

# NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

19 de junho de 2019



## ÍNDICE INTERATIVO

[Amil e rede D'Or se comprometem a manter tratamentos em andamento](#) - Fonte: ANS

[ANS e Sesi reúnem operadoras e empresas contratantes](#) - Fonte: ANS

[Amil trava queda de braço com hospitais para baixar custos](#) - Fonte: Valor Econômico

[ANS vai normatizar o processo administrativo eletrônico](#) - Fonte: ANS

[IX Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar tem inscrições abertas](#) - Fonte: IESS

[Unimed Odonto e Dental Uni anunciam parceria para atuação nacional a partir de 2019](#) - Fonte: Seguors Unimed

[Judicialização excessiva da saúde: causas, consequências e soluções](#) - Fonte: Fenasaúde

[ANS recebe contribuições do setor para alteração de normativos sobre autogestões com mantenedor](#) - Fonte: ANS

[Caixa atrai pesos pesados do setor de saúde em concorrência](#) - Fonte: Estadão

[Em uma década, cai 11% o número de hospitais privados no Brasil](#) - Fonte: O Globo

# AMIL E REDE D'OR SE COMPROMETEM A MANTER TRATAMENTOS EM ANDAMENTO

ANS - 18/06/2019

Representantes da operadora Amil e da Rede D'Or São Luiz comprometeram-se, em reunião realizada na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a manter a assistência a beneficiários que estão realizando tratamentos continuados na rede de hospitais. A medida foi tomada após reuniões promovidas pela ANS com a finalidade de proteger o consumidor. Em maio, Amil e Rede D'Or anunciaram a decisão de rescisão do contrato de prestação de serviços e o término do atendimento pelos hospitais da Rede D'Or aos beneficiários da Amil a partir de 21/06/2019.

Durante reunião realizada na tarde da sexta-feira, 14/06, as partes acordaram:

- 1) Assegurar que as gestantes já em acompanhamento pré-natal na Rede D'Or, que desejem realizar o parto nas unidades da Rede D'Or, sejam lá atendidas com cobertura AMIL.
- 2) Assegurar que os pacientes oncológicos já em tratamento quimioterápico ambulatorial nas unidades Rede D'Or (não incluída internação e cirurgia) sejam atendidos na Rede D'Or com cobertura AMIL.
- 3) Assegurar que os pacientes da AMIL que deem entrada nas emergências da Rede D'Or em estado grave (risco de vida), e sem condições de transferência para outro hospital, sejam atendidos na Rede D'Or a qualquer momento.
- 4) Assegurar que os pacientes que já estavam internados antes de 20/06/2019 na Rede D'Or terão tratamento mantido ou transferência, desde que em condições clínicas, com anuência do paciente e família.

“O objetivo da ANS foi proteger o paciente. O comprometimento das partes é importante para dar segurança e tranquilidade aos beneficiários em tratamento, sem prejuízos à saúde dessas pessoas”, destacou Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da agência reguladora.

## Entenda o caso

Em maio deste ano, a operadora Amil deu início ao processo de alteração de rede conveniada junto à ANS e anunciou o descredenciamento de hospitais do grupo D'Or São Luiz. Tais mudanças ocorreram por dois motivos: interesse da operadora e interesse do prestador de serviços de saúde.

A partir do requerimento, a ANS deu início ao levantamento de informações pertinentes ao processo e encaminhou ofício à operadora solicitando o envio de: documentos comprobatórios da manifestação expressa dos prestadores que anunciaram o interesse de sair da rede e informações para efetivar a substituição, relativas aos hospitais a serem excluídos e incluídos na rede.

Durante todo o processo, a ANS reforçou que não poderia haver descontinuidade na assistência aos beneficiários, especialmente àqueles que estão em tratamento ou em internação. É importante ressaltar que a Agência mantém a análise dos documentos que foram solicitados via ofício tanto para a operadora Amil quanto para a Rede D'Or e monitora o processo de forma permanente para que haja o fiel cumprimento de todas as normas regulatórias.

A Agência orienta que em caso de dificuldades no atendimento, o beneficiário entre em contato com a Amil. Caso não tenha o problema解决ado, o consumidor deverá entrar em contato com a ANS por meio de seus canais de atendimento.

# ANS E SESI REÚNEM OPERADORAS E EMPRESAS CONTRATANTES

ANS – 18/06/2019

No dia 12 de junho, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Serviço Social da Indústria (Sesi) realizaram o encontro “Diálogo de Saúde Suplementar - O Desafio da Coordenação do Cuidado nos Planos Coletivos Empresariais”, na Fiesp, em São Paulo, com a participação de gestores de operadoras de planos de saúde e de empresas contratantes. O objetivo foi promover a reflexão e a colaboração entre as partes.

O diretor-presidente da ANS, Leandro Fonseca, e o diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, Rogério Scarabel,

abriram o encontro ao lado de Emmanuel Lacerda, gerente-executivo de Saúde e Segurança na Indústria do Sesi.

“A ANS entende como fundamental o papel das empresas contratantes de planos de saúde. Hoje nós temos 47 milhões de beneficiários em planos médico-hospitalares e, desses, dois terços estão em planos coletivos empresariais. Juntos, devemos trabalhar em prol da mudança do modelo assistencial vigente, saindo do cuidado em saúde fragmentado para o cuidado integrado. A transição para um sistema mais sustentável, que entregue valor em saúde a um

“preço suportável, é um desafio para todos nós”, afirmou Leandro Fonseca na abertura do evento.

Rogério Scarabel acrescentou: “Tenho certeza de que deste encontro sairão frutos muito importantes para a melhoria da qualidade da atenção em saúde e para o desenvolvimento da saúde suplementar”.

Emmanuel Lacerda, do Sesi, endossou a fala dos diretores da ANS: “Esperamos que o setor possa ter uma agenda mais construtiva do ponto de vista das empresas contratantes para que seus funcionários e familiares tenham assegurados a qualidade em saúde”.

Temas como a coordenação do cuidado favorecendo a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças foram discutidos durante o encontro.

## AMIL TRAVA QUEDA DE BRAÇO COM HOSPITAIS PARA BAIXAR CUSTOS

Valor Econômico – 17/06/2019

A operadora de saúde Amil está sob pressão de sua controladora, a americana UnitedHealth Group, para enxugar custos e voltar a ter lucros mais robustos. Para que isso aconteça, a operadora trava uma queda de braço com os prestadores de serviço, em especial os hospitais, que representam mais da metade do custo médico do plano de saúde. A meta da UnitedHealth é que essa “inflação médica”, hoje na casa dos 18,5% chegue ao mesmo patamar do IPCA, projetado em 4,1% neste ano – e a Amil precisa fazer isso até 2025.

A Amil está propondo que prestadores de serviços como hospitais e clínicas compartilhem os riscos dos procedimentos médicos, adotando um novo modelo de remuneração. Neste formato, batizado de orçamento ajustável, a operadora paga um valor fixo pelo procedimento – uma cirurgia ou uma radiografia, por exemplo. Se ele for bem sucedido paga-se um adicional após alguns meses. Caso contrário, ou seja, se o procedimento apresentar alguma intercorrência não previsível por protocolos médicos, o prestador recebe apenas o preço pré-acordado, cujo valor é calculado com base na média de preços praticada no ano anterior.

A disputa mais emblemática é com a Rede D’Or, que teve 15 hospitais descredenciados, totalmente ou parcialmente, pela Amil. A intenção da Amil era cortar os hospitais da Rede D’Or para os planos de saúde mais baratos, substituindo por hospitais do próprio grupo. A proposta foi mal recebida pela D’Or, que preferiu o rompimento.

Um hospital de traumatologia de Feira de Santana, na Bahia, e uma clínica geral em Fortaleza, no Ceará, foram informados sobre o novo modelo de remuneração, sem margem de negociação, disseram fontes. “O próprio rompimento entre Amil e D’Or mostra como a negociação está sendo abrupta”, diz um executivo do setor.

A Amil nega que esteja impondo essa pressão e que todos os prestadores de serviço podem voltar a trabalhar com o modelo de “fee for service” quando quiserem – neste sistema, a conta é aberta, ou seja, o hospital gasta o que achar que precisa e manda a conta para a operadora do plano de saúde.

Atualmente, a Amil tem 30% de suas contas médicas no modelo de remuneração ajustável, ou seja, quando o risco é compartilhado. Quando se considera o modelo por pacote, ou seja, com preço fixo por cirurgia, esse percentual sobe para 50%. A maior parte das operadoras e dos prestadores está migrando para o modelo por pacote – considerado o meio do caminho até se chegar ao modelo de compartilhamento de risco.

A Amil não está sozinha na busca de um modelo que ajude a reduzir os custos dos planos de saúde. Outras operadoras também buscam migrar do modelo de conta aberta para preços fechados por procedimento.

O presidente da Amil, Daniel Coudry, recebeu determinação de sua controladora, a americana UnitedHealth Group, para baixar os custos para que a “inflação médica” atinja o mesmo patamar do IPCA/IBGE, o índice que mede a inflação oficial do país e que neste ano é projetado na casa de 4%.

Coudry disse ao Valor que os planos de saúde contratados a partir do segundo semestre já terão um custo hospitalar de 12,5%. Esse percentual pode ter um acréscimo vindo de exames laboratoriais e clínicas, mas é bem menor do que a inflação médica projetada para este ano no país de 18,5%.

“Todas essas ações vão impactar o usuário final que terá um plano de saúde mais acessível. O mercado perdeu 3 milhões de beneficiários nos últimos anos. O que queremos é dar acesso ao plano de saúde. Não podemos mais continuar com esse patamar de reajuste” disse Coudry.

Em meio a essa guerra de braço, os prestadores de serviço alegam que os hospitais do Américas – grupo hospitalar da UnitedHealth – não praticam o modelo de remuneração ajustável com outras seguradoras e operadoras, apenas com a própria Amil. Coudry rebate afirmando que 50% das contas médicas do Américas são pagas via pacote ou ajustável.

Ainda segundo fontes, a Amil enfrenta pressão de sua controladora para apresentar um melhor desempenho financeiro. No ano passado, a operadora apresentou um lucro líquido de R\$ 7,8 milhões para uma receita de R\$ 21 bilhões.

Em 2017, a empresa havia apurado um lucro de R\$ 54 milhões, o que parecia ser uma recuperação da operadora que amargou prejuízos acumulados de R\$ 723 milhões entre 2014 e 2016.

Segundo Coudry, a Amil não está pressionando os prestadores de serviço devido a seu resultado financeiro, mas está seguindo uma estratégia da UnitedHealth que não é exclusiva para o Brasil e sim a todos os países em que a companhia atua. O mercado brasileiro é o mais importante fora dos Estados Unidos para a UnitedHealth, que é considerada a maior empresa de planos de saúde do mundo.

O desempenho financeiro da Amil vai na contramão do setor, que conseguiu melhorar seus resultados, no ano passado, mesmo num cenário com menos usuários de planos de saúde. A Amil é a única que mostrou uma queda – bem expressiva – no lucro no ano passado, quando se consideram os resultados de suas rivais Bradesco Saúde, Sul América e Intermédica.

Parte do desempenho mais fraco da Amil é explicada pela carteira de planos individuais – são 525 mil usuários que representam 15% do total. O reajuste desses convênios médicos é determinado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que determina índices muito menores em relação aos praticados em planos de saúde empresariais.

Coudry confirma que essa carteira de planos individuais tem um impacto grande no resultado. Ele vem adotando várias ações para reduzir os custos – uma delas é oferecer um médico de família ao usuário, e, assim, evitar idas desnecessárias ao pronto-socorro, onde o gasto costuma ser alto. Atualmente, 330 mil usuários, incluindo todas as modalidades de planos de saúde, são acompanhados por um médico de família da Amil.

O mercado do Rio de Janeiro foi o mais atingido pela queda de braço entre a Amil e a Rede D'Or. Já há clientes trocando o plano desta operadora por outros que oferecem hospitais como o Copa D'Or, um dos mais conhecidos no Rio. “Alguns clientes já trocaram de operadora por considerarem a importância dos hospitais da Rede D'Or tanto no Rio quanto em São Paulo. Havia clientes que estavam no período de reajuste e outras no meio do contrato. Normalmente, paga-se uma multa [neste último caso], mas a Amil foi bastante compreensiva e não cobrou a multa”, disse Thomaz Menezes, presidente da It's Seg, corretora e consultoria de planos de saúde com forte presença no Rio.

Para não perder mais clientes no Rio, a Amil começou a liberar os hospitais do grupo como Pró-Cardíaco e Samaritano – estes, até então, eram oferecidos apenas a convênios médicos mais caros. Em alguns casos, como o contrato com o Tribunal de Justiça do Rio, a Amil estendeu o serviço de seus hospitais premium para quem não estava nesse perfil de plano e ainda fez um reajuste de 7% – abaixo da inflação médica do ano passado, de 11%, e abaixo do reajuste praticado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais, que foi de 10% no ano passado. “Um reajuste abaixo da média do mercado é negociado entre as partes, mas dá espaço para outros contratantes pleitearem isonomia de tratamento”, avalia Alessandro Acayaba, presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab).

A Confederação Nacional de Saúde, segundo fontes, tem recebido reclamações de associados. A queixa é que a Amil estaria usando seu “poder de barganha” e o fato de a Rede D'Or ter tido boa parte de seus hospitais descredenciados para pressionar hospitais menores. Procurada, a Confederação não comentou.

## ANS VAI NORMATIZAR O PROCESSO ADMINISTRATIVO ELETRÔNICO

ANS – 17/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está elaborando uma Resolução Normativa para disciplinar os procedimentos para o funcionamento do processo administrativo eletrônico em atos processuais por usuários externos e, para isso, abriu consulta pública para colher sugestões da sociedade. A medida é fundamental para garantir legitimidade à implantação do processo eletrônico e para dar segurança jurídica às partes envolvidas.

As contribuições podem ser enviadas no período de 17/06 a 16/07, pelo site da reguladora. [Clique aqui para consultar os materiais e participar da consulta pública.](#)

O uso do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) já está implementado internamente na ANS e, atualmente, não há mais abertura de processos em papel na Agência. O uso do meio eletrônico promove a celeridade, economia de recursos,

mais segurança na tramitação processual, maior transparência e agilidade nos processos administrativos eletrônicos. Com essa proposta de resolução, serão normatizadas também as interações com os usuários externos à ANS, dando prosseguimento à implementação do processo eletrônico e disponibilizando novas funcionalidades para o público externo.

“Vivemos um processo de transformação digital na ANS e a ampliação da interação eletrônica com o setor regulado vai possibilitar resultados importantes, como redução de custos e maior agilidade no tempo de resposta”, destaca o diretor-presidente e diretor de Gestão da Agência, Leandro Fonseca. Para utilização do processo administrativo eletrônico, será obrigatória a realização de um cadastro de usuário externo. As operadoras de planos de saúde, que já utilizam o Portal Operadoras, continuarão a utilizar essa interface. Os fornecedores, diretores técnicos, fiscais e liquidantes deverão

se cadastrar para acessar e interagir com a instituição. Já os demais usuários externos, como beneficiários e prestadores de serviços de saúde, terão a opção de utilizar o sistema de processo eletrônico da ANS mediante cadastro prévio. Uma vez realizado o cadastro, todos os usuários externos passarão a se comunicar com a ANS por meio eletrônico.

A resolução normativa também prevê a disponibilização do módulo pesquisa pública do SEI, um instrumento relevante de promoção da transparência pública e da eficiência institucional. Esta funcionalidade permite que processos e documentos classificados como públicos fiquem acessíveis aos usuários externos sem a necessidade de cadastro prévio. Já os processos classificados como restritos poderão ser disponibilizados por ato das unidades da ANS apenas para os respectivos interessados, cadastrados previamente como usuário externo. Além disso, a nova minuta propõe alterações na RN 408, que é a norma da ANS que estabelece os procedimentos para que o interessado obtenha vistas e cópias de documentos e de processos administrativos,

certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações, bem como dispõe sobre as regras, critérios e procedimentos a serem observados para a realização de reunião com o particular.

As alterações propostas na RN 408 são decorrentes da mudança do suporte físico dos documentos e processos para o meio eletrônico. Assim, essa ação interfere na forma com que os interessados requerem serviços a ANS, tais como cópias, certidões, participação em reuniões, de maneira que os requerimentos serão exclusivamente por meio de protocolo eletrônico. Além disso, houve a inclusão, nesta norma, da possibilidade de o particular optar pela realização de reuniões com sistema de videoconferência.

A nova Resolução Normativa que está em consulta pública implicará na revogação da RN nº 411/2016 e das seguintes Instruções Normativas: IN nº 52/2016 (Diope); IN nº 52/2017 (Dipro); IN nº 15/2017 (Difis); IN nº 65/2017 (Dides); e IN nº 3/2017 (Dicol).

## IX PRÊMIO IESS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE SUPLEMENTAR TEM INSCRIÇÕES ABERTAS

IESS – 14/06/2019

Principal premiação do setor aceitará o envio de trabalhos de 14 de junho a 13 de setembro de 2019; inscrições são gratuitas

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) abre, hoje (14/06), as inscrições para o IX Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar. Já no nono ano, a premiação conta com cerca de 50 trabalhos laureados e algumas centenas de estudos avaliados, consolidando-se como a principal premiação de trabalhos acadêmicos com foco em saúde suplementar no Brasil. “O Prêmio IESS é muito importante para atrair acadêmicos para a área da saúde e especificamente para a saúde suplementar, fomentando a produção de conhecimento e a realização de pesquisas importantes para o aprimoramento do setor ao mesmo tempo em que promove o justo reconhecimento a esses estudiosos”, avalia José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Cechin afirma que, este ano, o cenário da saúde no País está particularmente “frutífero” em temas para pesquisa, com questões como a regulação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a Telemedicina e a Judicialização da Saúde ganhando relevância no noticiário nacional e atraindo a atenção não

apenas de gestores e pesquisadores do setor, mas da população como um todo. “Estamos ansiosos para ver os trabalhos que serão inscritos este ano.”

Podem ser inscritos trabalhos de conclusão de curso de pós-graduação (especialização, MBA, mestrado ou doutorado) nas áreas de Economia, Direito e Promoção de Saúde, Qualidade de Vida e Gestão em Saúde. Devido ao sucesso, o espaço para exibição de pôsteres durante a cerimônia de entrega do Prêmio IESS, inaugurado em 2018, também está mantido. Nesse caso, além dos trabalhos de pós-graduação podem ser inscritos trabalhos de graduação (nível universitário).

As inscrições para o IX Prêmio IESS e para exibição de pôster são gratuitas e vão até 13 de setembro. Cada candidato pode inscrever apenas um trabalho ao prêmio, mas múltiplos pôsteres. Veja o [regulamento completo](#).

O primeiro e o segundo lugar de cada categoria receberão prêmios de R\$ 10 mil e R\$ 5 mil, respectivamente, além de certificados que serão entregues em dezembro, durante a cerimônia de premiação, em São Paulo. Não há premiação financeira para os pôsteres.

# UNIMED ODONTO E DENTAL UNI ANUNCIAM PARCERIA PARA ATUAÇÃO NACIONAL A PARTIR DE 2019

Seguros Unimed – 14/06/2019

A Unimed Odonto, operadora de planos odontológicos sob gestão da Seguros Unimed, anuncia parceria com a Dental Uni, cooperativa paranaense com mais 30 anos de atuação no país. O anúncio ocorreu nesta sexta-feira (14), durante o 27º Simpósio das Unimed's do Estado do Paraná (Suespar), realizado em Foz do Iguaçu (PR).

A parceria contempla sinergia comercial e operacional, além do compartilhamento de práticas assistenciais e de tecnologia. Juntas, as duas operadoras passam a contar com 26 mil opções de atendimento em todo o país, contemplando mais de 1 milhão de clientes.

“Tenho a convicção de que este anúncio é um marco para todo o Sistema Unimed, consolidando a Unimed Odonto e a Dental Uni entre as principais soluções em assistência odontológica para as cooperativas e para o setor de Saúde”, destaca o diretor de Operações da Seguros Unimed, Agenor Ferreira da Silva Filho.

Para o Vice-Presidente da Dental Uni, Paulo Henrique Cariani, a parceria é uma consequência natural da forma que ambas operadoras já trabalham, levando a odontologia a um número ainda maior de pessoas, com qualidade e segurança. “Os clientes das duas Companhias serão beneficiados com uma das mais abrangentes redes de prestadores odontológicos do mercado, além terem à disposição tecnologia de ponta, atendimento de qualidade e uma das melhores práticas assistenciais do setor”, revela o diretor de Clientes e Produtos da Seguradora, Tajumar Custódio Martins, responsável pelo ramo odontológico da Companhia.

## Crescimento sustentável

A Unimed Odonto encerrou o primeiro quadrimestre de 2019 com uma carteira de mais de 431 mil clientes em todo o Brasil, o que representa crescimento de 25,5% no período de doze meses. No mesmo período, o mercado de planos odontológicos apresentou crescimento de 7,1% no número de beneficiários, de acordo com dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

## Sobre a Unimed Odonto

A Unimed Odonto é a operadora odontológica do Sistema Unimed, sob gestão da Seguros Unimed. Com presença nacional desde 2010, a empresa tem sede em São Paulo e possui uma carteira com mais de 431 mil beneficiários. Para manter um crescimento sólido e constante, a operadora conta com um portfólio de produtos com planos para pessoas físicas (individuais ou familiares) e para pessoas jurídicas (coletivos empresariais e por adesão), com preços competitivos. Há opções que garantem coberturas básicas, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS, até os procedimentos mais complexos, como ortodontia e próteses.

## Sobre a Seguros Unimed

Cuidar para transformar. Essa é a essência e o direcionamento que norteia os negócios da Seguros Unimed. Por sua origem no cooperativismo médico, a Seguradora tem como foco atender, além do Sistema Unimed, as demandas do segmento cooperativo e do setor de saúde. A Companhia foi fundada em 1989, tendo como missão inicial comercializar planos de previdência privada para os médicos cooperados ao Sistema Unimed em todo o país.

Com o passar dos anos, ampliou os seus negócios e ganhou participação no mercado segurador brasileiro, atendendo a 6 milhões de clientes também nos segmentos de Saúde, Odontologia, Vida e Ramos Elementares – estes com ênfase nos seguros de Responsabilidade Civil Profissional. Atualmente, possui mais de 1,2 mil colaboradores presentes na Matriz e na Central de Relacionamento, situadas em São Paulo, além de 22 escritórios regionais. Com faturamento global de R\$3,26 bilhões em 2018, a Seguros Unimed projeta crescimento acima de 14% para 2019 – e está entre as maiores e mais sólidas do mercado, segundo os rankings da imprensa de negócios.

# JUDICIALIZAÇÃO EXCESSIVA DA SAÚDE: CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS E SOLUÇÕES

Fenasaúde – 13/06/2019

*Confira o artigo do presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, publicado na Revista Plurale*

A judicialização na saúde no Brasil se tornou uma prática tão corriqueira que cria efeitos colaterais indesejáveis para todos os participantes do sistema privado, inclusive os próprios

beneficiários de planos de saúde. Uma das razões é que, na maioria das vezes, a decisão judicial privilegia o pleito do indivíduo em desacordo aos direitos da coletividade – os planos são regidos no conceito do mutualismo; ou seja, a solidariedade entre pessoas diferentes, mas que têm um

interesse em comum: no caso, o acesso a serviços de cuidado à saúde de qualidade.

Posto esse cenário, vale uma ressalva: quando um beneficiário tiver um direito legítimo não atendido, cabe a ele fazer valer, inclusive pela via judicial após esgotar todas as possibilidades de ações junto à operadora. Mas o excesso de processos na Justiça não significa que o atendimento assistencial ofertado pelos planos de saúde é insatisfatório ou deficiente. Muitas vezes, quando um juiz decide favoravelmente ao consumidor, invariavelmente essa decisão ou ignora o que está previsto no contrato assinado entre beneficiário e operadora, ou contraria o que consta do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador do mercado. Em ambas situações quem paga a conta final é o próprio beneficiário de plano privado de assistência, porque os custos judiciais são repassados no cálculo dos reajustes praticados pelas operadoras. O avanço da judicialização da saúde chama a atenção para um desequilíbrio perigoso, a médio prazo, para a viabilidade econômica do segmento.

Em recente estudo realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), a pedido do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), viu-se um pouco da dimensão do excesso de ações judiciais no sistema de saúde público e privado do Brasil. De acordo com o Insper, em uma década (de 2008 a 2017) o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130%, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50% no período.

Pois bem, para se ter ideia do que isso representa, segundo o Ministério da Saúde, seus gastos com demandas judiciais somaram mais de R\$ 5 bilhões, em um período de oito anos. No sistema de saúde privada, o quadro não é diferente. Basta dizer que o elevado grau de judicialização na saúde suplementar afeta direta e indiretamente 47,3 milhões de beneficiários de planos de saúde, além de toda uma cadeia que engloba operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde.

De acordo com o relatório 'Justiça em Números 2018', ano-base 2017, foram classificados 564.090 processos, em todas as instâncias, na categoria de direito do consumidor de planos de saúde – o equivalente a quase 1/3 das ações registradas referentes à judicialização da saúde.

O que vemos, na prática, é que a judicialização leva a decisões que concedem procedimentos não previstos em contratos e que decorrem de demandas muitas vezes equivocadas, causando desorganização no sistema, desequilíbrio orçamentário do setor, além da já mencionada desigualdade de direitos. Em grande monta, a origem dessa crescente demanda judicial na saúde está na falta de informação, tanto por parte do usuário de plano de saúde quanto ao que se refere aos magistrados que julgam os casos. Na mesa das divergências, não é raro situações em que os juízes desconhecem a dinâmica da Saúde Suplementar. Eis o xis da questão, afinal não se pode desprezar as regras estabelecidas pelo órgão regulador, a

ANS, nem tão pouco pode-se ignorar as cláusulas dos contratos assinados entre as partes.

Ciente de que a informação correta e transparente pode ajudar a dirimir a cultura do litigioso no país, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) iniciou, há anos, ampla campanha de esclarecimento de como funciona a saúde privada e como os benefícios contratados devem ser demandados. Além da participação ativa nos colóquios realizados em várias capitais do país, com a participação dos Procons, de Tribunais de Justiça e representantes de outros órgãos diretamente e indiretamente envolvidos nas questões, a Federação vem distribuindo kits aos tribunais e nas escolas de magistratura com publicações acerca de direitos e deveres dos beneficiários, tipos de cobertura dos planos, Rol de Procedimentos, contratos, entre outros assuntos.

O desconhecimento da Justiça sobre a dinâmica da Saúde Suplementar, inclusive, gera insegurança jurídica para as operadoras. Por isso, a FenaSaúde defende a expansão dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus) – que visam dar respaldo aos magistrados para melhor embasar a tomada de decisão – e outras iniciativas que tragam conhecimento, baseado em evidências científicas, como os enunciados/recomendações e pareceres. Segundo o CNJ, essa série de instrumentos permite auxiliar os magistrados para que sejam mais rígidos com os critérios probatórios para comprovar a necessidade do fornecimento de remédios, tratamentos, procedimentos, órteses e próteses.

Entretanto, o mesmo estudo do Insper mostra que apenas 20% das decisões sobre saúde citam os protocolos de apoio do CNJ. Ou seja, apesar do aumento de mecanismos técnicos à disposição sobre o setor de saúde, os juízes e desembargadores brasileiros continuam a decidir questões sobre saúde com pouco embasamento técnico.

A Federação e suas associadas entendem que um bom caminho para evitar o crescimento desordenado da judicialização na saúde passa pelo estímulo ao uso dessas ferramentas pelo Poder Judiciário; ampliação do acesso a informações sobre as regras que norteiam a atividade de gestão de planos de saúde; e pela conscientização de todos os atores do sistema, do paciente aos profissionais e magistrados, sobre a utilização mais adequada dos meios jurídicos.

Nesse sentido, é importante destacar todo trabalho que vem sendo feito pelas operadoras, como a qualificação de pessoal, produção de vídeos, anúncios explicativos para a sociedade, e oferta de canais de comunicação com o consumidor, como SACs, Ouvidorias, sites e guias com esclarecimentos etc. Já se percebe que muitas dúvidas acabam sanadas após o consumidor buscar os canais gratuitos de atendimento, o que evita, em último caso, a judicialização. Essa postura ativa das operadoras já traz relevantes resultados. De acordo com levantamento feito pela FenaSaúde, a partir de dados de canais oficiais de atendimento ao cidadão, comprova-se a redução do número

de reclamações dos beneficiários de planos de saúde nos últimos anos.

Segundo os dados de 2018 do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) – órgão da Secretaria Nacional do Consumidor, ligado ao Ministério da Justiça, que reúne os Procons de todo o país –, o segmento aparece, atualmente, na 16º posição entre os 20 listados, com apenas 1,28% do total de reclamações ou 28.023 queixas. Em 2015, por exemplo, os planos de saúde estavam no 14º lugar, com 42.080 reclamações, o equivalente a 1,66% do total.

A FenaSaúde entende, portanto, que a Justiça não seja o melhor caminho para resolver questões ligadas à Saúde Suplementar, que funciona sob regras rígidas de conduta e governança. A melhor via para esclarecer dúvidas é sempre o diálogo, cujos canais já foram abertos pelas operadoras – cada vez mais atentas às demandas do consumidor. É preciso intensificar o método de resolução de conflitos e instaurar, de forma definitiva, a cultura do diálogo.

## ANS RECEBE CONTRIBUIÇÕES DO SETOR PARA ALTERAÇÃO DE NORMATIVOS SOBRE AUTOGESTÕES COM MANTENEDOR

ANS – 13/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no último dia 07/06, no Rio de Janeiro, Audiência Pública para receber contribuições do setor em relação à proposta de alteração e criação de normativos que tratam de aspectos econômico-financeiros das autogestões com mantenedores, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope).

As alterações propostas são nas Resoluções Normativas - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, e RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015. Além disso, o órgão regulador propõe a criação de Instrução Normativa - IN em substituição à IN nº 10, de 30 de março de 2007. O objetivo é tornar mais clara a forma de acompanhamento econômico-financeiro destas autogestões, partindo-se das necessidades de aperfeiçoamento da regulação inicialmente apresentadas à Diretoria Colegiada da ANS em 2015.

“Nossa intenção hoje é dialogar com os participantes do setor sobre os aspectos relacionados às autogestões com mantenedores, de forma a aperfeiçoar a regulação desse segmento. O papel das operadoras de autogestão é de suma importância para a sociedade e para o setor de saúde suplementar”, disse o diretor Paulo Rebello na abertura da audiência. Ex-diretor de Gestão, Paulo assumiu a direção da Diope em 28/05, em substituição a Leandro Fonseca, que

tomou posse nesta mesma data como diretor-presidente e diretor de Gestão da ANS.

Fonseca reforçou a importância do diálogo para a elaboração de normativos: “A participação da sociedade nas discussões regulatórias, seja através de audiência pública ou de consulta pública, é fundamental para uma boa regulação. Vislumbramos a necessidade de rever a regulação das autogestões com mantenedores e, nesse processo de revisão, é importante ouvir a sociedade”.

Washington Alves, gerente de Habilitação e Estudos de Mercado da ANS, fez a apresentação com os motivos que levaram a agência a discutir o tema. “A proposta caminha em paralelo aos demais temas em discussão na ANS sobre ativos garantidores, regras de capital, provisões técnicas e contabilidade”, explicou o gerente.

A mesa também foi composta pelo gerente-geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado, Bruno Martins Rodrigues, e pelo gerente Robson Cruz. As contribuições recebidas serão objeto de análise em Relatório da Audiência Pública, a ser disponibilizado posteriormente no portal da ANS, na página da Audiência Pública 15. No mesmo espaço já estão disponíveis nota técnica e minutas de RN e de IN; [confira aqui](#).

## CAIXA ATRAI PESOS PESADOS DO SETOR DE SAÚDE EM CONCORRÊNCIA

Estadão – 13/06/2019

A Caixa Seguridade, holding que concentra os negócios de seguros do banco estatal, atraiu cerca de 20 interessados na segunda rodada para oferta do canal de venda de seguros da instituição, superando a primeira que contou com mais de 15 nomes. A carteira de grandes riscos foi a que atraiu mais

interessados. Dentre eles, estão Chubb Seguros, IRB Brasil Re, Zurich, Swiss Re, Generali, Tokio Marine, entre outras.

Foco. Em saúde e odontologia, a Caixa atraiu nomes como SulAmérica, Amil, Hapvida e NotreDame Intermédica.

A holding busca um parceiro de distribuição para atuar com foco regional. Estaria descartada uma atuação nacional.

Procurada, a Caixa Seguridade não comentou. As empresas mencionadas também não se manifestaram.

## EM UMA DÉCADA, CAI 11% O NÚMERO DE HOSPITAIS PRIVADOS NO BRASIL

O Globo – 11/06/2019

Entre janeiro de 2010 e janeiro de 2019, 2.127 hospitais privados foram fechados no Brasil, o que representa uma redução de 11% da rede.

O dado integra um levantamento inédito feito pela Confederação Nacional de Saúde(CNSaúde), a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Na opinião do setor, as causas são várias. Entre elas, a carga tributária elevada e a retração no setor de planos de saúde. Há um terceiro vilão: a dificuldade dos hospitais em negociar reajuste de preços e pagamentos com os planos de saúde..

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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 [sauda@milliman.com](mailto:sauda@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](http://milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.