

30 de Agosto de 2017

LEITURA RECOMENDADA

MILLIMAN – 30/08/2017

Recomendamos a leitura do segundo Conselhos Milliman do mês de Agosto. O artigo “Tecnologia na Saúde Suplementar” faz uma análise sobre a adoção de novas tecnologias na saúde suplementar e traça um paralelo entre o aumento de custos decorrente da adoção destas tecnologias e os reais benefícios trazidos aos beneficiários.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

**SETOR DE SAÚDE SE REÚNE EM
BUSCA DE SOLUÇÕES**

FenaSaúde –29/08/2017

Presidente da FenaSaúde faz análise do setor e pede união do segmento durante o 2º Congresso Internacional de Gestão em Saúde, da Abramed

“O momento na Saúde Suplementar é crítico e a solução virá de todos os players”. Com essa afirmação, a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Solange Beatriz Palheiro Mendes, alertou Governo, empresários e especialistas nacionais e internacionais sobre a sustentabilidade do setor de saúde – público e privado – nos próximos anos no Brasil, durante o 2º Congresso Internacional de Gestão em Saúde, organizado pela Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), na última sexta-feira (25), em São Paulo.

Solange Beatriz ressaltou que o momento é de grande preocupação e também de oportunidade de discutir possíveis soluções. “Temos que ter uma pauta com prioridades estabelecidas. Todos nós temos o mesmo interesse e defendemos a mesma causa, que é a sustentabilidade do setor”, frisa.

Com a participação de mais de 400 lideranças da saúde, a segunda edição do congresso proporcionou debates sobre questões como sustentabilidade na prescrição e utilização de exames diagnósticos, incorporação tecnológica e compliance, entre outros. A presidente da FenaSaúde participou do painel ‘Sustentabilidade na Prescrição e Utilização de Exames Diagnósticos’ e fez uma apresentação sobre ‘Soluções de um Financiamento Sustentável’.

A executiva apresentou um panorama do setor, que atualmente conta com 47,4 milhões de beneficiários de planos médicos, com redução de 1,4 % entre julho de 2016 e julho de 2017. Já a receita do setor em 2016 foi de R\$ 160,5 bilhões, com alta de 11,7% em relação a 2015; por outro lado, apenas a despesa assistencial, no mesmo período, foi de R\$ 135,7 bilhões, representando uma alta de 13% em relação a 2015.

Mais procedimentos, menos beneficiários

De acordo com a presidente da FenaSaúde, apesar da diminuição da população assistida, evasão de aproximadamente um milhão de beneficiários em 2016, houve aumento na quantidade de procedimentos realizados. No ano passado, a produção assistencial dos planos de saúde chegou a 1,4 bilhão procedimentos, que representou um aumento de 6,8% no número de consultas, terapias, internações e exames realizados.

“As despesas assistenciais foram maiores em 2016, em proporções superiores ao aumento da quantidade de procedimentos efetuados. É importante ressaltar que os exames complementares – 796 milhões realizados – representam mais da metade produção assistencial em 2016”, comentou Solange Beatriz.

A executiva citou um exemplo de solicitação de exames diagnósticos: a ressonância nuclear magnética. Segundo dados de 2015, a Saúde Suplementar, no Brasil, realizou 147 exames para cada 1000 habitantes, já nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) esse número cai para 67 exames.

“A ressonância tem tido uma frequência muito maior que a tomografia, que é um exame mais simples e mais barato. Temos o papel de fornecer essas informações à sociedade, para indicar aos beneficiários sobre o uso adequado do procedimento, inclusive, para preservar a integridade de sua própria saúde”, afirma.

Solange Beatriz demonstrou, ainda, a preocupação da FenaSaúde em promover debates para reduzir os desperdícios e promover a sustentabilidade do setor. O 2º Fórum da Saúde Suplementar, realizado no ano passado, trouxe uma discussão sobre a campanha do Choosing Wisely (Escolhendo com Sabedoria), que teve início em 2011, com a Fundação American Board of Internal Medicine – associações norte-americanas de várias especialidades médicas apresentaram listas de procedimentos utilizados de maneira excessiva e inapropriada.

SÍRIO-LIBANÊS OFERECE SERVIÇO PARA CORTAR CUSTO COM PLANOS

Valor Econômico –29/08/2017

O Hospital Sírio-Libanês criou um programa de gestão de saúde para controlar os custos do convênio médico de seus funcionários e respectivos dependentes, que totalizam 12 mil pessoas. A premissa do programa é que elas sejam atendidas inicialmente por um médico de família do próprio Sírio e, se for o caso, são encaminhadas a um especialista ao laboratório para realização de exames. Esse modelo baseado em atenção primária fez o custo per capita do plano de saúde do Sírio-Libanês cair 27% no ano passado, mesmo período em que a inflação médica ficou em 15%.

Criado em 2014 como um projeto para solucionar um problema interno, esse programa de gestão de saúde agora começa a ser comercializado para outras empresas e tornou-se um novo negócio para o Sírio-Libanês. Os dois primeiros contratos estão prestes a ser fechados, sendo que uma das empresas tem 3,5 mil usuários do benefício saúde.

O modelo funciona da seguinte maneira: um clínico geral do Hospital Sírio-Libanês fica dentro das companhias que contrataram o serviço. Ele pode ficar numa estrutura criada especialmente para esse fim ou alocado na área de medicina ocupacional que, normalmente, há em prédios comerciais. Porém, como isso nem sempre é possível, o Sírio também abrirá consultórios nas proximidades das empresas para atender os colaboradores e familiares. Já há projetos de abertura de duas clínicas na capital paulista e no Grande ABC.

O atrativo desse programa de gestão da saúde é a credibilidade médica do Sírio-Libanês. É esperado que as pessoas prefiram ser atendidas por esses médicos em vez de irem até o pronto-socorro de um outro hospital. Os usuários não são obrigados a passar pelo clínico geral para terem acesso a um médico especialista, formato adotado por alguns convênios médicos.

Uma ferramenta que ajuda baixar os custos é uma plataforma tecnológica que abriga a ficha médica com o histórico de saúde do funcionário, evitando que sejam realizados exames desnecessários. “Cerca de 80% dos casos são resolvidos por um médico de família. Cada vez que a pessoa vai à emergência, são pedidos novos exames, começa tudo de novo”, disse o cirurgião Paulo Chapchap, CEO do Hospital Sírio-Libanês.

Entre os funcionários e respectivos dependentes do Sírio, o número de consultas em pronto-socorro caiu 51% e o volume de exames baixou 40% em 2016. “Também houve uma redução de 15% em internações porque há um acompanhamento mais sistemático com os pacientes crônicos, por exemplo”, disse Chapchap. O custo médio mensal por usuário do convênio médico baixou de R\$ 439,88 para R\$ 323,43 no ano passado. No ano passado, o Sírio economizou R\$ 16 milhões com o convênio médico que é da Mediservice, seguradora da Bradesco Saúde.

Até 2014, a maioria dos funcionários do Sírio não podia ser atendida no hospital porque o convênio não dava essa cobertura. Nos hospitais premium, é comum que os empregados não tenham esse acesso. Com o programa, batizado de “Cuidando de quem cuida”, os 12 mil colaboradores e dependentes agora são atendidos no Sírio-Libanês seja para consultas, exames ou cirurgias. “Pagamos o preço de tabela para a seguradora nos procedimentos dos nossos funcionários, o que houve foi uma redução na frequência”, explicou.

Há ainda uma central telefônica para esclarecimentos de dúvidas que já recebeu 23 mil ligações.

HIGIENE BUCAL AINDA É PROBLEMA NO BRASIL, AFIRMA IESS

IESS –29/08/2017

Dificuldade de acesso a dentistas pode estar no cerne da questão

[Estudo inédito mostra que o brasileiro precisa melhorar](#) muito seus hábitos de saúde bucal. De acordo com o levantamento, o Brasil tem um Índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPO-D) de 2,1, enquanto a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de um índice máximo de 1,1.

A pesquisa mostra, também, que pessoas sem plano odontológico tendem a ter mais problemas bucais. Os dados apontam que 1,1% dos respondentes sem plano odontológico não tinham nenhum dente na boca. Já entre os beneficiários respondentes, a proporção de pessoas sem dentes é bastante inferior, de apenas 0,1%. Se os números pudessem ser expandidos para toda a população, isso representaria mais de dois milhões de pessoas sem dentes no País.

E há mais dados alarmantes. Apesar de a maior parte dos brasileiros escovar os dentes duas vezes ou mais por dia, ainda há uma parcela da população que nunca escovou os dentes ou não o faz todos os dias. Apesar de os números serem baixos, o

superintendente executivo do IESS, Luiz Augusto Carneiro, destaca que 0,6% dos respondentes sem plano não escovam os dentes todos os dias e 0,1% nunca escovaram. Além disso, entre os respondentes sem planos que escovam os dentes diariamente, 4,2% o fazem apenas uma vez por dia. “Os números mostram a falta de cuidado com a saúde bucal por parte dos brasileiros pode estar ligada a falta de acesso aos dentistas. De acordo com o estudo, apenas 18,5% da população tem acesso aos planos exclusivamente odontológicos. Existe bastante espaço para o crescimento, o que pode contribuir para a saúde bucal do brasileiro”, alerta Carneiro.

Entre os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos que responderam a pesquisa, 2,4% escovam os dentes apenas uma vez por dia, 0,4% não os escovam todos os dias e 0,1% nunca escovaram os dentes.

Entre os respondentes que foram a uma consulta médica, mais de 90% dos beneficiários avaliam o serviço como bom ou muito bom. “O cuidado com a saúde bucal não é causado por profissionais mal qualificados, mas sim, por falta de acesso a população a esses profissionais.”, completa.

O estudo foi realizado com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS) realizada pelo IBGE e mostra a situação brasileira com base no perfil da população, dos pacientes em consultas e da saúde bucal do usuário.

RESOLUÇÃO SOBRE JUNTA MÉDICA E ODONTOLÓGICA ENTRA EM VIGOR

ANS –28/08/2017

Já está em vigor a normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estabelece os critérios para formação de junta médica ou odontológica quando há divergência clínica sobre procedimento a ser coberto pelas operadoras de planos de saúde. A medida deve ser adotada sempre que não houver acordo entre a operadora e o profissional de saúde que assiste ao beneficiário quanto à indicação de realização de um determinado procedimento ou à utilização de tipos específicos de órteses, próteses ou outros materiais especiais. A junta é, então, composta pelo médico ou dentista assistente, por um profissional da operadora e por um terceiro, escolhido em comum acordo entre o profissional assistente e operadora.

A norma estabelece ainda que as operadoras deverão notificar o beneficiário a respeito da necessidade de formação de junta médica ou odontológica e que elas também deverão registrar, armazenar e disponibilizar à ANS, quando requisitadas, as informações e os dados relacionados às juntas médicas ou odontológicas realizadas.

“A publicação dessa norma é essencial para informação do beneficiário de plano de saúde e também para o médico assistente e confere mais segurança, pois determina que ele deve ser informado se houver qualquer divergência entre a indicação do médico ou dentista assistente e a sua operadora de plano de saúde. Além disso, a formação de junta deverá considerar prazos de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado, de forma que o beneficiário não seja prejudicado e não fique sem previsão de ter seu caso solucionado”, destaca a diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Karla Santa Cruz Coelho.

A norma esclarece os casos em que deve ou não ser formada a junta médica ou odontológica, especifica a qualificação dos profissionais envolvidos, determina as formas de notificação, prazos e formas de resposta, além dos direitos e deveres de beneficiários, profissionais assistentes e operadoras, sempre com foco na garantia da melhor conduta clínica para o beneficiário, dentro dos prazos de atendimento preconizados pela ANS.

“Nossa expectativa é que as novas regras, ao trazerem transparência e clareza, promovam agilidade ao atendimento ao beneficiário, evitem conflitos entre os consumidores e as operadoras e reduzam casos de judicialização, promovendo a melhoria do atendimento ao usuário de planos de saúde”, diz Karla.

Principais regras para formação de junta médica e odontológica

- A junta será formada por três profissionais - o assistente, o da operadora e um desempatador;
- A escolha do desempatador será feita em comum acordo pelo assistente e pela operadora. O consenso poderá ocorrer entre o assistente e a operadora até a realização da junta;
- Cabe ao profissional assistente determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à realização do procedimento. A indicação deverá ser justificada clinicamente e deverão ser oferecidas, pelo menos, três marcas de produtos de fabricantes diferentes;
- A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador;

- O tempo para realização do procedimento não poderá ultrapassar os prazos máximos da garantia de atendimento determinados pela ANS na Resolução Normativa nº 259/2011.

Quando não se admite a formação de junta médica

- Casos de urgência ou emergência;
- Quando os procedimentos ou eventos não estão previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem no contrato;
- Quando há indicação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos pelo contrato, ainda que não previstos no Rol; ou
- Nos casos em que há indicação de OPME ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (*off label*).

A construção da norma foi feita em parceria com representantes de prestadores de serviços de saúde, de operadoras e contou com a participação do Ministério Público e da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro.

[Confira aqui a Resolução Normativa nº 424/2017.](#)

Perguntas e respostas

- 1. Quando se deve realizar a junta médica ou odontológica?**
Nos casos em que houver divergência clínica acerca da indicação do procedimento pelo médico/dentista do beneficiário (profissional assistente) e entre o profissional da operadora.
- 2. Qual dos três profissionais da junta decidirá a cobertura?**
O desempatador, que é o profissional médico ou cirurgião-dentista cuja opinião clínica decidirá a divergência técnico-assistencial.
- 3. Em qual prazo a operadora deverá concluir a junta?**
No prazo previsto no artigo 3º da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, de acordo com o procedimento solicitado, contados da data da solicitação, ou seja:
I – Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia): em até 7 dias úteis;
II – Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 dias úteis;
III – Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 dias úteis;
IV – Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 dias úteis;
V – Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 dias úteis;
VI – Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 dias úteis;
VII – Consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 dias úteis;
VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 dias úteis;
IX – Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 dias úteis;
X – Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 dias úteis;
XI – Procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 dias úteis;
XII – Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 dias úteis;

XIII – Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 dias úteis.

4. **Os prazos da junta podem ser suspensos? Em quais casos?**

Sim, por 3 dias úteis, quando o desempassador solicitar exames complementares, ou quando o beneficiário não puder comparecer à junta presencial, desde que comunique sua ausência.

5. **Nos casos de junta médica ou odontológica, em que ocasiões a operadora ou o desempassador deverão entrar em contato com o beneficiário?**

1ª Notificação – Para comunicação da divergência técnico-assistencial

2ª Notificação – Para comunicação da necessidade de entrega de exames já realizados

3ª Notificação – Para comunicação da necessidade de realização de novos exames

4ª Notificação – Para comunicação de junta presencial

5ª Notificação – Para comunicação do resultado da junta

A 1ª e a 5ª notificações devem ocorrer obrigatoriamente.

A 2ª, 3ª e a 4ª notificações somente ocorrerão se houver necessidade.

[Confira, neste link, mais perguntas e respostas sobre o assunto](#)

PROCON CARIOCA PARTICIPA DE MANIFESTO CONTRA PERDA DE DIREITOS NOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo –26/08/2017

Entidades dizem que projetos em discussão contrariam boas práticas das relações de consumo

RIO — A exemplo de outras entidades de defesa do consumidor, o Procon Carioca manifestou sua firme oposição a qualquer proposta que venha a constar no Projeto de Lei 7419/06 que vise a retirar ou enfraquecer a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) nos contratos de planos e seguros de saúde. O manifesto foi assinado durante o XVII Congresso Nacional do Ministério Público do Consumidor em Recife, Pernambuco, [após o relator da proposta que altera a Lei dos Planos de Saúde \(Lei 9.656/98\), deputado Rogério Marinho \(PSDB-RN\), admitir a impossibilidade de aplicar o CDC nos contratos das operadoras.](#)

No manifesto, as instituições defendem que, apesar de prometerem a redução da judicialização e a solução dos problemas latentes do setor de saúde no Brasil, esses projetos servem, na verdade, para reduzir, ainda mais, os direitos dos consumidores, a ponto de ser

levantada pelo relator, deputado Rogério Marinho, a possibilidade de não aplicar o CDC à contratação dos planos de saúde.

As organizações de defesa do consumidor entendem que essa possível alteração favorece a redução concreta dos direitos dos consumidores, o que contraria, frontalmente, o incentivo às boas práticas nas relações de consumo. E repudiam qualquer argumento baseado em dificuldade econômica ou melhoria de competitividade que tenha como propósito restringir direitos duramente conquistados com o advento do Código de Defesa do Consumidor.

Para esses órgãos, a judicialização não é culpa do Código de Defesa do Consumidor e não há nenhum artigo no CDC que vai de encontro à lei de planos de saúde. O CDC é norma principiológica, que prega o equilíbrio e a harmonia nas relações de consumo, e é usado pelos juízes quando não encontram respostas na regulamentação da ANS ou na Lei 9.656/98.

Presidente do Procon Carioca, Jorge Braz, afirma que as mudanças que estão querendo fazer nos planos de saúde passam por cima de direitos básicos do consumidor.

“Não há o menor sentido em desassociar os planos de saúde do Código de Defesa do Consumidor, já que se trata de uma relação de consumo. Os planos são pagos e muito bem pagos”, disse Jorge Braz.

O AUMENTO DE CUSTOS COM BENEFÍCIO SAÚDE NÃO MOSTRA SINAIS DE MELHORIA

Saúde Business –25/08/2017

O custo do benefício saúde oferecido pelas empresas a seus empregados continua a crescer em todo o mundo e não há sinais de redução, revela pesquisa com grandes operadoras de saúde realizada pela Willis Towers Watson (NASDAQ: WLTW), empresa global líder em consultoria, corretagem e soluções. As operadoras afirmam que os aumentos dos gastos com serviços médicos ambulatoriais, consultas e internações, implementação de tecnologias avançadas de saúde, além da utilização excessiva dos serviços continuam sendo os vilões que impulsionam o aumento dos custos com o benefício.

A pesquisa **Global Medical Trends Survey 2017**, da Willis Towers Watson, foi realizada em outubro e novembro de 2016 e reflete respostas de 213 operadoras líderes de saúde em 79 países.

O estudo revela que as operadoras de saúde em todo o mundo preveem um aumento de 7,8% no custo do benefício saúde este ano. Em 2016, a taxa de aumento foi de 7,3%. A pesquisa também revela uma previsão de elevação de custos em todas as principais

regiões. A América Latina deve sofrer os maiores níveis de aumento (11,5%), devido à alta inflação em alguns países. Também são esperados aumentos de custo consideráveis no Oriente Médio e África (9,8%). A Europa continua a apresentar os níveis mais baixos de aumento (4,5%), enquanto as operadoras nos E.U.A. projetam acréscimos de 7,5% este ano, um aumento pouco menor do que em 2016.

De acordo com a pesquisa, as perspectivas de que esses custos sejam contidos num futuro próximo não são otimistas. Com exceção das operadoras do Oriente Médio e África, a grande maioria dos participantes da pesquisa, em todas as regiões, acredita que as tendências atuais de aumento de custo do benefício saúde deverão crescer, em alguns casos, de modo significativo, nos próximos três anos. Já as operadoras do Oriente Médio e África mostram-se um pouco mais otimistas: 53% acreditam que os aumentos de custo permanecerão nos mesmos níveis nos próximos anos.

Tendência global de custos médicos

	2015	2016	2017*
Global	7,5%	7,3%	7,8%
América do Norte	8,4%	8,2%	8,6%
América Latina	12,5%	12,4%	11,5%
E.U.A.	8,8%	7,8%	7,5%
Europa	5,0%	4,3%	4,5%
Oriente Médio/África	9,0%	9,0%	9,8%
Ásia Pacífico	7,1%	7,7%	8,6%

*Estimativa

“Controlar os crescentes custos com benefício saúde é, sem dúvida, uma das maiores prioridades, não só para as operadoras, mas como para empregadores em todo o mundo”, afirma Marcello Avena, Head de Health & Benefits da Willis Towers Watson. “Apesar de registrarmos progresso na contenção de custos em saúde no Brasil, muitas empresas continuam enfrentando dificuldades nessa área. E não é por falta de esforço ou inovação. Na verdade, há cada vez mais empresas implementando abordagens tradicionais ou inovadoras para o gerenciamento dos custos crescentes”, complementa Marcello Avena.

Quase dois terços das empresas citaram os altos custos das tecnologias de saúde (63%) seguidos pela busca de lucro dos prestadores de serviços (40%) como os principais fatores de aumento das despesas sobre as quais operadoras e empregadores não têm nenhum controle. É interessante notar que três em quatro operadoras (74%) classificaram a utilização excessiva como o fator que mais impulsiona o aumento de custos relacionados ao comportamento de empregados e prestadores de serviços.

De acordo com a pesquisa, cada vez mais empresas estão oferecendo cuidados preventivos e compartilhando com os seus empregados a responsabilidade por sua própria saúde. Globalmente, quatro em cada dez respondentes (39%) oferecem programas de bem-estar. Nos EUA, 75% das organizações fornecem atualmente esses tipos de programas, versus 50% na Europa e 38% na América Latina. A expectativa é de que esses números cresçam no próximo ano, revela a pesquisa.

Os programas de promoção da saúde também vêm ganhando cada vez mais força. Quase dois em cada três participantes do estudo (65%) atualmente oferecem avaliações pessoais de riscos relacionados à saúde e outros 16% planejam fazê-lo em 2018. A segunda opinião médica é oferecida por 71% das operadoras e outros 11% planejam implementar. Quase metade (48%) das operadoras oferece programas de educação para a saúde e estilo de vida, e há uma expectativa de crescimento destes programas em 65% no próximo. Dentre outros pontos observados na pesquisa, destacam-se:

- **Doenças não contagiosas.** Segundo as operadoras, as três principais doenças em todo o mundo são o câncer (75%), as doenças cardiovasculares (67%) e as respiratórias (40%). As empresas participantes da pesquisa não acreditam que essa situação irá se alterar nos próximos cinco anos.
- **Gestão do Benefício Saúde – Tendências.** 66% utilizam redes contratadas e 65% exigem aprovação prévia para serviços de internação programada com o objetivo de ajudar no gerenciamento de custos. Quase 60% estabelecem limites para determinados serviços.
- **Gerenciamento do estresse.** Com o aumento contínuo das preocupações acerca do estresse dos empregados, 61% das operadoras em todo o mundo atualmente incluem tratamentos relacionados à saúde mental e ao estresse no produto saúde.

TRF-3 PERMITE QUE PLANOS DE SAÚDE LIMITEM NÚMERO DE SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Consultor Jurídico –25/08/2017

Para não onerar ainda mais os usuários com novos aumentos das mensalidades, os planos de saúde podem limitar a 18 o número de sessões de psicoterapia ofertados, como está previsto na Resolução 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este foi o entendimento do desembargador federal Marcelo Saraiva, da 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, que suspendeu a decisão de primeira instância que exigia a oferta do serviço de maneira ilimitada.

A suspensão vale até o julgamento do recurso de apelação pelo tribunal. Para o magistrado, o tratamento, ainda que de forma restrita, está sendo prestado pelos planos de saúde e os reflexos econômicos de obrigar sessões infinitas seriam irreversíveis.

“Verifica-se a presença de risco de dano irreparável, diante do impacto econômico a ser suportado pelos usuários de planos de saúde, cujos elevados reajustes são notórios na atual conjuntura econômica do país”, ressaltou Saraiva.

Primeira instância

A 25ª Vara Cível Federal de São Paulo havia determinado, em 10 de maio, que os planos de saúde em todo o Brasil disponibilizassem número ilimitado de sessões de psicoterapia para seus clientes após julgar ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal, anulando em parte a Resolução 387/2015 da ANS.

O juiz havia acolhido os argumentos do MPF com o entendimento de que a norma editada pelo órgão contrariava tanto a Constituição Federal quanto as leis que regulamentam o setor. A sentença determinava que a cobertura dos planos correspondesse ao número de sessões prescritas pelo profissional de saúde responsável.

Cobertura já é extensa

Segundo o desembargador federal relator Marcelo Saraiva, é plausível o direito nas alegações da ANS para a concessão de efeito suspensivo a fim de evitar dano irreparável, conforme previsto no artigo 14 da Lei 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública). Para ele, a questão envolve o direito à saúde e, por consequência, o direito à vida, bem como o direito do consumidor.

“Trata-se de número razoável, à primeira vista, não se podendo olvidar que também são fornecidas aos beneficiários consultas médicas ilimitadas com psiquiatras, cobertura mínima de 40 sessões com psicólogos e/ou terapeutas ocupacionais para os casos mais graves e crônicos”, destacou. Com informações da Assessoria de Imprensa do TRF-3.

NOTA DE ESCLARECIMENTO SOBRE A CONSULTA PÚBLICA Nº 65

ANS –23/08/2017

Em vista das recentes notícias veiculadas na imprensa acerca da proposta de norma que está em Consulta Pública desde o dia 15 de agosto de 2017, torna-se necessário prestar esclarecimentos adicionais, em complemento às informações contidas na nota publicada no dia [08 de agosto de 2017 no site da ANS](#):

- O valor das multas a serem aplicadas por negativa indevida de atendimento não foram simplesmente reduzidas no novo modelo, como divulgado. A proposta promove a adequação das sanções aplicáveis em diversos tipos sancionadores, a fim de estabelecer uma sanção diretamente vinculada e proporcional ao dano causado, com o detalhamento de infrações hoje classificadas de forma ampla. Assim, se a operadora infringir uma norma de cunho assistencial terá uma sanção relacionada ao custo do procedimento e à preponderância deste na assistência à saúde do beneficiário.
- Além disso, o valor máximo da multa por negativa de cobertura foi ampliado de R\$ 80 mil para R\$ 160 mil, nos casos de procedimentos realizados em internação, podendo chegar a 250 mil em casos de urgência/emergência. Em todo caso, o valor da multa por ser majorado em 100% na hipótese da conduta infrativa da operadora resultar em morte do beneficiário.
- Ainda com relação às multas, importante esclarecer que a regra atual, que aplica um fator redutor de 80% ao valor da multa nas hipóteses em que a operadora comprova que o atendimento ao beneficiário foi prestado em até 10 dias úteis após o término da fase de intermediação preliminar não foi replicada no novo regramento devido pois o mecanismo não demonstrou, em uma avaliação *ex post* de sua eficiência, o atingimento do objetivo para o qual foi criado, qual seja a solução do problema do beneficiário. Desde a vigência da Resolução Normativa nº 388/15, que o instituiu, das mais de 16 mil decisões proferidas em 2016, apenas 69 se utilizaram deste mecanismo de conclusão antecipada do processo.
- Entretanto, é imprescindível destacar que outros mecanismos inaugurados pela citada RN nº 388/2015 ensejaram expressivos resultados em gestão pública, como pode ser consultado no conteúdo do link: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/relatorio_difis_2016FINAL.PDF.
- Quanto à fiscalização proativa, ao contrário do veiculado, a proposta em consulta amplia a atuação *in loco* da

fiscalização da ANS sobre as operadoras, pois, além de promover um aprimoramento do Programa de Intervenção Fiscalizatória, que corresponde ao conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos, a fim de identificar e solucionar condutas infrativas potencial e/ou efetivamente praticadas e contém em seu procedimento uma fase específica para a atuação *in loco* da fiscalização na operadora, criou o procedimento de supervisão fiscalizatória, através do qual também poderão ser realizadas diligências nas operadoras.

- Destaca-se que, apenas no âmbito do programa de intervenção fiscalizatória, foram realizadas, ao longo do último ano, 24 diligências *in loco* pela ANS nas operadoras previamente selecionadas a partir de critérios objetivos.
- Observe-se que o Relatório de Auditoria Anual de Contas da CGU ressaltou o ganho para o consumidor de plano de saúde refletido, principalmente, na redução do trâmite processual e passivo de processos, além da adequação das demais ações fiscalizatórias atualmente intentadas, dentre as quais se enquadra o programa de intervenção fiscalizatória.
- Nessa mesma linha está sendo proposta a Supervisão Fiscalizatória, que também é um conjunto de ações planejadas com a finalidade de identificar e solucionar condutas infrativas, a ser deflagrada, porém, nas operadoras que apresentarem menos agravado e, portanto, se enquadrarem na faixa D, do que as observadas na Intervenção, a ser deflagrada, ordinariamente, às operadoras enquadradas na faixa E.
- Ademais, a proposta traz, ainda, o Plano de Correção de Conduta, que deve ser elaborado pela operadora sempre que forem identificadas, pela fiscalização, práticas reiteradas de condutas lesivas aos beneficiários e/ou em desconformidade com a regulação de saúde suplementar.

Tais mecanismos vão permitir à Agência acompanhar a atuação das operadoras antes do conflito com o beneficiário ser instaurado, de uma forma proativa e buscando, sempre, a mudança de comportamento das mesmas, culminando com resultados em favor dos beneficiários.

Por fim, na qualidade de canal preponderante de reclamações dos beneficiários, importante esclarecer que das 380 mil ligações recebidas em 2016, 290 mil foram para esclarecimento de dúvidas. Das 90 mil restantes, apenas 9 mil não foram resolvidas no âmbito da intermediação de conflitos (NIP) e seguiram o fluxo do processo sancionador. Assim, a ANS teve, portanto, aproximadamente 80 mil denúncias de beneficiários resolvidas de forma ágil, célere e eficiente, resultado que deve sempre ser almejado por uma entidade reguladora.

TROCA DE PLANO DE SAÚDE: COMO FUNCIONARÁ A NOVA REGRA

Saúde Business –23/08/2017

Atualmente, quem decide migrar de plano de saúde tem que esperar 120 dias contados a partir do primeiro dia do mês de aniversário do contrato, período conhecido como “janela”. Mas as regras para a portabilidade de plano deverão ser flexibilizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Recentemente a ANS abriu consulta pública sobre o tema com o objetivo de facilitar a portabilidade, assim como já ocorre nos setores de telefonia e crédito.

Outra mudança proposta pela agência é permitir que beneficiários de planos empresariais possam mudar para outras coberturas (como individuais ou por adesão), sem pagar carência.

Para o advogado Jairo Corrêa, do escritório Corrêa, Ongaro, Sano Advogados Associados, com regras mais fáceis para a portabilidade, a tendência é a de a concorrência entre as empresas seja maior, o que pode estimular a melhoria na qualidade dos serviços prestados. “Se as regras forem aprovadas, serão muito positivas, porque hoje o processo de portabilidade é muito burocrático”, explica.

No Brasil existem 31,48 milhões de beneficiários de planos de saúde empresarial, 9,27 milhões individual e 6,44 milhões por adesão, segundo dados da agência.

INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO DE SAÚDE E PLANOS ODONTOLÓGICOS PEDEM LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

Agência Câmara –23/08/2017

A comissão especial da Câmara dos Deputados que discute uma nova legislação para os planos de saúde (PL 7419/06 e apensados) reuniu-se nesta quarta-feira (23) para ouvir representantes das instituições de autogestão de saúde e dos planos odontológicos de grupo. Eles reivindicaram uma regulação específica para esses setores.

A autogestão é uma modalidade de plano de saúde complementar gerenciada pela própria empresa na qual o beneficiário trabalha. Exemplos desse modelo são como a Cassi, do Banco do Brasil, e o Saúde Caixa, da Caixa Econômica Federal.

O representante da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, José Luís Toro da Silva, lembrou que na autogestão existe uma capilaridade muito grande, atendendo seus membros onde quer que eles estejam. “Necessitamos ter da lei uma atenção diferenciada. Não podemos ser comparados às operadoras de mercado.”

Por sua vez, o presidente do Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, Geraldo Lima, destacou que o índice de satisfação dos usuários desse serviço passa de 99%. Ele pediu um olhar diferenciado para tais empresas.

“Hoje não há distinção de regras para planos médicos e planos odontológicos, e isso tem nos afetado sobremaneira. Somos um segmento menos complexo, com menor risco e devemos ter um tratamento da legislação diferenciado”, argumentou Lima.

O debate foi solicitado pelos deputados Jorge Solla (PT-BA) e Dagoberto Nogueira (PDT-MS).

Relatório

O presidente da comissão especial, deputado Hiran Gonçalves (PP-RR), informou que esta foi a última audiência pública do colegiado antes do relatório, que deve ser apresentado pelo deputado Rogério Marinho (PSDB-RN) em setembro.

“As informações colhidas nos debates servirão de subsídio para que o nosso relator elabore um texto que contemple, da melhor maneira possível, os interesses dos usuários, dos profissionais, das organizações que prestam serviços médicos, seja por meio de autogestão, cooperativas ou planos de saúde convencionais”, disse Gonçalves.

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