans.gov.br (informe nome, CPF e instituição que representa ou à qual é vinculado)

GESTÃO PRECISA SER CONSIDERADA NOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –07/07/2018

Enquanto não se parte para a racionalidade, vive-se de refregas sem fim entre MP, órgãos de defesa do consumidor e empresas, ficando para a Justiça estabelecer percentuais

Seguem-se, a cada rodada de reajuste de planos de saúde, reclamações generalizadas. Como agora, com a fixação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de um aumento de 10% para os planos individuais, numa fase da vida do país em que o desemprego continua elevado (acima dos 12%). A inflação está baixa (aquém de 3%, distante da meta de 4,5%), o que significa também que o índice usado nos planos está bem acima do aplicado nas raras revisões salariais.

As explicações são conhecidas e valem para o mundo inteiro: a inflação da saúde corre acima dos índices de preços, pressionada pelo custo de novas tecnologias, novos medicamentos e pelo envelhecimento da população. Quanto mais idosa, maior a demanda por atendimentos, e mais elevado o custo. E mais baixa a renda. Ingredientes de tragédia.

As tentativas de redução de custos e de aumento de receitas, pelos administradores de planos, ocorrem em várias frentes. Há pouco, a ANS regulamentou coparticipação e franquia, a parcela que cabe ao segurado arcar nos procedimentos. O sistema tem o efeito positivo de forçar a racionalização na contratação de procedimentos e serve de fonte adicional de receita.

Estima-se que dos 47 milhões de contratos de planos, 52% prevejam coparticipação ou franquia. A regulamentação feita pela ANS

estabeleceu, entre outros pontos, limites na aplicação do mecanismo. Ele não poderá ser mais que 40% do custo do procedimento, por exemplo. Num exame que custe R\$ 1 mil, a franquia ou coparticipação não será superior a R\$ 400. E se a mensalidade for R\$ 200, a despesa do segurado será dividida em duas parcelas mensais de R\$ 200.

Esta e outras regras têm sua lógica, embora sempre haja reclamações. Um aspecto central na grave questão da saúde, como em qualquer país, é a necessidade de se buscarem consensos com base em dados objetivos e transparentes. Não se irá a lugar algum na radicalização do conflito entre o “partido do SUS” e o bloco da “medicina privada”. Afinal, nem o SUS conseguirá alcançar a meta constitucional do “atendimento universal” de boa qualidade, por impossibilidades fiscais e barreiras administrativas, nem o atendimento privado conseguirá desenvolver planos de baixo custo e alto atendimento. São metas contraditórias, que se excluem.

E, enquanto não se parte para a racionalidade, vive-se de refregas sem fim entre Ministério Público/órgãos de defesa do consumidor e empresas, ficando para a Justiça estabelecer percentuais, sem conhecimento técnico. No fim, degrada-se o serviço de saúde e começa-se novamente um ciclo de reclamações. Não há vencedores.

É preciso quebrar o círculo vicioso. Deve haver vários caminhos. Um deles pode ser o da gestão, para, a partir do conhecimento do que acontece nos atendimentos, de emergência ou não — e informações não devem faltar — estabelecer protocolos de prevenção de doenças, por exemplo, que façam cair custos.

A racionalização das compras de insumos — sem falar da corrupção, conhecida no caso da saúde pública — pode ser fator de peso na redução de gastos. Como em outras situações, não existe “bala de prata”, uma medida, uma política salvadora. Existe é a necessidade de múltiplas ações localizadas de racionalização para que o preço pago pela clientela dos planos caiba em seu orçamento.

É ABUSIVA CLÁUSULA DE PLANO QUE RESTRINGE TRATAMENTOS A DOENÇAS, AFIRMA TJ-RJ

Consultor Jurídico –07/07/2018

Embora planos de saúde possam estabelecer no contrato quais doenças terão cobertura, é abusiva cláusula que restringe o tipo de tratamento que poderá ser utilizado para a cura de cada uma delas. Com esse entendimento, a 4ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro reconheceu o direito de um cliente passar por transplante de fígado.

O caso envolve um segurado com Hepatite C e carcinoma de fígado, que alega necessitar de cirurgia de transplante do órgão com urgência, para a qual está no segundo lugar na fila de espera nacional. O juízo de primeiro grau considerou que o custo da cirurgia não poderia ser imposto ao plano por falta de determinação no contrato.

Já a desembargadora Myriam Medeiros da Fonseca Costa, relatora do caso no TJ-RJ, afirmou que a questão é extremamente sensível e que não restavam dúvidas quanto à urgência do pedido pelo risco de morte do paciente.

Segundo ela, o tema colide o direito da empresa de assegurar apenas a cobertura dos exatos procedimentos previstos no contrato com o direito social de proteção ao consumidor há anos vinculado ao mesmo plano de saúde.

A desembargadora disse que o Superior Tribunal de Justiça reconhece cláusulas limitativas de direitos do consumidor, se claras e redigidas com destaque. Por outro lado, entendeu Myriam Costa, uma vez que determinada doença está coberta pelo plano, “é abusiva a cláusula que restringe o tipo de tratamento a ser utilizado para a cura”.

Nesse sentido, não é possível que o paciente seja privado de receber tratamento “com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta”.

A relatora disse que o hospital no qual o paciente está recebendo tratamento é credenciado pelo Sistema Nacional de Transplante

(SNT) e está na lista de complexos credenciados da empresa. O voto foi seguido por unanimidade.

ANS RESOLVE 91% DOS CONFLITOS DE COBERTURAS DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil –06/07/2018

No primeiro trimestre de 2018, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou 16.998 reclamações de usuários de planos de saúde e respondeu a 63.458 pedidos de informações, recebidos principalmente pelo Disque ANS (0800 7019656). Os dados foram divulgados nesta quinta-feira (5) pela agência.

Segundo a ANS, também foram resolvidos 91% dos conflitos relativos à cobertura assistencial e 87,8% sobre outros temas. Em 2017, cerca

de 90% dos conflitos registrados pela Agência foram resolvidos sem a necessidade de abertura de processo administrativo.

Os temas que tiveram mais reclamações foram autorização para realização de procedimentos, franquia e coparticipação, suspensão e rescisão de contratos e cobertura assistencial. As maiores demandas de pedidos de informação foram sobre cobertura assistencial, prazos máximos para atendimento e suspensão e rescisão de contratos.

No mesmo período, a diretoria de Fiscalização da ANS lavrou 2.731 autos e proferiu 2.405 decisões, com um valor total de R\$ 144.211.144,36 em multas determinadas às operadoras de planos de saúde. A agência celebrou, ainda, dois novos acordos de cooperação técnica, com os ministérios públicos do estado de Mato Grosso do Sul e do Rio Grande do Sul.

NOVAS REGRAS DE FRANQUIA E COPARTICIPAÇÃO PODEM SER SUSPENDIDAS

Idec –06/07/2018

Senado e Câmara questionam normativa anunciada na semana passada pela ANS

Após diversas organizações de defesa do consumidor e da saúde, dentre elas o Idec, [anunciarem repúdio às novas regras de franquia e coparticipação em planos de saúde](#), o Senado e a Câmara dos Deputados lançaram, ontem (05), diversos pedidos de suspensão dos efeitos da normativa.

Anunciada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em 28 de junho, as novas regras permitem que a operadora cobre até 60% do valor do procedimento dos pacientes, o que encarece o valor do plano, que em tese é mais barato.

“As medidas são uma resposta ao não atendimento, pela ANS, das preocupações das entidades de defesa do consumidor”, pontuou Ana Carolina Navarrete.

Reajuste e novas regras em discussão

Além das propostas legislativas para sustar os efeitos da normativa, o Senado irá realizar uma audiência pública, na próxima quarta-feira (11), para debater as novas regras e reajustes de planos autorizados pela ANS.

A Comissão de Assuntos Sociais do Senado irá analisar a regulamentação de franquia e coparticipação, e pretende examinar a autorização de reajuste dos planos de saúde individuais autorizadas pela agência, e questionadas na Justiça pelo Idec. O evento é uma resposta à atuação deficitária da ANS, criticada pelas entidades de defesa do consumidor e da saúde.

Também foram convidados para a audiência representantes da ANS, do Tribunal de Contas da União (TCU) e da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (Cobap).

ANS PUBLICA PAINEL COM FORMAÇÃO DE PREÇO DOS PLANOS DE SAÚDE

Agência Brasil –06/07/2018

Está disponível no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a sexta edição do [Painel de Precificação de Planos de Saúde](#), com dados de 2017. A publicação, anual, apresenta um panorama da formação inicial dos preços dos planos de assistência à saúde em comercialização no mercado brasileiro, além de monitorar a evolução dos preços e analisar os reajustes por mudança de faixa etária e demais componentes, como o custo médio de consultas médicas, exames, internações, atendimentos ambulatoriais e terapias.

O painel é organizado a partir dos dados fornecidos pelas operadoras de planos de saúde, que informam o preço inicial dos produtos com os valores iniciais de formação de preço. Segundo a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência, Simone Freire, o instrumento ajuda a compreender o setor de saúde suplementar no Brasil.

“O Painel de Precificação é um instrumento importante para compreender o setor, já que possibilita ao mercado visualizar fatores como os custos desse produto, média de utilização e variação média de reajuste. A ferramenta não visa acompanhar os valores cobrados pelas operadoras de planos de saúde, uma vez que a ANS não define preço de produto, mas permite entender a formação de custo desse setor”, explicou Simone Freire.

A agência destaca que os preços efetivamente praticados ao consumidor devem estar dentro do limite de 30% acima ou abaixo do Valor Comercial da Mensalidade informado à ANS. Também não podem estar abaixo dos custos assistenciais, incluindo uma margem de segurança, para evitar a prática de preços predatórios com o objetivo de eliminar concorrentes em determinado mercado.

Análise

A análise deste ano apresenta os valores da sétima faixa de segmentação, que vai dos 44 aos 48 anos, e um total de 640 operadoras de todos os estados, incluindo tanto a modalidade Coletiva (empresarial e por adesão) quanto a contratação Individual ou Familiar. O valor comercial médio entre todas as Unidades da Federação é de R\$ 808,27 no caso de planos individuais e de R\$ 559,71 para os planos coletivos, com diferença percentual entre as duas de 43,8%.

O estado de São Paulo apresentou o menor valor comercial médio para a faixa, tanto para planos individuais, com R\$ 507,12, quanto para os coletivos, que teve valor médio de R\$ 452,77. São Paulo também teve a menor diferença entre os valores dos dois tipos, de 12%.

Tocantins apresentou o maior valor comercial médio de planos individuais, com R\$ 1.036,62, e Mato Grosso do Sul o maior para os planos coletivos, com R\$ 595,82. A maior diferença entre as duas modalidades foi encontrada em Roraima, com 77,7%.

Custo

Quanto ao preço de custo das assistências prestadas pelos planos de saúde individuais para a faixa etária de 44 a 48 anos, as consultas médicas ficaram na média em R\$ 69,70, com frequência de utilização anual (uso do plano pelo beneficiário por ano) de 6,27; demais despesas assistenciais ficaram em R\$ 85,79 e frequência de utilização anual de 9; exames complementares custaram R\$ 30,34, com uso anual de 19,84; internações custam R\$ 5.048,72, com média de uso anual de 0,21; outros atendimentos ambulatoriais saem por R\$ 100,56, com frequência de utilização anual de 1,14; e as terapias têm custo médio de R\$ 76,57 e uso médio de 1,98 por ano.

Nos planos coletivos, as consultas médicas ficaram na média R\$ 72,01, com frequência de utilização anual de 5,74; demais despesas assistenciais ficaram em R\$ 78,87 e frequência de utilização anual de 3,95; exames complementares custaram R\$ 33,78, com uso anual de 16,87; internações custam R\$ 4.905,70, com média de uso anual de 0,22; outros atendimentos ambulatoriais saem por R\$ 107,23, com frequência de utilização anual de 1,35; e as terapias têm custo médio de R\$ 70,52 e uso médio de 2,10 por ano.

De janeiro de 2013 a dezembro de 2017, a evolução do custo médio dos atendimentos para a faixa etária dos 44 aos 48 anos, sem diferenciar o tipo de contratação, foi de 49,67% nas consultas médicas, de 54,73% nos exames complementares, de 88,14% nas terapias, de 61,27% nas internações. Outros atendimentos ambulatoriais tiveram aumento do custo médio de 22,24%. Já o custo nas demais despesas assistenciais houve decréscimo de 20,08% no período.

As despesas não assistenciais que são adicionadas na composição do preço, como administrativas, comerciais e margem de lucro, chamadas de carregamentos, ficaram com uma média de 35,25%. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) foi procurado pela Agência Brasil para comentar os dados da ANS, mas informou que ainda não foi possível fazer a análise das tabelas.

CONSULTA PÚBLICA VISA APRIMORAR MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO DAS OPERADORAS

ANS –05/07/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) inicia hoje (05/07) o prazo de contribuições para a Consulta Pública que altera a Resolução Normativa nº 393, que dispõe sobre os critérios de constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras de planos de saúde. O envio das sugestões poderá ser feito até o dia 03/08.

Segundo Leandro Fonseca, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras e diretor-presidente substituto da ANS, “o objetivo da proposta é diminuir o risco de quebra de uma operadora de planos de saúde ao determinar novas garantias financeiras que precisam ser constituídas. A maior exigência do regulador em relação às operadoras implicará maior solidez e sustentabilidade setorial, o que protege o beneficiário”.

Entre os principais pontos da proposta estão a adoção de duas novas provisões – PEONA/SUS (Provisão de Eventos Ocorridos e Não

Avisados relativos ao ressarcimento ao SUS) e PIC (Provisão de Insuficiência de Contraprestações). Outro aspecto discutido na nova norma é o procedimento a ser adotado em caso de mudança de porte da operadora, na medida em que as de grande porte (com mais de 100 mil beneficiários) devem apresentar obrigatoriamente metodologia atuarial própria.

A proposta em consulta pública permite que as operadoras estimem a PEONA SUS e a PIC por metodologia atuarial própria, mas a ANS estabelece fórmula de cálculo para operadoras que preferirem utilizar a regra geral. Porém, ambas entrarão em vigência apenas em 2019.

A instituição das novas provisões é proposta para ser feita de forma escalonada, permitindo adaptação com baixo impacto regulatório.

As novas regras visam garantir que a operadora reserve recursos financeiros para essas provisões técnicas. A expectativa é que as novas medidas aprimorem o controle financeiro das operadoras sobre suas atividades, que o beneficiário esteja protegido sabendo que estão vinculados à operadoras que são sustentáveis e que o acompanhamento econômico-financeiro feito pela ANS seja cada vez mais aprimorado.

Confira [aqui](#) a minuta da RN.

Acesse [aqui](#) os documentos referentes à Consulta Pública e acesse o formulário para envio das contribuições.

NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO HOSPITALAR FOCAM EM AGREGAR VALOR AO PACIENTE. TENDÊNCIA JÁ É ADOTADA EM PAÍSES DA EUROPA E EUA

SaúdeBusiness –05/07/2018

O modelo de remuneração fee for service, baseado no pagamento por procedimento executado, é atualmente o mais usual na rede privada de hospitais no Brasil. Mas uma nova tendência mundial vem

ganhando força no país e entrou no radar de grandes instituições de saúde nacionais, que começam, aos poucos, a implementar o modelo. O value-based payment, ou pagamento baseado em valor, sugere a remuneração com base na qualidade do atendimento prestado ao paciente, fundamentada na relação entre os desfechos importantes a ele e o custo despendido para alcançá-los. Presidente da Federação Internacional de Hospitais (IHF) e membro do Conselho de Administração da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Francisco Balestrin é um defensor dessa modalidade de pagamento por performance. É sobre Modelos de remuneração baseados em valor que ele falará no segundo dia do I Congresso Brasileiro de Instituições Católicas de Saúde (CBICS). O evento acontece entre 16 e 18 de julho, na sede da Arquidiocese do Rio de Janeiro.

Desenvolvido por uma dupla de professores e pesquisadores da Harvard Business School, o modelo defende que o objetivo final da atenção à saúde é gerar valor ao paciente. Para isso, levam-se em conta os resultados de saúde importantes para o cliente e os gastos para atingi-los. A proposta implica na reestruturação dos sistemas de saúde e depende de algumas etapas importantes, como análise de custos, adoção de unidades de prática integrada, medida de desfechos clínicos, integração de sistemas, pagamento por pacote de serviços, tecnologia da informação e expansão geográfica.

Países como Suécia, Estados Unidos e Alemanha já começaram a utilizar o modelo, mas a novidade vem demandando que sejam criados projetos para buscar esses processos e medir os indicadores. "Uma das maiores vantagens desse novo formato de remuneração é que mudamos o foco da percepção, que passa a ser o paciente em sua integralidade e não o procedimento em si. A desvantagem é que ainda não há muitos padrões definidos de como medir isso e as instituições que quiserem adotar o modelo terão que possuir um alto grau de informatização para poderem se comunicar com o paciente e reunir todas as informações necessárias. É um desafio complexo que teremos que encarar", explica Balestrin.

Previsibilidade

Um dos grandes obstáculos da remuneração baseada em valor é conseguir prever custos e resultados do tratamento. Para o presidente da IHF, nos casos de baixa complexidade, as organizações conseguem ter uma estimativa de como será a conclusão do processo terapêutico e, com isso, negociar um valor fixo com as operadoras de saúde. Já quando se trata de alta complexidade, os desfechos clínicos são menos previsíveis.

CÂMARA TERÁ FORÇA-TAREFA CONTRA AUMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo -05/07/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar venceu uma batalha para manter o reajuste de 10% dos planos de saúde. Mas a guerra não acabou. Surgiram no Congresso duas frentes para tentar derrubar o aumento. O objetivo é fixar o reajuste na casa dos 5,7%, como defendido, mês passado, pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Mas o Idec acabou perdendo na Justiça Federal.

Agora, a bancada do PCdoB apresentou dois Projetos de Decreto Legislativo. Um é para sustar o aumento de 10% dos planos de saúde, como sugerido pela ANS. O outro, também contra a agência reguladora, é para impedir a criação da modalidade de coperação ou franquia dos planos, o que aumenta o gasto do usuário.

- O usuário já paga o plano, ter que desembolsar no serviço é abusivo. A ANS existe para defender o usuário, não para fazer política pelas empresas privadas - dispara a deputada Jandira Feghali.

A outra tentativa de conter o aumento dos planos vem da Comissão de Seguridade da Câmara. Quarta que vem, às 11h, em Brasília, haverá audiência pública para debater o aumento. A iniciativa é do deputado Chico D'angelo. O encontro contará com representantes do

Atualmente, todos os modelos de remuneração do sistema de saúde privado brasileiro coexistem com um ponto em comum: a remuneração se baseia no quantitativo, sem levar em conta a qualidade do atendimento e a experiência do paciente durante o tratamento. "Os modelos que vigoram no país remuneram e premiam o resultado, focando somente no número de procedimentos realizados. A cirurgia de um paciente com câncer de próstata, por exemplo, pode parecer um sucesso num primeiro momento, mas se ele desenvolver disfunção erétil ou incontinência urinária depois do procedimento por conta de alguma falha na cirurgia, significa que o resultado final não foi bom. Nos modelos que temos hoje, isso não é levado em conta, não é medido. E isso é valor", ressalta Balestrin.

Em consonância com as novas necessidades do mercado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem realizando grupos de trabalho frequentes com representantes de operadoras de planos de saúde, de sociedades médicas, de entidades representativas de profissionais de saúde e de prestadores de serviço para discutir formas inovadoras de remuneração. A Agência já anunciou sua disponibilidade para implementar em um futuro próximo projetos-piloto de modelos alternativos de pagamento atrelados à indução da qualidade do cuidado, embora já tenha declarado que não será editado nenhum normativo definindo qual será o modelo padrão de remuneração. "Acredito que no futuro os modelos vão conviver entre si. Há procedimentos, como Raios-X, por exemplo, que não têm necessidade de se aplicar esse modelo. Já nos tratamentos oncológicos e cardiológicos a remuneração baseada em valor se aplica muito bem", esclarece Francisco Balestrin, que fará palestra no dia 17 de junho no I CBICS.

Idec, do Ministério da Saúde, da ANS, do ministro do TCU, Benjamin Zymler, e da professora Lúcia Bahia, especialista em Saúde.

Acredita-se que as informações levantadas nesta audiência vão dar base a uma nova ação contra o reajuste proposto pela ANS.

O lado da ANS

Em nota oficial, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sai em defesa da nova norma sobre coparticipação e franquia. Veja abaixo:

"A nova norma traz proteção e segurança para o consumidor de planos de saúde. Até então, as operadoras podiam cobrar qualquer percentual de participação no custeio de consultas, exames e cirurgias, o que poderia acarretar valores elevados. Com a nova regra, passa a haver limites para essa cobrança, que não pode ultrapassar o mesmo valor da mensalidade. Há limites mensal e anual, o que garante ao consumidor que ele saiba o máximo que irá gastar no caso de uso do seu plano.

Além disso, há mais de 250 procedimentos para os quais não pode haver nenhuma cobrança adicional. São exames preventivos e tratamentos para doenças crônicas, de alto custo, como mamografias, quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.

A ANS ressalta, ainda que os planos com franquia e coparticipação já existiam como opções no mercado e agora foram melhor regulamentados, com regras claras, e são alternativas disponíveis para contratação. Os planos atualmente vigentes não sofrem alterações".

INSTITUTO DO CONSUMIDOR ROMPE COM ANS APÓS REGRA DE PLANO DE SAÚDE

Folha de S. Paulo –05/07/2018

Contrário às novas normas de coparticipação e franquia, Idec deixa Câmara de Saúde Suplementar

SÃO PAULO O Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) deixou o posto que ocupava na Câmara de Saúde Suplementar da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), reguladora dos planos de saúde no país.

A carta que comunica o desligamento foi enviada nesta quarta-feira (4), seis dias após a agência publicar as novas regras para a coparticipação e franquia em planos de saúde —em que os pacientes poderão pagar por até 40% dos atendimentos.

A medida, que visa desestimular o uso desnecessário dos serviços de saúde pelos pacientes e assim reduzir os custos das operadoras, é contestada pelo Idec.

"Quem contrata esse tipo de serviço [\[de coparticipação e franquia\]](#) deixa de usar o plano de saúde. O custo mensal pode ser o dobro. Os que já pagam a mensalidade no limite acabam se endividando. Ainda mais os idosos que têm maior demanda por serviço de saúde", afirma Igor Britto, advogado do Idec.

Além disso, diz Britto, "os pacientes optam por não realizar procedimentos relevantes para sua saúde por razões financeiras".

Segundo ele, a aprovação das novas regras "sem acolher nenhuma proposta" dos órgãos de defesa do consumidor foi a gota d'água na relação. Mas, segundo a ANS, pelo menos seis propostas feitas pelo instituto foram total ou parcialmente acatadas durante a consulta pública para as novas regras.

O embate entre o Idec e a ANS, no entanto, já se arrastava antes disso.

Em abril, o presidente Michel Temer (MDB) submeteu à apreciação do Senado Federal a indicação de dois novos nomes para a diretoria da agência, que, segundo o Idec, "tem graves conflitos de interesse".

De acordo com Britto, desde 2009, "a falta de transparência nos cálculos de reajuste aplicados nos planos de saúde" já havia feito o instituto entrar com processo contra a reguladora.

O Idec fazia parte da Câmara de Saúde Suplementar, órgão de participação da sociedade nas tomadas de decisão da agência, desde o início de 2017. Ele não era um membro permanente, mas sim indicado para ocupar a cadeira no biênio 2017/2018.

Na Câmara, há ainda a participação de outros representantes do direito do consumidor, como a Defensoria Pública RJ/Nudecon, o Ministério Público do Rio e a Associação de Procons.

A ANS diz que agora irá pedir à Secretaria Nacional do Consumidor uma nova indicação para compor o grupo.

"Mantemos aberto o diálogo e estimulamos a participação daqueles que estão realmente interessados no debate regulatório em prol do consumidor de planos de saúde", afirmou Leandro Fonseca da Silva, diretor presidente substituto da agência.

NAB REFORÇA ESTABILIDADE DO SETOR

IESS –05/07/2018

Acabam de sair os números da Nota de Acompanhamento dos Beneficiários (NAB) que aponta que o total de beneficiários de planos médico-hospitalares voltou a registrar ligeira variação positiva de 0,1% entre maio deste ano e o mesmo mês de 2017, o que representa 66 mil novos vínculos firmados nesse período.

Mesmo com a variação, é importante cautela na análise dos dados, já que os sucessivos aumentos de 0,1% no período de 12 meses representam, antes de mais nada, uma tendência à estabilidade. O

crescimento acima de 1% no número de novos vínculos só deve ocorrer em meados de 2019.

O relatório segue mostrando que o tímido crescimento continua baseado nos planos coletivo empresariais. Por mais que o nível de desemprego esteja caindo no País, ele ainda está baseado no mercado informal, que não fornece segurança bastante para que as famílias assumam o compromisso de um plano de saúde.

Os planos exclusivamente odontológicos seguem com crescimento acelerado conforme mostrado nas últimas edições do boletim. No período de 12 meses encerrado em maio, o setor registrou aumento de 5,3%, ou 1,16 milhão de novos vínculos. A análise completa será apresentada na 24ª edição da NAB. Acompanhe aqui.

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