

29 de agosto de 2018

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR É REATIVADO E PODERÁ REVER ATOS DA ANS

O Globo –28/08/2018

Órgão terá autoridade para propor políticas e alterar decisões

BRASÍLIA E RIO - Num movimento que causou preocupação no setor de saúde suplementar, o presidente Michel Temer decidiu reativar um conselho que poderá se sobrepor à agência responsável pela regulação desse mercado, inclusive revendo atos já publicados, conforme antecipou, no último domingo, o colunista do GLOBO Elio Gaspari. O Conselho de Saúde Suplementar (Consu) havia sido totalmente esvaziado há 18 anos, depois que foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mas, na semana passada, ficou acertado que o conselho será ressuscitado e ganhará musculatura: poderá propor políticas, rever decisões já tomadas e ficará sob a responsabilidade da Casa Civil. O decreto que trata do assunto será publicado nos próximos dias.

Segundo fontes do Palácio do Planalto, o Consu poderá, por exemplo, deliberar sobre as novas regras de franquia e coparticipação que chegaram a ser autorizadas pela ANS. A norma previa que operadoras cobrassem dos segurados até 40% do valor referente aos procedimentos. A medida gerou críticas no Congresso, assim como de especialistas e órgãos de defesa do consumidor; foi parar no Supremo Tribunal Federal (STF), que suspendeu a regulamentação; e a ANS teve de recuar da ideia.

Para especialistas, a reativação do Conselho é uma tentativa do governo de passar por cima da ANS, que, como toda agência, tem em seu regimento o princípio da autonomia para tomar decisões técnicas nas suas respectivas áreas de atuação. Para Silvana Pereira, doutoranda em saúde suplementar pela Fiocruz, a medida traz um risco para o setor:

- Você está transferindo para uma instância política decisões de cunho técnico. É um risco para o setor e um desrespeito às ações da ANS.

Ela também criticou a nota da Casa Civil de que a reativação do Conselho está em acordo com boas práticas de gestão nas áreas

reguladas. Em outras agências, no entanto, esse tipo de órgão tem caráter apenas consultivo. "O Consu tem como principal objetivo estabelecer e supervisionar a execução de políticas públicas e diretrizes gerais para o setor de saúde suplementar", diz nota da Casa Civil.

Duas novas câmaras

Segundo assessores da Casa Civil, o regimento do Conselho foi alterado, com a criação de duas câmaras técnicas, "sendo uma destinada à análise das resoluções pretéritas do Consu" e "outra com o escopo de estudar e propor diretrizes gerais para o setor".

- Se o Conselho foi reativado para rever as diretrizes da saúde suplementar, é importante que não se faça isso a portas fechadas, para não incorrer nos mesmos erros recentes cometidos pela ANS. As 21 resoluções do Consu, que ainda hoje servem como diretriz para o setor, foram criadas com ampla participação de todos os envolvidos — destaca Maria Stella Gregori, ex-diretora da ANS e professora da PUC-SP.

Procurada, a ANS respondeu que não iria comentar.

Cláudio Lamachia, presidente da OAB Nacional, entidade que encabeçou a ação levada ao STF contra as normas de franquia e coparticipação, diz ter estranhado a reativação do conselho às vésperas da audiência pública para tratar do tema, convocada pela ANS para o dia 4 de setembro:

- Independentemente da reativação do Consu, continuo defendendo que a prerrogativa de discutir temas como franquia e coparticipação é do Congresso, onde o debate é feito com a participação da sociedade, não pelo governo nem pela agência, que tem se mostrado alinhada com os interesses das operadoras.

Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), por sua vez, acredita que o funcionamento do Consu "será muito benéfico". Na sua avaliação, é importante repensar as diretrizes do setor neste momento de crise.

Já Ana Carolina Navarrete, do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), acredita que a volta do conselho pode ser uma tentativa de neutralizar a judicialização de casos contra a ANS.

INDÚSTRIA PRESSIONA POR MENOR CUSTO DO CONVÊNIO

Valor Econômico –28/08/2018

A indústria está pressionando as operadoras de planos de saúde, hospitais, laboratórios e consultórios a trabalhar com novos modelos de remuneração e de atendimento para reduzir o custo do convênio médico - benefício que representa, atualmente, cerca de 12% da folha de pagamento dessas companhias. O que se busca é um modelo em que o pagamento seja feito de acordo com a performance, diferentemente do atual formato, em que se paga por serviço, método conhecido no setor da saúde como "fee for service".

A Confederação Nacional da Indústria (CNI) montou, no começo de 2017, um grupo de trabalho com representantes de 44 empresas - como Petrobras, Vale, Gerdau, Odebrecht, Ambev, GE, Volkswagen e Coca-Cola - para tratar especificamente dos planos de saúde.

Recentemente, esse grupo da CNI tornou-se um representante junto ao governo para tratar de temas como reajuste dos convênios, inclusão de novos procedimentos no rol de serviços obrigatórios, coparticipação e franquias, entre outros. A primeira reunião da indústria na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) será realizada no próximo dia 30.

"Somos os pagadores do plano de saúde e não podíamos participar das discussões", disse Marcia Agosti, líder de gestão de saúde da GE Brasil. "O grupo de trabalho da CNI tem o papel de articular, influenciar, mobilizar", complementou Emmanuel Lacerda, gerente-executivo de saúde e segurança do trabalho do Serviço Social da Indústria (Sesi).

As 44 empresas possuem juntas 1,5 milhão de usuários de planos de saúde. Somada, a receita anual dessas fabricantes equivale a mais de 13% do PIB (Produto Interno Bruto) nacional e a pelo menos 70% do PIB industrial do país.

Todo o setor industrial brasileiro concede convênios médios para 10,2 milhões de funcionários e dependentes - o que representa quase 22% dos 47 milhões de usuários de planos de saúde no Brasil. Considerando apenas os planos empresariais, a representatividade da indústria pula para um terço.

A CNI apresentou aos candidatos à presidência da República, no mês passado, seis propostas para frear os custos dos planos de saúde, sendo que uma delas é a mudança na forma de remuneração. Foi a primeira vez que o tema entrou na pauta de reivindicações da entidade.

Na semana passada, durante evento promovido pela Abramge, associação das operadoras de planos, representantes da indústria reclamaram da falta de engajamento de operadoras e prestadores de serviços para mudar o modelo de pagamento e atendimento médico. Chamou atenção a apresentação da GE - empresa que faz parte do grupo da CNI e tem um dos casos mais bem-sucedidos de gestão de saúde. A GE criou uma rede de médicos e hospitais que presta um atendimento diferenciado aos seus funcionários. A empresa paga um adicional a esses prestadores. Mesmo somando esses gastos extras, a despesa da GE com saúde ainda é inferior ao que a companhia gastaria se tivesse que bancar o reajuste praticado no mercado. Em 2017, a variação do custo médico hospitalar na GE foi de cerca de 10% contra 19,2% calculado pelo IESS, instituto que mede os custos de planos individuais.

Criado há oito anos, esse modelo é totalmente bancado pela GE. "O nosso desafio é conseguir parceiros [operadoras e prestadores de

serviço] para compartilhar erros e acertos num modelo mais centrado no paciente", disse Marcia Agosti, da GE Brasil, para uma plateia formada por representantes do setor de saúde. No decorrer de sua fala, as pessoas foram deixando a sala, mostrando desinteresse pelo tema. No fim de sua apresentação, a palestrante chamou o presidente da Abramge, Reinaldo Scheibe, ao palco para que ele pudesse ver o baixo quórum e como o assunto afugentava o público. Scheibe ponderou que o setor sofre com falta de políticas de Estado e de padronização das informações.

Segundo Martha Oliveira, diretora-executiva da Anahp, associação que representa os 100 maiores hospitais privados do país, um dos obstáculos para implementar novos modelos de remuneração por performance é a dificuldade de definir o que é um bom atendimento médico. "Nos Estados Unidos, conseguiram implementar um novo modelo de remuneração por causa do Obama Care. Lá foram definidos prazo e indicadores para que houvesse essa virada no modelo", disse Martha. A diretora da Anahp destaca que o formato "fee for service" é ineficiente porque é baseado na lógica de que quanto maior for a produção, maior será o ganho financeiro. Ainda assim, ela pondera que o sistema deve ser mantido para procedimentos em que é difícil prever os custos e os resultados.

Hoje, já operadoras e hospitais trabalhando com novos formatos de remuneração no Brasil. Na Amil, cerca de 30% de sua despesa vem de procedimentos que já têm um valor pré-definido. Um dos hospitais que está trabalhando neste modelo é o Santa Paula, em São Paulo. O Hospital Alemão Oswaldo Cruz criou uma unidade em que todos os procedimentos médicos são realizados com valores pré-definidos.

Nº DE QUEIXAS SOBRE COPARTICIPAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE AUMENTA 73%

O Estado de S. Paulo –28/08/2018

Houve 650 reclamações no ano passado, ante 376 em 2013, de acordo com a ANS; em alguns casos, percentual cobrado do paciente chegou a 100% do procedimento realizado. Empresas alegam que valor alto é exceção e contrato rege relação

O número de reclamações sobre coparticipação (cobrança por parte do procedimento) e franquia em planos de saúde aumentou 73% em quatro anos, segundo dados obtidos pelo Estado. As queixas, feitas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluem insatisfação de pacientes com índices cobrados pelos planos e falta de transparência na definição desses valores. Em alguns casos, o percentual cobrado do paciente chegou a 100% do procedimento realizado. Já as empresas dizem que percentuais altos são a exceção e afirmam que os índices normalmente constam no contrato.

Segundo a ANS, houve 376 queixas relacionadas ao tema em 2013, ante 650 no ano passado. No mesmo período, o total de reclamações feitas à ANS caiu 12%, de 102,4 mil para 89,9 mil. A tendência de crescimento nas queixas sobre coparticipação e franquia deve repetir-se neste ano: até julho, já foram 482 reclamações, número superior ao de 2013, 2014 e 2015. Atualmente, 52% dos beneficiários têm planos com coparticipação ou franquia.

Em junho, a ANS publicou norma que fixava em 40% o percentual máximo de coparticipação. Um mês depois, a agência recuou e suspendeu a resolução após reação negativa de usuários e entidades de defesa do consumidor. Embora não houvesse legislação que determinasse um índice máximo de cobrança, havia entendimento por parte da diretoria de fiscalização da agência de que a coparticipação não deveria exceder o índice de 30%.

A agência diz ter relatos de cobrança de percentuais que variam de 10% a 60%. Entre beneficiários ouvidos pelo Estado, há quem teve de pagar quase o valor integral do tratamento. Foi o caso do empresário Marcos Costa, de 64 anos, diagnosticado com câncer de próstata em 2009, quando iniciou o tratamento pelo convênio. Anos depois, recebeu orientação médica de iniciar a terapia com um novo medicamento, que, inicialmente, não era coberto pela operadora. Ele entrou na Justiça e conseguiu a cobertura. Para sua surpresa, porém, passou a receber boletos mensais do convênio, a título de coparticipação, que totalizaram cerca de R\$ 20 mil, justamente o valor do medicamento. "Entrei com processo de novo e consegui na Justiça o respeito que todos os clientes deveriam ter sempre."

O tamanho do susto foi ainda maior para a pensionista Olga Pera, de 83 anos, que, após fazer tratamento contra um câncer pelo plano, recebeu uma conta de R\$ 65 mil referente à cirurgia de retirada do tumor no estômago. "Eles colocaram tudo na conta: a cirurgia, as internações, a alimentação, até injeção que ela nunca tomou", conta a filha da paciente, Claudia Pera Wohlers, de 50 anos. A família provou na Justiça que a cobrança era indevida e abusiva. "Foram cinco anos de briga na Justiça até sair a última decisão, em fevereiro deste ano. Foi um alívio", conta.

Advogado especializado em direito à saúde e sócio do escritório Vilhena Silva, Rafael Robba afirma que a maioria dos clientes que recebem cobranças abusivas como coparticipação conseguem reverter a situação judicialmente. "Apesar de não ter uma resolução definindo o percentual máximo, o cliente não está totalmente desprotegido: tem o Código de Defesa do Consumidor, que diz que nenhum contrato de consumo pode ter cláusulas que gerem onerosidade excessiva, e a Consu (resolução do Conselho de Saúde Suplementar) número 8, que veda estabelecer coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou fator restritor severo ao acesso aos serviços", explica o advogado.

Casos pontuais

Para Marcos Novais, economista-chefe da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), os casos de percentuais altos são a exceção. Segundo levantamento da entidade, com base em pesquisa da consultoria AON, quase 80% das operadoras praticam índices de coparticipação de até 30%. "Cobrar percentuais altos não é interessante para a operadora porque não tem garantia de que vai receber."

Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) afirmou, em nota, que a definição dos percentuais é "livremente negociada entre as operadoras e os contratantes" e o índice deve constar nas cláusulas do contrato. "Mesmo assim, o beneficiário poderá consultar a operadora sobre o valor que será pago ou descontado antes de realizar o procedimento", disse a entidade.

Plano repassa conta hospitalar de R\$ 65 mil e ainda difama cliente

Quando descobriu que a mãe, idosa, estava com um tumor no estômago, a chefe de departamento pessoal Claudia Ferraz Pera Wohlers, de 50 anos, se preparou para os meses difíceis que viriam a seguir com cirurgias e internações. O que não esperava, conta ela, é que após a mãe vencer o câncer e as complicações da operação, ela ficaria com uma dívida hospitalar de R\$ 65 mil e seria acusada de calote pela operadora de saúde.

Claudia havia colocado a mãe, a pensionista Olga da Silva Pera, de 83 anos, como dependente no plano de saúde que tinha pela empresa. Quando a idosa descobriu o tumor, elas decidiram fazer o tratamento pelo convênio médico que tinham direito. Como o contrato previa coparticipação, a família já esperava que teria de arcar com cerca de R\$ 12 mil dos custos da cirurgia e internação, valor equivalente a cerca de 20% do tratamento. Quando viu que o convênio havia repassado o valor integral dos 30 dias que a paciente ficou internada, Claudia decidiu entrar na Justiça, mas o problema não ficou apenas na esfera financeira.

Como contestou o valor, Claudia foi alvo de retaliação e difamação por parte da operadora. "Já que o plano era corporativo, a operadora procurou os donos da empresa em que eu trabalhava, me acusaram de calote, como se eu fosse uma pessoa desonesta, e fizeram pressão para que eu fosse mandada embora. Como a minha empresa sabia de toda a história, ficou do meu lado e, então, a operadora cancelou o contrato de todos os funcionários", conta ela.

A decisão da operadora deixou Claudia numa situação desesperadora e constrangedora ao mesmo tempo. "Primeiro, eu e minha mãe ficamos sem o plano justamente no momento que ela precisava fazer o acompanhamento pós-cirurgia. Além disso, alguns funcionários da empresa ficaram com raiva de mim porque tiveram o plano cancelado", diz ela, que desenvolveu síndrome do pânico após o episódio.

"Você já está fragilizada pela questão da doença e a operadora faz isso. Eu só chorava", diz ela. No processo que Claudia moveu, a Justiça considerou a cobrança abusiva e anulou a dívida. "Foram cinco anos até sair a sentença final em Brasília, na última instância. Só conseguimos resolver tudo no começo desse ano."

Audiência pública sobre o tema ocorre no Rio, no dia 4

Após a suspensão da resolução normativa que definia as regras para cobrança de coparticipação e franquia, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reabriu a discussão do assunto e marcou para o dia 4, no Rio, audiência pública para debater os chamados mecanismos financeiros de regulação.

O objetivo é discutir e receber propostas da sociedade, entidades de defesa do consumidor e representantes do setor. Antes da publicação da norma suspensa, a ANS havia realizado uma audiência pública, duas consultas públicas e uma pesquisa aberta à sociedade sobre o tema. O órgão disse que decidiu reabrir o debate em função "da apreensão que o tema tem causado na sociedade".

Além da possibilidade de cobrança de até 40% de coparticipação, outro ponto da resolução muito criticado pelas entidades de defesa do consumidor foi o teto mensal que os planos poderiam cobrar dos clientes a título de coparticipação ou franquia, equivalente ao valor pago pelo beneficiário como mensalidade.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), esse aspecto da regulação não foi discutido na audiência pública prévia.

A nova audiência será realizada no auditório da Secretaria de Fazenda e Planejamento, no centro do Rio, das 8h30 às 17h30. Quem quiser apresentar propostas ou apenas assistir à atividade deverá se inscrever até o dia 31/08 pelo e-mail eventos@ans.gov.br informando nome, CPF e instituição que representa. Serão disponibilizadas 180 vagas. O evento será transmitido ao vivo pelo Periscope.

CENÁRIO DA SAÚDE NO PAÍS

IESS –28/08/2018

Importante publicação para o setor, foi divulgado recentemente a nova edição do Cenário Saúde. Iniciativa do Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, a publicação é voltada para os diferentes participantes do segmento, com foco no mercado brasileiro de planos de saúde.

A atual edição apresenta o desempenho da saúde suplementar diante da melhora do cenário econômico, atualiza o indicador de Interesse por Plano de Saúde (IPS) – que já mostramos [aqui](#) – e ainda apresenta um novo índice criado pela instituição, o churn rate, ou taxa de cancelamento de contratos, que traz a quantidade de clientes que cancelaram o contrato de plano de saúde em um determinado período.

O destaque da edição é o primeiro resultado positivo para o mercado de planos médicos, após 33 meses consecutivos de queda, e o forte

crescimento do mercado de planos odontológicos, mesmo durante o período de instabilidade nacional – tema recorrente na [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#).

Já a sessão especial da publicação mostra dados do IESS relativos ao índice de [variação do custo médico-hospitalar \(VCMH\)](#), tema muito recorrente nas discussões do setor ao longo do ano. Segundo a publicação, nosso indicador evidencia cenário semelhante ao apontado por consultorias internacionais, como mostra o TD 69 – "Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional". Para quem nos acompanha, à época do lançamento, apresentamos uma série de publicações a respeito das especificidades dos custos em saúde com base no estudo: explicamos as [diferenças entre VCMH e IPCA](#); fatores propulsores dos custos; características do [caso brasileiro e mundial](#) e ainda sobre o [reajuste de planos de saúde](#).

"[Em dezembro de 2016], o índice era pelo menos 3 vezes maior do que o índice geral de preços da economia (IPCA). A título de comparação o Health Care Cost Institute – HCCI apontou que a

variação do custo médico-hospitalar foi de 4,3% em 2015 nos Estados Unidos, sendo que a inflação oficial do país na mesma época era de apenas 0,1% ao ano, ou seja, a variação de custos em saúde foi 43 vezes superior à inflação”, afirma a publicação.

Fundamental para se entender melhor do setor, o Cenário Saúde auxilia também no desenvolvimento do setor e das atividades das operadoras de planos de saúde. Confira a edição na [íntegra](#).

TRABALHADORES CRITICAM NOVAS REGRAS DOS PLANOS DE SAÚDE DE ESTATAIS FEDERAIS

Agência Câmara Notícias –28/08/2018

Em vigor desde janeiro, resoluções do Ministério do Planejamento reduziram a participação das empresas públicas no custeio dos planos de autogestão e aumentou o valor das mensalidades pagas pelos funcionários

Trabalhadores de empresas públicas, como Caixa, Correios e Petrobras, criticaram nesta terça-feira (28), em audiência pública na Câmara dos Deputados, duas resoluções (22/18 e 23/18) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão que criam novas regras para o custeio de planos de saúde geridos por estatais federais para atender a seus próprios funcionários.

Além de reduzir a participação dessas empresas no custeio dos chamados planos de autogestão, as resoluções, segundo os trabalhadores, desrespeitam o direito à livre negociação e têm como foco a privatização dos convênios dos empregados públicos. Os planos de autogestão atendem a 4,7 milhões de usuários no País, dos quais 3 milhões são empregados de estatais.

Representante do Comitê Nacional em Defesa das Empresas Públicas, Maria Rita Serrano disse que as resoluções são “um ataque aos brasileiros e às condições de vida das pessoas, não só de trabalhadores”, e, de acordo com ela, somam-se a outras limitações impostas à saúde, como a Emenda Constitucional 95/16, que estabelece um teto para os gastos públicos federais.

Para Serrano, as resoluções pretendem favorecer planos de saúde privados e diminuir os custos do governo federal com planos de autogestão. “A medida é privatista. Em empresas com até 20 mil beneficiários, a orientação é privatizar os planos”, apontou.

A deputada Erika Kokay (PT-DF), que propôs o debate na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, disse que as resoluções ferem direitos adquiridos e interferem no direito das categorias à livre negociação coletiva. “Apresentamos proposta para sustar os efeitos desses documentos, que consideramos abusivos e

ilegais”, declarou Kokay, autora do Projeto de Decreto Legislativo (PDC) 956/18.

Participações

Diretora da Federação Nacional das Associações de Pessoal da Caixa, Fabiana Cristina Matheus afirmou que as resoluções praticamente inviabilizam o Saúde Caixa - plano que o banco oferece a 288,587 mil trabalhadores. “A Caixa já inseriu no seu estatuto um teto para gastos com assistência à saúde de 6,5% da folha de pagamentos. Com isso, despesas médicas que ultrapassem o teto serão custeadas pelos trabalhadores”, explicou.

A resolução 23/18, no entanto, vai além e determina que a contribuição da empresa estatal para o custeio do benefício de assistência à saúde não poderá exceder a contribuição dos empregados. Conforme Fabiana Matheus, o acordo coletivo vigente estabelece que 70% das despesas assistenciais do Saúde Caixa devem ser de responsabilidade da Caixa e 30% dos empregados.

“O Planalto quer impor, de forma absurda, essa paridade”, comentou o deputado Tadeu Alencar (PSB-PE), que também criticou as resoluções e defendeu a aprovação do PDC 956/18.

Mensalidades

Geraldo Rodrigues, representante da Federação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Correios e Telégrafos e Similares (Fentect), criticou alterações no valor das contribuições. “Nós passamos a pagar mensalidades conforme o salário bruto. Ou seja, se eu fizer hora-extra, pago mais. Por isso, muitos estão desistindo de pagar plano de saúde”, destacou. Desde janeiro, as mensalidades dos planos de autogestão passaram a ser cobradas por pessoa e segundo a faixa etária. Antes, a mensalidade era única.

Procurador do Trabalho da 21ª Região, Afonso Rocha informou que o Ministério Público do Trabalho (MPT) já foi acionado por conta de questionamentos das categorias. De acordo com ele, a atuação do MPT terá como princípios zelar pelos direitos e garantias dos trabalhadores e defender a livre negociação coletiva. Pinheiro chamou atenção ainda para os impactos do enfraquecimento dos planos de autogestão no sistema público de saúde do País.

Nenhum debatedor presente à audiência manifestou-se favoravelmente às resoluções do Ministério do Planejamento.

ADVOGADO ROGÉRIO SCARBEL BARBOSA É NOMEADO DIRETOR DA ANS

Estado de Minas –27/08/2018

O presidente da República, Michel Temer, nomeou o advogado Rogério Scarbel Barbosa para o cargo de diretor da Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Barbosa entra na vaga deixada por José Carlos de Souza Abrahão e terá três anos de mandato no cargo.

A indicação de Barbosa foi aprovada pelo Senado Federal em junho.

A nomeação dele está publicada no Diário Oficial da União (DOU) desta segunda-feira, 27.

BIG DATA E A SAÚDE BRASILEIRA

IESS –27/08/2018

“Frente a complexidade do sistema de saúde, adquirir maturidade para uso dos dados dos pacientes de forma eficiente é uma maratona”. O alerta de Daniel Greca, diretor de Healthcare da KPMG, em setembro de 2017, deu o tom do debate “Uso do Big Data e das informações para promover cuidados integrados” durante o Seminário IESS no Healthcare Innovation Show (HIS).

Na ocasião, além de Greca, participaram do painel Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, Márcio Landi, diretor de Finanças e Inteligência de Mercado da Orizon, Vanderlei Leone, superintendente da Hapvida, e Fernanda Mussolino, diretora da Moka Info como você pode ver [aqui](#).

Importante, portanto, conhecer ações nessa área que podem auxiliar na melhor tomada de decisão do profissional médico. Reportagem divulgada no Jornal O Globo nesse domingo (26/08), mostra iniciativa da professora Agma Traina, professora do Instituto de Ciências Matemáticas e da Computação da USP de São Carlos, que lidera uma equipe de 25 pesquisadores responsáveis por digitalizar e organizar os dados médicos de mais de 1,6 milhão de pacientes de 24 hospitais públicos do Estado de São Paulo.

Segundo a publicação, essas informações vão para um software equipado com Inteligência Artificial (IA) para compor um banco de dados capaz de comparar os diferentes casos e fazer cruzamentos para auxiliar no correto diagnóstico e previsão da melhor estratégia de tratamento para o paciente. “O objetivo do programa não é fazer o diagnóstico no lugar do médico, mas oferecer uma segunda opinião”, contou a professora Agma Traina em entrevista ao jornal. “É como uma junta médica. Em lugar de outros profissionais, há um software”, comenta.

“O computador pode indicar que, para aquele caso específico, uma radioterapia vai funcionar melhor que uma quimioterapia. Trata-se de usar a inteligência artificial para tornar a medicina mais precisa”, aponta Paulo Azevedo Marques, professor da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto que também faz parte do projeto. Num primeiro estágio, o programa conta com dados de doenças mais comuns nos hospitais parceiros, como câncer de pulmão, problemas de coluna e cardíacos. Essas informações auxiliam o médico a prever a evolução dos problemas ou ainda apontar se está diante de um tipo de câncer mais agressivo, por exemplo.

Falar sobre como a tecnologia e as diferentes relações no ambiente digital mudaram, continuam evoluindo e transformam os diferentes setores já não é novidade. A confidencialidade das informações é uma questão fundamental nesse processo. Por isso, aprovação da lei geral de proteção de dados em âmbito nacional é um importante passo para todo o sistema de saúde no país (veja mais informações [aqui](#)).

PLANOS DE SAÚDE TENTAM AMENIZAR DERROTA NO STF

Valor Econômico –26/08/2018

SÃO PAULO - Os planos de saúde tentam no Supremo Tribunal Federal (STF) amenizar a derrota no julgamento que declarou constitucional a lei que os obriga a ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de três embargos de declaração, discutem, entre outros pontos, a tabela aplicada pelo órgão e a forma como são feitas as cobranças administrativas.

O julgamento foi realizado em fevereiro. Por unanimidade, os ministros, em repercussão geral, consideraram válida a cobrança, prevista no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998. Na ementa, afirmam que é “aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4 de junho de 1998”. E acrescentam: “assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo.”

Em um dos recursos, porém, a Amil defende “o efetivo exercício do contraditório e da ampla defesa”. De acordo com a empresa, é transferido para as operadoras “todo o ônus de buscar as informações acerca do que lhe está sendo cobrado e preparar eventual impugnação na via administrativa”.

As cobranças, destaca no recurso, são feitas após a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cruzar a base de dados do Sistema Único de Saúde, com informações sobre autorizações de internação hospitalar e de procedimentos ambulatoriais, com os dados de seus próprios sistemas. O resultado, acrescenta, é enviado “já sob a forma de cobrança”.

“E isso sem um mínimo de transparência ou de informações elementares – o envio da cobrança não é acompanhado de qualquer relatório, do prontuário de atendimento do paciente ou afins – que permitam à operadora demandada identificar de imediato se é caso

de alguma das hipóteses excludentes do dever de ressarcir”, afirma a Amil nos embargos.

De acordo com a advogada Ana Paula de Barcellos, do escritório Barroso Fontelles, Barcellos, Mendonça Advogados, que representa a Amil no processo, a ANS não verifica, por exemplo, se o beneficiário tem ou não cobertura para determinado procedimento. “Se tiver no banco de dados, cobra”, diz. Segundo ela, as cobranças trazem apenas código do usuário ou CPF, data, identidade do prestador e serviços e materiais usados.

Além da forma de cobrança, os planos questionam a tabela usada para o ressarcimento. Hoje, aplica-se o Índice de Valoração do Ressarcimento ao SUS (IVR), previsto na Resolução Normativa nº 251, de 2011. O índice, de acordo com os embargos apresentados pela Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, “nada mais é do que a multiplicação por 1,5 do valor constante na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Interações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar (Tabela SUS)”.

O advogado Dagoberto José Steinmeyer Lima, do Dagoberto Advogados, que representa o hospital no processo, considera que, com a prática, há enriquecimento indevido. “O poder público utiliza a Tabela SUS para pagar a iniciativa privada. Então, deveria aplicar a mesma tabela para os ressarcimentos”, afirma o advogado, que defende no recurso a inconstitucionalidade do artigo 32, analisado pelos ministros.

No primeiro semestre, os ressarcimentos renderam ao SUS R\$ 358 milhões – 61,07% do total repassado ao longo de todo o ano passado. Valores comprovadamente devidos são inscritos em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (Cadin) e cobrados judicialmente. Em 2017, foram encaminhados R\$ 140,7 milhões para inscrição em dívida ativa.

Em nota, a ANS destaca que as operadoras têm o direito de questionar administrativamente os atendimentos cobrados em razão do ressarcimento ao SUS, caso não concordem com a aplicação da cobrança. E que tem feito diversas melhorias no processo de

identificação e cobrança. Além do aprimoramento nos fluxos de trabalho, foi implementado o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS. Por meio dele, acrescenta o órgão, os pedidos de

impugnação e recurso encaminhados pelas operadoras à ANS podem ser feitos on-line. "Com isso, há mais agilidade, controle do processo e redução de custos."

JUSTIÇA REVISAR DECISÕES DE AÇÕES CONTRA PLANO DE SAÚDE

O Globo –25/08/2018

Sentenças do STJ buscam reduzir conflitos diante do aumento de processos. Em SP, volume é cinco vezes maior que em 2011

RIO E BRASÍLIA - As ações de consumidores contra planos de saúde dispararam nos tribunais. Somente no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP), foram 16.055 ações analisadas, de janeiro a junho deste ano, quase cinco vezes o volume registrado no mesmo período de 2011, quando somaram 3.300, segundo dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, da Universidade de São Paulo (USP). Neste cenário, tribunais superiores trabalham para reduzir os conflitos judiciais. Na prática, em muitos casos, o consumidor tem saído perdendo.

Na última semana, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que ex-funcionário aposentado ou demitido sem justa causa não tem direito à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial quando a mensalidade tiver sido paga apenas pelo empregador. Até então, havia divergência se o pagamento de coparticipação em procedimentos médicos daria direito à manutenção do plano. A decisão do STJ é vinculante e valerá para todos os processos similares em curso. Ao todo, 615 ações estavam suspensas aguardando uma definição da Corte.

Enquanto isso, está em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado o PLS 436/201,6 que garante ao aposentado a continuidade do convênio nas mesmas condições que tinha quando empregado, mesmo que não tenha contribuído para a mensalidade, se ele assumir o pagamento integral. Como se trata de uma mudança na Lei dos Planos de Saúde, a eventual aprovação desse projeto deve se sobrepor à decisão do STJ. Não há, porém, data para o assunto entrar em votação.

DECISÃO ORIENTA TRIBUNAIS ESTADUAIS

Outro tema delicado tratado pelo STJ foi o reajuste por faixa etária acima de 59 anos. Contrariando o entendimento majoritário até então, que vedava este tipo de aumento baseado no Estatuto do Idoso, a Corte considerou o reajuste válido, desde que previstos no contrato e que o percentual não seja abusivo.

O fornecimento de medicamentos importados também foi pacificado pelo STJ. Segundo a decisão, só aqueles com registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) podem vir a ser fornecidos pelas operadoras.

—Matérias que eram francamente favoráveis ao consumidor agora estão sendo negadas pelos juízes — diz o advogado Rodrigo Araújo, do escritório Conforti e Johnsson, acrescentando que as decisões do STJ orientam os demais tribunais.

A favor dos consumidores, uma decisão recente do STJ equiparou um plano coletivo, de apenas três usuários, a um individual, proibindo a quebra unilateral do contrato. A decisão aponta que o plano, chamado por especialista de falso coletivo, tem as características de um plano familiar.

Perguntada sobre a relação entre o aumento da judicialização e a regulação do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar disse realizar "rigorosa fiscalização" e trabalhar para aprimorar normas.

O QUE DIZEM ESPECIALISTAS

Representantes de empresa e de consumidores têm visões bastante diferentes dos últimos movimentos do Judiciário sobre o tema saúde suplementar. Confira abaixo as entrevistas com Mario Scheffer, diretor da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que atribui o aumento da judicialização ao enfraquecimento regulatório, e com Felipe Rossi, diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que vê na mudança o início de análises mais técnicas pelos juízes.

Mario Scheffer, diretor da Abrasco

O que levou ao aumento da judicialização?

Alguns grandes temas passaram a ter um posicionamento do Judiciário na medida em que há um enfraquecimento regulatório. Houve uma piora no comportamento do mercado, afetado pelo declínio da economia. A situação é crítica, pois mesmo com a redução no número de usuários de planos, temos mais consumidores recorrendo à Justiça para resolver conflitos com operadoras.

Quais são os temas mais questionados na Justiça?

A questão da cobertura e a aplicação de reajustes. O Judiciário tem entendido que o rol de procedimentos obrigatórios da ANS é uma cobertura mínima e não máxima. Já quanto ao reajuste, o relatório do Tribunal de Contas da União mostrou que falta transparência. Há muitas lacunas. Outra questão é o falso plano coletivo. Pela falta de oferta de individuais, famílias adquirem planos como se fossem empresas e são submetidas a reajustes abusivos ou têm o contrato cancelado unilateralmente. Há uma avalanche de ações.

Qual é o entendimento da Justiça sobre esses casos?

O STJ (Superior Tribunal de Justiça) criou uma jurisprudência para esses planos adquiridos por famílias e pequenos grupos equiparando-os aos individuais.

Felipe Rossi, diretor da Abramge

Que tipo de ações estão sendo adotadas para reduzir a judicialização?

Hoje, podemos observar uma tentativa da Justiça de pacificar alguns dos principais temas de conflito. Antes as operadoras perdiam de lavada, mas, de dois anos para cá, as sentenças estão mais amparadas. Antes, as operadoras eram obrigadas a dar tudo. Hoje, já existe uma organização e uma análise mais técnica dos juízes.

E da parte da regulação?

O sistema de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), implementado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para receber reclamações dos usuários, tem dado muito certo. Nessa ferramenta, as operadoras têm até cinco dias para responder ao usuário, sob pena de multa. Calculo que até 90% dos casos são solucionados.

Qual é o impacto das ações para as operadoras?

Somente no ano passado, as empresas desembolsaram R\$ 1,7 bilhão em ações judiciais. Em muitos casos, o usuário quer relativizar

a força da regra e do contrato. Há ações judiciais em que, de uma única vez, a operadora desembolsa R\$ 300 mil. Isso tem um impacto imenso e afeta o equilíbrio financeiro das empresas.

COMPARTILHANDO OS BENEFÍCIOS DA COPARTICIPAÇÃO

Folha de S. Paulo –23/08/2018

Se bem formatado, mecanismo pode ser útil a usuários de planos de saúde

A resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar que regulamentava coparticipação (quando o usuário paga parte do valor de procedimentos) e franquia (valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura) em planos de saúde teve recepção muito negativa por parte de usuários, sociedade civil e opinião pública.

Essa reação é compreensível quando cobranças para utilização de serviços surgem logo após aumentos nas mensalidades acima da inflação. O resultado foi uma liminar do STF suspendendo a resolução e o recuo da própria ANS.

Coparticipação e franquia, porém, podem ter funções importantes para um sistema de saúde e, não por acaso, são adotadas em diversos países. Primeiro, quando o custo do serviço é totalmente coberto por um terceiro, nem o médico prescritor nem o paciente têm incentivos para refletir sobre a sua real necessidade.

Isso leva à sobreutilização de serviços, como o excesso de exames e consultas a especialistas sem encaminhamento prévio, gerando custos sem ganhos significativos em saúde. Segundo, quem efetivamente usa os serviços contribui mais para o financiamento do sistema, reduzindo o ônus sobre outros segurados ao permitir mensalidades menores.

Por fim, como o paciente torna-se sensível a preço, os prestadores de serviço (laboratórios, hospitais etc.) ficarão sujeitos a concorrência por preço e qualidade, reduzindo os custos para todo o sistema. Estimativas para os EUA indicam que uma coparticipação de apenas 3% reduziria o preço de hospitais em 3,7%.

Há, porém, limites que devem ser observados. O risco mais relevante é a subutilização de serviços quando o custo inibe a procura por cuidados necessários à saúde. Isso pode ocorrer, sobretudo, para medidas preventivas ou de controle de doenças crônicas como a diabetes, cuja importância é menos óbvia e imediata para o segurado, mas evitam problemas de saúde graves no futuro.

No caso da coparticipação, se o valor for muito alto e indiscriminado, as famílias estarão desprotegidas contra gastos catastróficos de saúde, o que frustraria o propósito de um plano de saúde, que é o compartilhamento de riscos para garantir proteção financeira em caso de doença. Isso, de fato, é observado nos EUA, onde coparticipação e franquia fazem com que pessoas deixem de acessar tratamentos médicos importantes.

Como equilibrar benefícios e riscos de coparticipação e franquia é uma discussão tecnicamente complexa e que requer ampla participação social. Propomos três ideias para o debate.

Primeiro, serviços que tendem a ser subutilizados e que trazem grandes benefícios devem ser isentos, enquanto aqueles para os quais há evidência de sobreutilização estariam sujeitos a cobrança do valor máximo preestabelecido, podendo haver uma gradação de acordo com esses critérios.

Segundo, considerar outras medidas como, por exemplo, diretrizes clínicas específicas para procedimentos médicos, que reduziriam a necessidade de elevada coparticipação para evitar sobreutilização.

Por fim, a cobrança de coparticipação e franquia deve vir acompanhada da discussão sobre transparência e racionalidade nos reajustes dos planos individuais para que, a exemplo do que ocorre nas negociações em planos coletivos, a coparticipação modere os custos de assistência à saúde. Sem isso, será difícil convencer consumidores que os benefícios de coparticipação e franquia serão compartilhados por todos.

Daniel Wang e Paulo Furquim de Azevedo

Professor de direito na Queen Mary, University of London; Professor e coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Inesper

EX-EMPREGADO NÃO PODE MANTER PLANO DE SAÚDE PAGO SÓ PELA EMPRESA, DEFINE STJ

Consultor Jurídico –23/08/2018

O empregado aposentado ou demitido sem justa causa não tem direito a permanecer no plano de saúde coletivo pago exclusivamente pelo empregador. A decisão é da 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça, que entendeu ainda que a coparticipação do empregado não caracteriza contribuição, tampouco salário indireto.

A jurisprudência foi firmada nesta quarta-feira (22/8) ao julgar dois processos sob o rito dos recursos repetitivos. Segundo a tese definida, nessa situação, o empregado somente terá direito ao plano se houver previsão em contrato ou convenção coletiva de trabalho. Cerca de 600 processos aguardavam o julgamento.

Com essa decisão, o STJ põe fim a um tema que gerava divergências nas cortes. De acordo com o Anuário da Justiça São Paulo, no

Tribunal de Justiça paulista, por exemplo, das 10 câmaras que integram 1ª Subseção de Direito Privado, 7 foram favoráveis a manter o trabalhador no plano de saúde, mesmo se este não contribuiu com o custeio.

De acordo com essas decisões, a justificativa para manter o plano era que o custeio do plano pela empresa podia ser reconhecido como salário indireto. Foi justamente uma decisão nesse sentido do TJ-SP que serviu de paradigma.

No recurso ao STJ, o Bradesco Saúde contestava decisão que garantiu a um aposentado o direito de permanecer no plano, desde que assumisse o valor que a empresa pagava, além da coparticipação.

Para o relator do recurso, ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, não é possível considerar a coparticipação como contribuição. Segundo ele, contribuir significa pagar mensalidade, independentemente de usar a assistência médica. Em relação à caracterização do plano como salário indireto, o ministro afirmou que a CLT não deixa dúvidas de que esse benefício não tem índole salarial.

Seguindo o voto do relator, a 2ª Turma, por unanimidade, fixou a seguinte tese:

“Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado

aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto”.

ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO TRAVA AVANÇO DA TRANSPARÊNCIA

IESS –23/08/2018

A regulação do setor de saúde suplementar é um tema que sempre rende diferentes análises e opiniões. Desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano 2000, o setor passa por um processo de consolidação, necessitando de atualizações e adequações por parte do órgão regulador, como a criação de normas, instrumentos e outras medidas que facilitem seu desenvolvimento.

Quem nos acompanha, sabe que buscamos fornecer informações e dados para a criação de ferramentas em prol do setor. Nesse sentido, o [Seminário Internacional “Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”](#) trouxe diferentes palestras com o objetivo de incentivar a implementação de uma agenda nacional de transparência dos indicadores para mensurar a qualidade da assistência no país.

Sendo assim, Luiz Celso Dias Lopes, Diretor Técnico do Grupo NotreDame Intermédica, traçou um panorama do modelo da saúde suplementar no país, sua regulação e os impactos e desafios atuais do setor. Como você pode verificar na íntegra da apresentação, o especialista apresentou dados do IESS sobre como as fraudes em toda a cadeia dificultam o melhor desenvolvimento do segmento. Lopes lembrou a nossa Análise Especial com números de 2016. Segundo o estudo, aproximadamente 19% dos gastos assistenciais

da saúde suplementar no país foram consumidos por desperdícios e fraudes. Algo na casa dos R\$25,5 bilhões no ano de 2016, somando contas hospitalares e de exames.

Para o profissional, uma das principais iniciativas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o estímulo à qualidade dos planos de saúde foi a criação do Programa de Qualificação das Operadoras, com o objetivo de aferir o desempenho global das empresas, a partir de indicadores distribuídos em quatro dimensões, cujas notas variam de zero à 1, traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

No entanto, Dias Lopes lembrou importante entrave na regulação para sua maior eficiência. “A ANS regula apenas as operadoras de planos de saúde e não os demais agentes do setor. Isso leva a uma assimetria de informações que trava o avanço da transparência”, apontou. Além disso, apontou que ainda é necessária uma melhora na fiscalização. “Mesmo que haja o incentivo da Agência para a ampliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, eles ainda carecem de melhor fiscalização”, comenta. “A avaliação e os incentivos da ANS sobre qualidade nas operadoras (IDSS e monitoramento) ainda focam na quantidade dos programas do que nos desfechos clínicos dos pacientes”, conclui.

Não deixe de conferir a apresentação [“O uso de indicadores de qualidade nas Operadoras de Planos de Saúde”](#). Continuaremos repercutindo os conteúdos do [Seminário Internacional “Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”](#) nos próximos dias.

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