

**05 de setembro de 2018**

---

**LEITURA RECOMENDADA**

MILLIMAN – 06/09/2018

Recomendamos a leitura do Conselho Milliman divulgado nesse mês de setembro. O artigo “Variação de custos médico-hospitares” traz um resumo dos fatores que vêm impactando em seu constante aumento.

O objetivo é compreender cada um destes fatores de forma que seja possível estimar seu comportamento e viabilizar decisões estratégicas para o tratamento destes riscos.

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

---

**MP E DEFENSORIA PROPÕEM  
LIMITAR EM 25%  
COPARTICIPAÇÃO EM PLANOS DE  
SAÚDE**

O Globo - 04/09/2018

**Proposta foi apresentada em audiência pública da ANS, no Rio**

RIO — O Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) e a Defensoria Pública do estado apresentaram, nesta terça-feira, proposta conjunta defendendo limite de 25% de franquia e coparticipação nos planos de saúde, e o não pagamento pelo usuário de qualquer percentual em casos de urgência, emergência e internação. A proposta foi apresentada em audiência pública realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que reabriu o debate sobre o pagamento pelo consumidor de parte dos procedimentos médicos, previsto em resolução da agência suspensa no mês passado.

Diante de um auditório lotado, no Centro do Rio de Janeiro, o promotor Sidney Rosa defendeu que a proposta do MPRJ e da Defensoria se converta em norma aplicada a todos os contratos.

— O objetivo da adoção de franquia e coparticipação é reduzir o risco moral, ou seja, o uso desnecessário pelo consumidor. Entendemos que, quando ele está dentro de um sistema de saúde, essa possibilidade deixa de existir, pois ninguém decide se internar. No caso do uso de emergência para decidir problemas cotidianos, consideramos que há outros meios para inibir essa prática. De outra forma, não se tratará de coparticipação, mas de financiamento — explica Sidney Rosa.

A proposta cita o Rand Health Insurance Experiment, o maior estudo feito pelo tema até hoje. Os pesquisadores acompanharam por um cinco anos, milhares de usuários de planos de saúde, nos Estados Unidos e puderam verificar os efeitos da coparticipação e mostraram que 25% é o percentual mais efetivo para coibir desperdícios, sem criar restrição severa ao acesso, o que acabaria por aumentar, posteriormente os gastos com saúde.

Maria Lacerda, especialista em Proteção de Defesa do Consumidor do Procon-SP, também questiona a adoção de patamar acima desse percentual:

— Se 25% já é eficiente para coibir o uso excessivo, qual a justificativa para se chegar a 40% e até 60%? Afinal, quanto maior o percentual, maior o risco de endividamento. É difícil para a maioria dos consumidores entender que é necessário ter uma reserva no orçamento para arcar com a coparticipação — ressalta.

Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), aponta que a cobrança de coparticipação para internação e emergência constitui financiamento, e não risco moral, pois não envolve escolha do consumidor, e não justifica a figura do moderador de uso.

Defensoria e Ministério Público também são contrários ao direcionamento de rede para os procedimentos listados pela ANS como isentos de coparticipação.

— O direcionamento de rede merece uma regulamentação em separado. Uma das preocupações é que, ao estabelecer o direcionamento para esses procedimentos listados como básicos para o cuidado com a saúde, as operadoras privilegiam preço em detrimento de qualidade — destaca Rosa.

O Instituto de Defesa Coletiva apontou a necessidade de estudo atuarial e socioeconômico para o estabelecimento de limite de exposição do consumidor, que na regra suspensa pela ANS poderia chegar ao dobro do valor da mensalidade.

— A preocupação é com a informação dessa possibilidade e também com o endividamento do consumidor. Principalmente em relação aos idosos, já que estudos mostram que a maioria das pessoas acima de 50 anos não tem condição de avaliar contrato e entender planejamento — diz Lilian Jorge Salgado, representante do Instituto.

O procurador Fabiano Moraes, coordenador do Grupo de Trabalho de planos de saúde do Ministério Público Federal do Rio Grande do Sul (MPF-RS), considera que mais importante do que o percentual de coparticipação para usuário é o limite de exposição financeira, ou seja, o valor máximo que poderá ser pago mensalmente e no ano:

— Essa informação precisa ser muito clara para que o consumidor não seja surpreendido. Também é preciso verificar qual seria o limite adequado. Talvez seja necessário estabelecer limites diferentes para cada faixa de plano. Um idoso que paga R\$ 2.500 por mês pode não conseguir pagar o dobro — destaca.

Paulo Roberto Oliveira Webster, da diretoria de Regulação e Serviços da Unimed Brasil, mostrou reduções nos custos de assistência, na média, de 27%, nos planos com coparticipação. Em estudo realizado com dois milhões de beneficiários, a lista de cerca de 250 procedimentos isentos na regra anterior teria um impacto 5,91% nos custos.

## **DEBATEDORES COBRAM TRANSPARÊNCIA DE PLANOS DE SAÚDE**

Senado Notícias - 04/09/2018

RIO - Maior transparência na apresentação de custos, acesso a informações sobre os gastos com os funcionários do plano coletivo contratado pela empresa e novos modelos de planos de saúde foram as principais demandas apresentadas pelo setor industrial em encontro realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesta quinta-feira no Rio, segundo a Confederação Nacional da Indústria (CNI).

— É preciso ampliar o debate sobre o custo dos planos de saúde contratados pelas empresas, que são a maioria, sendo mais de um terço deles concentrados na indústria. Temos de discutir como ampliar a qualidade no atendimento com acessibilidade financeira, sob risco de tornar o benefício corporativo inviável, que é o que se quer evitar — ponderou Pablo Cesário, gerente executivo de relacionamento com o Poder Executivo da Confederação Nacional da Indústria (CNI).

O evento foi desenhado para que a agência pudesse apresentar a grandes empresas contratantes de planos de saúde para seus colaboradores como funciona a regulação atual, explicando desde a contratação do benefício e a manutenção do plano para aposentados e demitidos, passando pelos mecanismos de fiscalização e monitoramento da saúde financeira das operadoras do setor, à qualidade da assistência prestada e os caminhos para reduzir a sinistralidade.

— A ANS está se mostrando aberta à discussão, tendo considerado ouvir o que diz o setor produtivo e isso já é bom. Mas é preciso avançar na prática com a regulação — pondera Cesário.

Os diretores da ANS, informou a agência, "destacaram a importância do engajamento dos contratantes e sugeriram que eles se tornem cada vez mais gestores da relação com os planos de saúde, deixando de ter apenas um papel de intermediação", principalmente pelo custo do benefício para os contratantes e do

peso que essas companhias têm na saúde suplementar, já que dois terços dos planos são empresariais.

### **PLANOS CHEGAM A UM QUINTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DA INDÚSTRIA**

Com alta do preço dos planos de saúde e o cenário de crise, empresas de todo o país vêm implementando programas de gestão de saúde e estudando alternativas para reduzir os gastos com o benefício oferecido aos funcionários. Na indústria, onde os planos de saúde representam de 15% a 20% da folha de pagamento, de acordo com a CNI, já há um grupo de 45 grandes companhias trabalhando juntas para pressionar a ANS a permitir que as operadoras possam oferecer novos modelos de planos.

Outra demanda do setor é para mudar o atual modelo de remuneração dos planos de saúde, que é feito por serviço, o chamado fee for service, passando para um pagamento por performance. Essa medida, segundo a ANS, independe de qualquer regulação, e já vem sendo feito por algumas operadoras de saúde.

- Esses grandes contratantes são os financiadores da saúde suplementar. O debate entre eles, as operadoras de saúde e a agência é importante. Todos entendem as dificuldades e necessidades de aprimoramento do sistema, do quanto é preciso mudar o modelo de remuneração. No encontro, as empresas puderam também apontar outros itens a serem discutidos, como o custo de incorporação de novas tecnologias na cobertura dos planos de saúde e os desperdícios causados por fraudes — disse Marcos Novais, economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), destacando que companhias com carteiras de até 30 mil funcionários estavam presentes no evento.

O custo permeia também uma das principais bandeiras da ANS atualmente que é o estímulo a promoção de saúde e prevenção de doenças, tema que também foi abordado no evento.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também destacou que o encontro foi marcado pela demanda por mais informação e transparência das operadoras de saúde. "É um debate positivo e necessário. Em se tratando de combate à escalada dos custos em saúde, todos devem estar do mesmo lado", disse Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da entidade, por meio de nota.

## **AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATE ALTERAÇÃO EM NORMAS CONTÁBEIS SEGUIDAS PELAS OPERADORAS**

ANS - 03/09/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará no dia 14/09, no Rio de Janeiro, uma audiência pública para receber da

sociedade e de representantes do setor subsídios, sugestões ou críticas em relação à proposta de alteração dos anexos da RN nº 290/2012, que tratam das normas contábeis que devem ser seguidas pelas operadoras de planos de saúde. O objetivo é conciliar a necessidade de ajustes técnicos, verificada em avaliações internas, com demandas trazidas pelo setor.

A proposta de mudança na normativa foi estruturada a partir de debates realizados em reuniões da Comissão Técnica Contábil da ANS, com a participação de entidades representativas das operadoras, de representantes do meio acadêmico e de órgãos

técnicos, como o Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (Ibracon). A proposta abarca,

entre outras questões, a realização do Teste de Adequação de Passivo (TAP) pelas operadoras - com a divulgação dos resultados de desequilíbrios em notas explicativas nos balanços de final de exercício - e a formalização de princípios de boas práticas contábeis adotados em consonância com as diretrizes do Comitê de Pronunciamento Contábil (CPC).

Além da manifestação presencial na audiência pública, contribuições poderão ser encaminhadas para a ANS no e-mail da Comissão Técnica Contábil: [comitecontabil@ans.gov.br](mailto:comitecontabil@ans.gov.br).

Serviço

Audiência Pública nº 12 – Normas contábeis que devem ser seguidas pelas operadoras

Data: 14/9

Horário: 14h às 18h

Local: Auditório da Ancine, na Avenida Graça Aranha, 35/11º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ

Inscrições: Devem ser realizadas com envio de e-mail para

[eventos@ans.gov.br](mailto:eventos@ans.gov.br), informando nome, instituição e e-mail de contato.

## **ANS E CONTRATANTES DEBATEM PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS**

ANS - 31/08/2018

Representantes de grupos empresariais e contratantes de planos coletivos reuniram-se com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesta quinta-feira (30), no Rio de Janeiro, durante o evento "Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias?". A agenda buscou esclarecer regras relacionadas aos planos empresariais e por adesão, além de dar espaço para que os contratantes apresentassem suas demandas, dúvidas ou sugestões acerca do tema.

Durante todo o dia, os presentes puderam participar de cinco diferentes painéis, onde os diretores da ANS e o corpo técnico da reguladora fizeram explicações sobre temas-chave do setor e puderam abordar instruções relativas a contratação dos planos de saúde, reajuste aplicado aos planos coletivos, estímulo à qualidade na assistência ao beneficiário, contenção da sinistralidade no setor e fiscalização dos planos de saúde.

Na abertura do evento, os diretores da ANS destacaram a importância do engajamento dos contratantes e sugeriram que eles se tornem cada vez mais gestores da relação com os planos de saúde, deixando de ter apenas um papel de intermediação. Foi lembrado ainda que o plano de saúde pesa cada vez mais na folha de pagamento das empresas, justificando a mudança de papel. Também foi destacada a relevância da discussão: dois terços dos beneficiários estão em planos coletivos empresariais.

No primeiro painel, foi apresentado o regramento relativo à contratação dos planos, apontando as diferenças entre as

modalidades. Também foram apresentadas as cartilhas da ANS de orientação a beneficiários, com temas como manutenção de plano por aposentados e demitidos, regras de cancelamento, prazos máximos de atendimento e contratação por empresário individual, cobrindo assim as etapas de entrada, permanência e saída do beneficiário. Os contratantes também puderam esclarecer suas dúvidas sobre contratação e rescisão do contrato da empresa junto à operadora.

No segundo painel, sobre reajuste de planos coletivos, foi esclarecida a relação entre preço e risco – ou seja, a precificação, abordando ainda o reagrupamento de contratos até 30 vidas no chamado pool de risco. Foram apresentadas ainda informações úteis aos contratantes sobre o Portal de Informações (PIN-SS) e sobre o extrato obrigatório de reajuste. Também foram abordados os temas mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia) e a norma sobre Junta Médica ou Odontológica.

A Qualidade da Saúde também foi muito discutida no encontro, ao longo dos outros painéis, com a abordagem da importância de propostas de estímulo à saúde e prevenção de doenças. Foram apresentados ainda os programas da ANS voltados a esse fim, entre eles o Oncorede, Parto Adequado e o Programa de Certificação em Atenção Primária em Saúde (APS). O contratante pôde também entender melhor a importância do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e do Programa de Acreditação de Operadoras na escolha da empresa com a qual fechará o contrato de plano de saúde para seus funcionários.

Os contratantes presentes esclareceram dúvidas e puderam apresentar diversos argumentos durante a agenda. O evento "Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias?" contou com a presença de mais de 100 participantes. A agenda foi transmitida via Periscope e pode ser acessada aqui.

## **ANS ABRE CONSULTA PÚBLICA PARA ATUALIZAR PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS**

ANS - 31/08/2018

O Programa de Acreditação de Operadoras desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai ser atualizado e, para subsidiar as mudanças, a reguladora vai dar início a uma consulta pública. O tema é aberto à participação de toda a sociedade, incluindo representantes do setor, entidades de defesa do consumidor e demais instituições interessadas no tema, além de cidadãos de maneira geral. A consulta ficará disponível para sugestões, críticas e colaborações entre os dias 06/09 e 05/10, no

portal da ANS, mas os documentos relacionados ao tema podem ser consultados já a partir de hoje (31/8).

A proposta de atualização do programa visa garantir mais transparência e legitimidade no processo de avaliação das operadoras, instituir um manual único para embasar a auditoria dos itens de avaliação, reduzir a assimetria de informações no setor e incentivar a adesão de operadoras exclusivamente odontológicas – que não estão contempladas atualmente. A ANS vem discutindo a adoção de um novo modelo junto a representantes do setor e entidades de defesa do consumidor desde dezembro de 2016, diante da amplitude e complexidade do tema.

A adesão ao Programa de Acreditação é voluntária e a certificação é conferida por Entidades Acreditoras às operadoras que cumprem os critérios de qualidade determinados pela ANS. O

programa envolve quatro dimensões: gestão organizacional, gestão da rede, gestão em saúde e experiência do beneficiário.

A acreditação garante um diferencial para concorrência no mercado, incentiva a reorganização de processos qualifica a prestação de serviços. Implantado pela ANS em 2011, o programa tem

contribuído para que as operadoras conheçam melhor seu negócio, identifiquem e solucionem problemas de gestão e de assistência do beneficiário. A proposta de alteração feita pela ANS está baseada na literatura científica e em experiências nacionais e internacionais na área de acreditação.

## EMPRESAS DEFENDEM NOVOS MODELOS DE PLANO DE SAÚDE EM ENCONTRO COM A ANS

O Globo - 30/08/2018

### Agência apresenta mecanismos de monitoramento das operadoras do setor

RIO - Maior transparência na apresentação de custos, acesso a informações sobre os gastos com os funcionários do plano coletivo contratado pela empresa e novos modelos de planos de saúde foram as principais demandas apresentadas pelo setor industrial em encontro realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesta quinta-feira no Rio, segundo a Confederação Nacional da Indústria (CNI).

- É preciso ampliar o debate sobre o custo dos planos de saúde contratados pelas empresas, que são a maioria, sendo mais de um terço deles concentrados na indústria. Temos de discutir como ampliar a qualidade no atendimento com acessibilidade financeira, sob risco de tornar o benefício corporativo inviável, que é o que se quer evitar — ponderou Pablo Cesário, gerente executivo de relacionamento com o Poder Executivo da Confederação Nacional da Indústria (CNI).

O evento foi desenhado para que a agência pudesse apresentar a grandes empresas contratantes de planos de saúde para seus colaboradores como funciona a regulação atual, explicando desde a contratação do benefício e a manutenção do plano para aposentados e demitidos, passando pelos mecanismos de fiscalização e monitoramento da saúde financeira das operadoras do setor, à qualidade da assistência prestada e os caminhos para reduzir a sinistralidade.

— A ANS está se mostrando aberta à discussão, tendo considerado ouvir o que diz o setor produtivo e isso já é bom. Mas é preciso avançar na prática com a regulação — pondera Cesário. Os diretores da ANS, informou a agência, "destacaram a importância do engajamento dos contratantes e sugeriram que eles se tornem cada vez mais gestores da relação com os planos de saúde, deixando de ter apenas um papel de intermediação", principalmente pelo custo do benefício para os contratantes e do peso que essas

companhias têm na saúde suplementar, já que dois terços dos planos são empresariais.

### PLANOS CHEGAM A UM QUINTO DA FOLHA DE PAGAMENTO DA INDÚSTRIA

Com a alta do preço dos planos de saúde e o cenário de crise, empresas de todo o país vêm implementado programas de gestão de saúde e estudando alternativas para reduzir os gastos com o benefício oferecido aos funcionários. Na indústria, onde os planos de saúde representam de 15% a 20% da folha de pagamento, de acordo com a CNI, [já há um grupo de 45 grandes companhias trabalhando juntas para pressionar a ANS a permitir que as operadoras possam oferecer novos modelos de planos.](#)

Outra demanda do setor é para mudar o atual modelo de remuneração dos planos de saúde, que é feito por serviço, o chamado *fee for service*, passando para um pagamento por performance. Essa medida, segundo a ANS, independe de qualquer regulação, e já vem sendo feito por algumas operadoras de saúde.

Esses grandes contratantes são os financiadores da saúde suplementar. O debate entre eles, as operadoras de saúde e a agência é importante. Todos entendem as dificuldades e necessidades de aprimoramento do sistema, do quanto é preciso mudar o modelo de remuneração. No encontro, as empresas puderam também apontar outros itens a serem discutidos, como o custo de incorporação de novas tecnologias na cobertura dos planos de saúde e os desperdícios causados por fraudes — disse Marcos Novais, economista-chefe da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), destacando que companhias com carteiras de até 30 mil funcionários estavam presentes no evento.

O custo permeia também uma das principais bandeiras da ANS atualmente que é o estímulo a promoção de saúde e prevenção de doenças, tema que também foi abordado no evento.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) também destacou que o encontro foi marcado pela demanda por mais informação e transparência das operadoras de saúde. "É um debate positivo e necessário. Em se tratando de combate à escalada dos custos em saúde, todos devem estar do mesmo lado", disse Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da entidade, por meio de nota.

## STJ DETERMINA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO OFF LABEL POR PLANO DE SAÚDE

JOTA - 30/08/2018

### Segundo ministra, quem decide se "situação de enfermidade" está adequada ao tratamento é o médico

Em decisão inédita, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) entendeu que as operadoras de plano de saúde não estão autorizadas a interferir na atuação médica para se negar ao fornecimento de medicamento off label – aquele cuja indicação não está descrita na bula registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O custeio de remédios off label por parte dos planos de saúde foi discutido num recurso que opunha a Amil e uma beneficiária diagnosticada com câncer no cérebro. A operadora se recusou a

pagar pelo medicamento Temodal, indicado pelo médico, sob o argumento de que a bula não previa o tratamento da doença.

A Amil defendia que, ao custear um remédio para uso diferente do previsto na bula, poderia depois ter que arcar com possíveis prejuízos causados por um eventual fracasso do tratamento. Por isso, sustentava que não poderia fornecer o medicamento à beneficiária – amparando-se em resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A relatora do caso, ministra Nancy Andrighi, lembrou que medicamentos off label, diferentemente dos experimentais, possuem registro sanitário e são comercializados em território brasileiro. Segundo ela, o caráter experimental a que faz referência a Lei 9.656 – a Lei dos Planos de Saúde – em seu artigo 10 diz respeito ao tratamento clínico ou cirúrgico incompatível com as normas de controle sanitário. “A presente hipótese ilustra perfeitamente os riscos que a operadora do plano de saúde pode gerar para vida e saúde dos pacientes”, disse a relatora, que foi seguida por todos os ministros da turma.

De acordo com a Andrighi, quem decide se “a situação concreta de enfermidade do paciente” está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula é o médico. “Autorizar que a operadora negue o tratamento sob a justificativa de que a indicação não está contida na bula representa inegável ingerência na ciência médica, em odioso e inaceitável prejuízo ao paciente enfermo”. afirmou.

Além de ser obrigada a fornecer o remédio, a operadora terá que pagar R\$ 2.500 em danos morais.

A questão dos medicamentos off label também está sendo analisada pela 4ª Turma do STJ. Em junho, o julgamento do REsp 1729566/SP – que está empatado – foi interrompido por pedido de vista do ministro Marco Buzzi. No caso, uma beneficiária do plano de saúde Care Plus Medicina Assistencial teve negada a cobertura do remédio Interferon Peguilado Alfa (Pegasys) – indicado na bula para o tratamento de hepatite crônica B ou C e coinfeção HCV-HIV – para a terapia de trombocitemia essencial. É muito provável que a 4ª Turma decida de forma parecida à da 3ª Turma, obrigando as operadoras a fornecer o medicamento off label.

#### **Desistência**

O recurso foi julgado na terça-feira (28/8), após questão de ordem apresentada por Nancy Andrighi. Na última sexta-feira, a Amil havia apresentado pedido de desistência do julgamento sob a justificativa de que estaria fazendo um acordo com a beneficiária. A ministra, porém, entendeu o pedido de desistência como uma manobra da operadora para não ter um resultado desfavorável, “manipulando a jurisprudência” do STJ.

---

**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](mailto: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](http://milliman.com.br)