

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS participa de congresso de secretarias municipais de saúde](#) - Fonte: ANS

[Sulamérica pode voltar seu foco para o lucrativo setor de saúde](#) - Fonte: Infomoney

[Como operadoras de saúde podem desburocratizar seu relacionamento com os beneficiários?](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde criou mais de 123 mil postos de trabalho com carteira assinada no setor privado](#) - Fonte: IESS

[VCMH e judicialização da saúde](#) - Fonte: IESS

[Rede D'Or compra maternidade perinatal por R\\$ 800 milhões](#) - Fonte: Valor Econômico

[Planos de saúde perdem clientes, mas ações na Justiça triplicam em SP](#) - Fonte: UOL

[Judicialização da saúde não indica baixa qualidade assistencial](#) - Fonte: IESS

[SulAmérica volta a explorar mercados regionais](#) - Fonte: Estadão

[Encontro ANS reúne 250 representantes do setor em Campo Grande](#) - Fonte: ANS

ANS PARTICIPA DE CONGRESSO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANS - 03/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está participando do XXXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que acontece de 2 a 5 de julho, em Brasília. O evento reúne gestores municipais de saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais esferas de governo e representantes de instituições ligadas à saúde pública, sendo uma importante oportunidade para troca de experiências e informações que impactam diretamente na saúde da população.

A ANS mantém um espaço dentro do estande do Ministério da Saúde para prestação de informações e esclarecimento relacionados à atuação, projetos e ações da autarquia na regulação de planos de saúde. Nesta terça-feira (02/07), a gerente de Integração e Ressarcimento ao SUS, Fernanda Freire de Araújo, realizou uma oficina sobre o processo de ressarcimento efetuado pelas operadoras de planos de saúde ao SUS. Ela explicou como é realizada a identificação e cobrança dos atendimentos de beneficiários de planos na rede pública e falou sobre os números alcançados.

“A identificação dos atendimentos passíveis de ressarcimento é obtida pela ANS após um cruzamento de dados das operadoras e informações registradas no SUS por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). O resultado do cruzamento é enviado para as operadoras, que podem acatar a cobrança ou contestá-la”, explicou a gerente.

Em 2018, a ANS repassou o valor recorde de R\$ 783,38 milhões ao Sistema Único de Saúde. Foi o maior valor anual pago no ressarcimento desde o ano 2000, quando a Agência foi criada e houve o primeiro repasse para o Fundo Nacional de Saúde. [Clique aqui e confira o boletim com os dados completos sobre o tema.](#)

Desde o início do ressarcimento, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 4,38 bilhões, que equivalem a mais de 2,9 milhões de atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 1,02 bilhão foi cobrado somente no ano de 2018. Em 2018, houve um aumento de quase 39% no valor dos atendimentos cobrados e cerca de 37% no número de atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS. Ou seja, tanto em número quanto em valores, no ano de 2018 estabeleceu-se novo recorde de cobrança.

Nos últimos 18 anos, a ANS fez um repasse no total de R\$ 2,85 bilhões ao Fundo Nacional de Saúde. Do saldo restante, R\$ 1,14 bilhão são débitos vencidos e não pagos, dos quais R\$ 740,60 milhões foram inscritos na dívida ativa. Além disso, mais de R\$ 359 milhões estão com a cobrança suspensa por decisão judicial.

Fernanda destacou que quando a operadora de plano de saúde não efetua voluntariamente o pagamento dos valores apurados, ela é inscrita na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como fica sujeita à cobrança judicial. Em 2018, a ANS encaminhou R\$ 88,50 milhões para a dívida ativa. Desde o ano 2000, o ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$ 972,88 milhões para inscrição em Dívida Ativa. Entre 2001 e 2018, as quantias depositadas em juízo correspondem a R\$ 359,67 milhões. Porém, somam-se a esse valor R\$ 112,97 milhões em juros e R\$ 69,30 milhões em multas no período (caso esses depósitos tenham ocorrido após os vencimentos das Guias de Recolhimento da União - GRUs).

[Confira mais informações sobre o XXXV Conasems.](#)

SULAMÉRICA PODE VOLTAR SEU FOCO PARA O LUCRATIVO SETOR DE SAÚDE

Infomoney – 02/07/2019

Proposta feita pela Allianz gera expectativa de que empresa foque em crescer no segmento de saúde

A seguradora SulAmérica viu suas units (SULA11) subirem 4,2% nesta terça-feira com a notícia de que a companhia recebeu uma oferta da alemã Allianz para a aquisição de sua operação de automóveis e ramos elementares.

Investidores reagiram bem à notícia em parte, obviamente, por conta do ganho que o negócio pode trazer — analistas estimam que a Allianz deve desembolsar entre R\$ 3 bilhões e R\$ 3,5 bilhões. Mas há uma outra conclusão que também anima o mercado: a de que, com essa venda, a SulAmérica vai se focar no lucrativo segmento de saúde.

O movimento é aguardado há anos. Começou em 2015, quando a empresa vendeu alguns de seus ativos, e se intensificou no ano passado, com a notícia de que a empresa havia colocado à venda suas operações de vida, previdência e capitalização. Em maio deste ano o negócio de capitalização foi vendido para a Icatu Seguros por R\$ 183 milhões.

“A empresa não disse abertamente que pretende focar em saúde, mas todos os movimentos parecem apontar nessa direção”, afirma André Martins, analista da XP Investimentos.

Em relatório, analistas do Bradesco afirmam que a venda da operação de automóveis pode ser um divisor de águas para

a SulAmérica. “Além de permitir que a empresa aumente seus investimentos e concentre-se em seus negócios de saúde de maior retorno, a venda também poderia permitir uma reclassificação nos múltiplos das ações”, afirmam em relatório.

Os analistas do banco estimam que, com a venda, as ações da SulAmérica poderiam sair do atual múltiplo de negociação de 14 vezes o seu lucro para uma negociação acima de 30 vezes o lucro. Seria um patamar similar ao de outras operadoras com o foco 100% em saúde, que tem despertado a atenção dos investidores. A Hapvida atualmente é negociada em bolsa a 32,8 vezes o seu lucro e a Intermédica a 53 vezes, segundo dados da consultoria Econômica.

“Intermédica e Hapvida são operadoras verticalizadas, que, por terem uma rede própria de hospitais e laboratórios,

conseguem ser mais rentáveis. A SulAmérica precisa pagar toda a rede mas, por estar focada no segmento mais alta renda, ela tem diferenciais importantes, que tonam o negócio único”, afirma Martins.

O momento econômico também é propício para a SulAmérica focar em saúde. A retomada do emprego deve ajudar no crescimento dos planos de saúde corporativos, que representam 70% do total de vidas seguradas pela empresa.

“Nos últimos anos a SulAmérica investiu em mais de 30 iniciativas de controle de sinistros, para reduzir custos e frequência e melhorar sua rentabilidade. Ela está extremamente bem posicionada para a melhora da economia”, afirma Martins.

COMO OPERADORAS DE SAÚDE PODEM DESBUROCRATIZAR SEU RELACIONAMENTO COM OS BENEFICIÁRIOS?

Saúde Business – 02/07/2019

Para atuar de acordo com as leis vigentes na área da saúde, as operadoras devem se adequar a uma série de procedimentos, a fim de bem atender os seus beneficiários. Uma delas é a [Resolução Normativa de n. 395/16](#), instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e [reforçada pelo Supremo Tribunal Federal \(STF\)](#), em 2018. Nela, estão previstas uma série de orientações que devem ser tomadas pelos planos de saúde em observação aos direitos dos seus usuários. Uma dessas recomendações é realizar o devido repasse de informações e arquivar os dados de atendimento por um período de até 90 dias, sempre que um beneficiário exigir cobertura sobre um procedimento médico e a operadora não autorizar, ou seja, quando ocorrer uma negativa de cobertura.

Em geral, esse contato entre beneficiário e operadora ocorre inicialmente por telefonemas, via e-mail ou presencialmente, na própria operadora. A fim de proteger tanto o beneficiário quanto o plano, é de praxe utilizar recursos como gravação da conversa para posterior consulta, se for o caso. Mas, é comum essa atitude ocorrer unilateralmente. A tecnologia pode, nesse sentido, não só auxiliar a resguardar os direitos do beneficiário, como proteger a guarda, arquivamento, gravação e registro dessas informações, e ir além: proporcionar um relacionamento mais transparente para com o usuário que precisar recorrer a essas informações.

Entre as tecnologias existentes, pensando sobretudo no contato via telefone ou videoconferência, o reconhecimento de fala — presente nos softwares chamados de speech-to-text ou apenas STT — pode ser útil para auxiliar na transcrição do que é conversado. Dessa forma, permite que o atendente dedique sua atenção ao beneficiário e sugira ações e procedimentos de forma planejada e bem pensada.

Isso é possível por meio do recurso de inteligência artificial que “ouve” e, acessando um extenso banco de dados com milhares de palavras, transcreve as informações com rapidez. Assim, o atendente pode conferir e revisar o material transcrito, a fim de manter o conteúdo fidedigno ao que foi conversado com o cliente. Mais: o atendimento fica automaticamente digitalizado, podendo ser indexado a outros sistemas utilizados pela operadora. Associado a outros recursos, como Analytics, esse tipo de tecnologia auxilia na tomada de decisão, tanto na melhoria do serviço ofertado aos beneficiários quanto no próprio negócio, para avaliação de mercados concorrentes, por exemplo.

O maior ganho, porém, está na possibilidade de aumentar a confiança entre as partes, beneficiários e operadoras de saúde. É possível permitir, por exemplo, o envio rico (exportação) do áudio sincronizado, junto com o texto transcrito, em um player (tocador) que pode ser disponibilizado em portais, cujo acesso e busca de chamados seja feito exclusivamente pelo consumidor, que poderá ouvir e ler o atendimento recebido.

É claro que com dispositivos legais como a Lei Geral de Proteção de Dados, a LGPD (Lei n. 13.709/2018), é necessário fazer todos os trâmites necessários para esclarecimento e consentimento do usuário em permitir a salvaguarda e uso dessas informações, por parte da operadora. Observando essa questão, e disponibilizando as informações em portais da operadora para acesso exclusivo do beneficiário, há uma desburocratização do acesso às informações, tornando a relação entre as partes mais transparente. Ou seja, além de estar de acordo com as leis vigentes, o uso da tecnologia aproxima e fornece maior credibilidade ao usuário.

SAÚDE CRIOU MAIS DE 123 MIL POSTOS DE TRABALHO COM CARTEIRA ASSINADA NO SETOR PRIVADO

IESS – 01/07/2019

A cadeia de valor da saúde gerou 123,1 mil novas vagas privadas formais de trabalho entre maio de 2019 e o mesmo mês de 2018, alta de 3,6%. Neste período, descontando os empregos com carteira assinada do setor de saúde, a economia nacional gerou 279,2 mil postos de trabalho formais. O resultado representa quase um terço (30,6%) do saldo de 402,4 mil empregos registrados na economia como um todo.

Os dados estão na última edição do [Relatório de Emprego](#), que acabamos de publicar e que, a partir de agora, passa a se chamar “Relatório de Emprego com Carteira Assinada na Cadeia Produtiva da Saúde” para explicitar que os empregos computados no setor são aqueles feitos de acordo com as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem considerar os funcionários públicos estatutários que atuam na saúde pública (funcionários públicos CLT estão

contabilizados). Além disso, ao considerar o setor de Saúde como um todo, enfatiza-se que outras atividades, como fornecedores, servem tanto à saúde suplementar quanto à saúde pública.

De fevereiro a maio deste ano, a saúde gerou 38 mil novos postos privados de trabalho com carteira assinada, correspondendo a um avanço de 1,1%. Enquanto isso, a economia (descontando o resultado do setor) teve crescimento de 0,2%, com um saldo de 80,8 mil empregos formais.

Números que, em nossa opinião, indicam a importância do setor para a recuperação da economia nacional e geração de emprego formal.

Comentaremos mais sobre os dados nos próximos dias.

VCMH E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

IESS – 28/06/2019

Ontem, apontamos [aqui](#), que a judicialização da saúde está crescendo no Brasil. Algo que, apesar de não estar diretamente relacionado com a qualidade do atendimento assistencial prestado pelas operadoras de planos de saúde (OPS) aos seus beneficiários, tem um impacto direto no aumento dos custos médico-hospitalares.

De acordo com a última edição do [Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares \(VCMH/IESS\)](#), as despesas assistenciais das OPS com exames, terapias, consultas, internações e outros procedimentos ambulatoriais avançou 17,3% em 2018 ante 2017, como também já comentamos [aqui no blog](#).

Para chegar nesse resultado, são analisados os preços médios desses serviços e sua frequência de uso — [saiba mais](#). Contudo, também pesam na conta outras questões como a incorporação de novas tecnologias sem critérios claros de custo-efetividade, envelhecimento da população, desperdícios e, claro, a judicialização.

Vamos deixar claro? Toda vez que um serviço a que o beneficiário tem direito por contrato ou de acordo com as normas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) for negado indevidamente, a justiça não só pode como deve intervir para assegurar a cobertura e punir abusos.

Agora, quando uma pessoa busca obter vantagens em detrimento do coletivo, é fundamental que o Judiciário evite também este comportamento. Sob pena de, ao não fazer, comprometer a sustentabilidade econômico-financeira da

saúde suplementar e a capacidade das OPS atenderem seus outros beneficiários.

Nesse sentido, cabe destacar iniciativas do Judiciário para possibilitar um julgamento mais assertivo dessas causas, como a criação dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-JUS). Assunto que tratamos durante o seminário [“Decisões na Saúde - Cuidados Paliativos e Nat-Jus: Iniciativas da Medicina e do Direito que geram segurança ao paciente e sustentabilidade ao sistema”](#), que realizamos no final do ano passado –Vale ver, e rever também (se for o caso), a apresentação Dra. Luciana da Veiga Oliveira, coordenadora do Comitê Executivo da Saúde do NAT-JUS do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR).

Outro indicativo de quão importante o tema é para o setor é a quantidade de trabalhos vencedores do [Prêmio IESS](#) sobre este assunto. Nas nove edições já realizadas, cerca de 15% dos trabalhos premiados abordaram questões diretamente relacionadas à judicialização da saúde. Confira a lista:

- [A saúde suplementar e a cobertura de medicamentos sem registro na Anvisa](#), de Antonio José Accetta Vianna
- [Judicialização da Saúde Suplementar: a Concepção do ‘Direito Como Integridade’ Contra a Discricionariedade Judicial](#), de Geraldo Luiz Vianna
- [O Direito Fundamental do Consumidor em Contratos de Plano de Saúde: a Busca de um Ponto de Equilíbrio entre os Interesses dos Consumidores e das Operadoras](#), Bernardo Franke Dahinten

- [A busca da justiça distributiva no Judiciário por meio das relações contratuais: uma análise a partir dos planos de saúde](#), de Amanda Salis Guazzelli

- [Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto](#)

- [econômico das decisões judiciais](#), de Paulo Roberto Vogel de Rezende

- [Demandas jurídicas por coberturas assistenciais - estudo de caso: CASSI](#), de José Antonio Diniz de Oliveira

REDE D'OR COMPRA MATERNIDADE PERINATAL POR R\$ 800 MILHÕES

Valor Econômico – 27/06/2019

A Rede D'Or fechou a compra de 100% da Perinatal, uma das principais maternidades do Rio, por cerca de R\$ 800 milhões. O ativo também era disputado pela Amil, segundo o Valor apurou.

Ainda de acordo com fontes, o grupo hospitalar se interessou pela Perinatal porque não possui maternidade no Rio e está em negociações com seguradoras e operadoras de planos de saúde sem rede própria para oferecer uma rede credenciada de hospitais mais completa. A SulAmérica e a Bradesco Saúde já criaram modalidades de convênio médico em que a maior parte dos hospitais da Rede D'Or, mas havia falta de maternidade no Rio. Em São Paulo, o grupo é dono da tradicional maternidade São Luiz.

As negociações entre a Rede D'Or e as seguradoras e operadoras não verticalizadas começaram antes do conflito com a Amil, mas ganham relevância neste momento. Isso porque já há empresas trocando a Amil por outras seguradoras devido à ausência dos hospitais da D'Or, principalmente, no Rio. O impacto acaba sendo relevante quando a empresa tem presença em outras regiões do país, como São Paulo. A troca de plano de saúde costuma ser nacional para que o risco de sinistralidade possa ser diluído numa carteira maior de usuários.

A Perinatal tem unidades na Barra e em Laranjeiras, que juntas somam 250 leitos. Os fundadores da maternidade carioca, Manoel de Carvalho e José Maria Lopes, permanecem no negócio do qual detinham 50%. A outra metade pertencia desde 2009 ao Grupo Santa Joana que, por sua vez, é dono das maternidades Pro Matre e Santa Joana, na capital paulista.

A transação marca mais uma disputa entre a maior operadora de planos de saúde e o maior grupo hospitalar do país. A Amil vem buscando aumentar sua rede de hospitais no Rio, praça em que todas as unidades da Rede D'Or foram descredenciadas.

A batalha entre os dois players foi iniciada em abril quando a operadora pediu o cancelamento dos hospitais da D'Or para aquelas modalidades de convênios médicos mais baratas e que representavam a maior parte da receita. O objetivo da Amil era substituí-los pelos hospitais da UnitedHealth que é dona da Amil. A proposta não foi aceita e a D'Or optou pelo cancelamento total, ou seja, também dos planos de saúde com mensalidades mais caras. A medida começou a valer no fim de semana.

A queda de braço não é só com a Rede D'Or. Outros prestadores de serviços, principalmente de menor porte, reclamam que a Amil está pressionando para que eles adotem o modelo de remuneração com risco compartilhado. Essa pressão é reflexo de uma determinação da UnitedHealth para que a Amil reduza o valor de suas despesas assistenciais a fim de que sua inflação médica, atualmente em 18,5%, chegue ao mesmo patamar do IPCA até 2025. Neste ano, a projeção é uma inflação geral de 4%.

A Amil ainda tem o desafio de melhorar seu desempenho financeiro. Em 2018, o lucro líquido foi de R\$ 7,8 milhões para uma receita de R\$ 21 bilhões. Em 2017, a operadora registrou 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.

PLANOS DE SAÚDE PERDEM CLIENTES, MAS AÇÕES NA JUSTIÇA TRIPLICAM EM SP

UOL – 27/06/2019

Os planos de saúde perderam clientes no estado de São Paulo nos últimos oito anos, mas os processos na Justiça triplicaram, aponta pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo) a que o UOL teve acesso.

O Tribunal de Justiça de São Paulo recebeu 21.892 ações entre janeiro e dezembro de 2018, contra 7.364 processos em 2011, primeiro ano do estudo. No mesmo período, 412.045 segurados deixaram seus planos.

Em relação a 2017, as ações judiciais caíram 4%, uma vez que os usuários recorreram à Justiça paulista 22.822 vezes. A proporção da população coberta por um plano de saúde no estado (taxa de cobertura), no entanto, caiu de um ano para o outro.

Enquanto os planos ganharam 36.549 usuários entre 2017 e 2018, o número populacional de São Paulo ficou 318.626 maior. Com isso, a taxa de cobertura caiu de 39,28 para 39,08 de um ano para outro. Dos 43,9 milhões de pessoas que

viviam no estado no ano passado, 17,2 milhões tinham cobertura particular de saúde.

Em relação a 2011, essa cobertura assistencial diminuiu ainda mais. Naquele ano, a população coberta chegava a 42,34% do estado. Já em 2018, os planos tinham 412 mil clientes a menos, embora São Paulo tivesse 2,4 milhões de pessoas a mais.

“Esse resultado espelha não só uma piora na prestação dos serviços pelos planos como uma omissão da ANS (Agência Nacional de Saúde)”, diz um dos autores do estudo, o professor e pesquisador da USP Mário Scheffer.

“Não é só uma perda de planos. Tem sido comum pessoas e empresas mudarem para planos de menor preço, pior qualidade e cobertura menor

Mário Scheffer, professor e pesquisador da USP

A ANS diz que desconhece o estudo e a metodologia utilizada, “de tal forma que não é possível comentar os dados”. “Já tentamos contato com o autor solicitando o estudo e não obtivemos sucesso”, informa o órgão via assessoria de imprensa.

“A ANS é o principal canal de recebimento de demandas de usuários de planos de saúde no país e atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras. Em 2018, foram registradas 350 mil demandas, sendo que 252 mil foram para solicitação de informações e 98 mil foram reclamações contra planos de saúde.”

Diz que conta com programas de acompanhamento do desempenho do setor e atua na proteção dos beneficiários, suspendendo temporariamente a comercialização dos planos em função de reclamações assistenciais.

Justiça decidiu mais em 2018

Nos primeiros cinco meses de 2019, o Judiciário paulista julgou 14.728 ações contra planos de saúde –5.837 decisões de segunda instância. O volume corresponde a 141,6 julgamentos por dia, levando em conta os 104 dias úteis dos primeiros cinco meses do ano.

Os julgamentos aumentaram 11% em relação aos cinco primeiros meses do ano passado (13.269 ações, das quais 5.019 em segunda instância).

Os casos já vinham crescendo. Em todo o ano de 2018, o TJ julgou 32.199 ações, 12.724 em segunda instância, “o maior número já registrado na série de oito anos considerados”, diz o estudo. Em 2011, foram julgadas 7.015 ações, um crescimento de 359%.

Do que as pessoas reclamam?

Nos primeiros meses de 2019, a maioria dos julgamentos de segunda instância reclamava da exclusão de coberturas ou da recusa de atendimentos: 48% das decisões. O segundo motivo (33%) foi o reajuste das mensalidades, cuja proporção de julgamentos vem aumentando.

Nos 12 meses do ano passado, esse motivo representava 28,7% das ações; e 24% em 2017. Em 2011, as reclamações por reajuste do plano respondiam por 14,74% dos processos. Os mais prejudicados são os idosos: 24% de quem foi à Justiça nos primeiros cinco meses de 2019.

“A proporção de processos contra o aumento da mensalidade vem aumentando ano a ano. As pessoas e as empresas não estão conseguindo arcar porque apenas os planos individuais têm limitação de reajuste pela ANS, mas esses são menos de 20% dos contratos”, diz o pesquisador da USP.

Em estudo anterior, a Faculdade de Medicina da USP revelou que os usuários ganharam 92,4% dos processos em 2013 e 2014. Em 88% dos casos, a reclamação foi totalmente acolhida pelo juiz.

“A ação judicial é a última alternativa para o usuário. Antes há tentativa de acordo com o plano, busca de órgão de defesa do consumidor e agência reguladora. E muita gente vai diretamente ao SUS ou paga do próprio bolso”, diz Scheffer.

Em nota, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) diz que “na maioria das vezes”, a decisão judicial “privilegia o pleito do indivíduo em desacordo aos direitos da coletividade”. “O excesso de processos na Justiça não significa que o atendimento assistencial ofertado pelos planos de saúde é insatisfatório ou deficiente.”

A entidade afirma que, “algumas vezes, quando um juiz decide favoravelmente ao consumidor”, 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 ANS”.

“Em ambas as 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. Federação Nacional de Saúde Suplementar, em nota

A ANS ainda orienta o usuário que enfrentar algum problema com o plano a procurar a operadora e registrar reclamação na agência através do telefone (0800-701-9656) ou da central de atendimento.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NÃO INDICA BAIXA QUALIDADE ASSISTENCIAL

IESS – 27/06/2019

A reportagem “[Planos de saúde perdem clientes, mas ações na Justiça triplicam em SP](#)”, publicada hoje (27/06), no portal UOL, reforça nossa percepção de que é preciso um trabalho de conscientização para que todos os brasileiros saibam que acessar a Justiça é um direito fundamental, mas que colocar os anseios pessoais na frente do coletivo é um caminho certo para prejudicar não apenas o todo, mas a si próprio. E apesar de a reportagem se pautar no mercado de saúde suplementar, falamos em brasileiros porque o excesso de judicialização da saúde afeta também o SUS.

Já citamos, mas vale sempre reforçar: não é possível oferecer tudo, o tempo todo, para todo mundo. Se um indivíduo entra na justiça para pleitear algo que não está no seu contrato, seja algo não coberto pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou, por exemplo, a realização de cirurgia bariátrica com urgência por risco de vida – [o que já alertamos que não existe](#) –, está forçando o plano de saúde a arcar com uma conta que não deveria.

O gasto adicional, certamente, entrará na conta da Operadora de Plano de Saúde (OPS) para o reajuste da contraprestação do ano seguinte. Movimento que gera um círculo vicioso.

Descontentes com o reajuste, mais pessoas vão acessar a Justiça para contestar o que consideram um abuso; outros beneficiários irão deixar o plano por não poder arcar com o aumento de custos; e, o sistema se torna mais caro para todo mundo. O que não é bom para ninguém. Nem mesmo para o SUS. Afinal, sem o plano, a população volta a “engrossar” as já superlotadas filas da saúde pública – que também tem recursos finitos.

Por fim, cabe ressaltar que ao contrário do que os pesquisadores mencionados na reportagem afirmam, não é possível associar o aumento na judicialização da saúde a uma piora no atendimento assistencial prestado. Nesse sentido, vale destacar que a última edição da Pesquisa IESS/Ibope, em 2017, indica que 90% dos beneficiários estão satisfeitos com o atendimento recebido dos planos. Um aumento de 4 pontos percentuais (p.p.) em relação ao levantamento anterior, em 2015 (você pode conferir no slide 31). Além da avaliação com o atendimento propriamente dito, os beneficiários também se mostram satisfeitos com o plano como um todo, tendo alta intenção de permanecer com o benefício e o recomendando para seus amigos e parentes, [confira](#).

Se você tem um trabalho acadêmico sobre a judicialização da Saúde, não deixe de participar do [IX Prêmio IESS](#), que está com inscrições abertas até 15 de setembro.

SULAMÉRICA VOLTA A EXPLORAR MERCADOS REGIONAIS

Estadão – 27/06/2019

A seguradora SulAmérica vai voltar a explorar nichos regionais no setor de saúde. Com foco em pequenas e médias empresas, a primeira praça a receber a nova oferta é o Rio de Janeiro. A ofensiva da companhia, que ocorre em meio à expansão de operadoras regionais, como a Hapvida, para mercados tradicionais como São Paulo e Rio, deve avançar para outras regiões. A estratégia inclui parceiros diversos. No Rio, a primogênita da “família regional” é a Rede D’or.

Mais risco. O portfólio regional terá preço cerca de 20% mais atrativo que os produtos de entrada da SulAmérica, e valor inicial de R\$ 132. Para evitar que o temor de analistas do mercado se confirme, com aumento de custos e de sinistralidade, a estratégia da seguradora é a adoção de tecnologia e novos métodos de remuneração, baseados em diagnósticos, por exemplo, e não apenas o tradicional modelo fee-for-service, no qual as operadoras pagam a quantidade de procedimentos feitos.

Saúde e ponto final. O reforço da SulAmérica no setor tem ainda como pano de fundo a estratégia da companhia de se consolidar mais como uma seguradora com foco em saúde, segmento que já responde por mais de 70% do seu faturamento. Depois de vender as carteiras de grandes riscos e capitalização, o grupo, controlado pela família

Larragoiti, teria contrato de exclusividade com uma seguradora internacional para se desfazer da operação de automóvel e ramos elementares, que iria até agosto próximo. A possibilidade de conversas com a Allianz não vem de hoje. Outras seguradoras também estão de olho. Procurada, a SulAmérica diz que não comenta rumores de mercado.

Apetite. As transações de fusões e aquisições (M&A, na sigla em inglês) na América Latina e Caribe tiveram queda de 16,8% no acumulado do ano até maio em relação ao mesmo período de 2018, para US\$ 36,7 bilhões. O levantamento é da EMIS, plataforma de informações do grupo ISI Emerging Markets, que tem como um dos donos a chinesa Caixin.

Apesar da contração no volume financeiro, o número de transações cresceu, de 632 para 697.

No mês. Em maio, a redução no volume de fusões e aquisições foi ainda mais acentuada na comparação com igual mês do ano passado, de 24%, para US\$ 4,99 bilhões. Apenas uma única aquisição foi superior a US\$ 1 bilhão: a compra do Grupo São Francisco pela Hapvida.

ENCONTRO ANS REÚNE 250 REPRESENTANTES DO SETOR EM CAMPO GRANDE

ANS – 27/06/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, entre os dias 24 e 26 de junho, mais uma edição do Encontro ANS, desta vez em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul. O evento reuniu cerca de 250 pessoas em cada dia do evento, entre representantes de operadoras e prestadores de serviços de saúde das regiões Centro-Oeste e Norte do país, para discutir temas relacionados à regulação do mercado de planos de saúde.

Na abertura, Paulo Rebello, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, falou da importância do evento para a ANS, e dos esclarecimentos prestados pelos técnicos da Agência aos participantes. “Os atendimentos individualizados realizados no Encontro ampliam a interação da Agência com o setor regulado”. “O que levamos daqui contribui para o aprimoramento da regulação da saúde suplementar”, acrescentou o diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar.

A diretora da Fiscalização, Simone Freire, ressaltou o serviço prestado pela reguladora durante o evento: “As mesas de atendimento são ótimas oportunidades para o setor ter contato direto com o técnico da Agência”. Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos, afirmou que as portas da Agência continuam abertas para além do evento: “Esse alinhamento é muito interessante e importante para os processos da ANS”. O diretor-presidente, Leandro Fonseca, encerrou a abertura frisando que a troca realizada é válida para os dois lados: “O Encontro ANS representa uma grande oportunidade de aprendizado também para nós da Agência”.

Primeiro dia de palestras

No primeiro dia de palestras e atendimentos do Encontro ANS, o diretor Paulo Rebello abriu o painel inicial com o diretor-adjunto da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, César Serra, o gerente de Acompanhamento das Operadoras, Robson Cruz, e o gerente de Habilitação e Estudos de Mercado, Washington Alves.

César Serra reforçou que as normas econômico-financeiras objetivam que “as operadoras não operem além de suas capacidades financeiras, de modo que o mercado possa alcançar maior sustentabilidade”. Washington Alves palestrou sobre o Programa de Escala Adequada e a movimentação de ativos garantidores, e ainda sobre as regras de conduta do mercado. Robson Cruz falou sobre as principais alterações das normas contábeis e salientou os problemas que a falta de qualidade nos dados repassados para a ANS podem gerar. Em seguida, os três esclareceram dúvidas do auditório sobre os temas trazidos no painel.

No painel seguinte, Daniel Schtruk, coordenador de Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira, destacou pontos relevantes dos programas voltados para esse fim. Roberto Araújo, coordenador de Direção Fiscal, explicou como funciona o trabalho de um diretor fiscal nomeado pela ANS no

acompanhamento realizado junto às operadoras. Ele destacou que mesmo quando sai do regime de Direção Fiscal, a operadora continua sendo acompanhada de perto pela coordenação para haja verificação de que todas as diretrizes dadas pelo diretor fiscal estão sendo tomadas.

No painel da tarde, o gerente-geral de Estrutura dos Produtos, Rafael Vinhas, palestrou sobre os aprimoramentos que estão sendo propostos pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, como as novas regras para alteração de rede hospitalar – que hoje possui um sistema totalmente automatizado, que diminuiu o tempo de resposta da Agência para 24 horas. “De fevereiro de 2018 até junho de 2019 já foram feitas 33.916 alterações de maneira eletrônica”, informou o gerente-geral, que também explicou a nova metodologia de cálculo de reajuste anual dos planos individuais, ressaltando a transparência que o mercado ganha com o novo cálculo. Após a palestra, a equipe da diretoria tirou dúvidas dos participantes sobre temas como aplicação de reajuste retroativo, portabilidade de carências, declaração de saúde e CPT, descredenciamento de prestadores hospitalares e a nova metodologia de reajuste dos planos individuais ou familiares.

Na sequência, Carla Soares, gerente-geral de Regulação Assistencial, abriu o painel reforçando que todos os temas da ANS são interligados, uma vez que “não há como falar de rede assistencial sem falar sobre Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, que coloca o beneficiário no centro do mercado regulado”. Katia Audi, gerente de Monitoramento Assistencial, iniciou sua palestra falando sobre a necessidade de avançar na assistência ao beneficiário para que este receba um cuidado coordenado. Segundo a gerente, por trás de problemas como alto custo, alta sinistralidade e envelhecimento populacional estão a ausência de coordenação de cuidados e de gestão dos dados, desconhecimento do perfil da carteira e pouco investimento em prevenção. Ainda no painel assistencial, o gerente de Direção Técnica, Wilson Júnior, falou sobre o regime que visa monitorar graves anormalidades administrativas de natureza assistencial.

A última palestra do dia foi com a gerente de Tecnologia da Informação, Luciene Capra, que abordou a transformação digital pela qual a ANS vem passando. “O foco é o ente regulado, sempre pensamos em como é possível otimizar o processo de trabalho, o envio de dados”, explicou. Em seguida, Luciene e Hegmann Lima, coordenador-substituto de Sistemas, responderam a perguntas sobre o envio de dados à ANS.

Segundo dia

Na abertura do segundo dia de painéis do Encontro ANS, o diretor de Desenvolvimento Setorial, Rodrigo Aguiar, falou sobre os principais temas da área, como o estímulo a novos modelos de assistência e de remuneração de prestadores. Em seguida, Ana Paula Cavalcante, gerente de Estímulo à Inovação, falou sobre os dados demográficos do país, que atualmente passa por uma transição e que, até 2040, os idosos irão passar de 20% da população. “Com essas perspectivas, precisam ser alteradas também as dimensões do cuidado em

saúde, que não podem ser as mesmas de antes. É preciso oferecer um cuidado coordenado, colocando o paciente no centro da atenção”, explicou Ana Paula, destacando que foi com esse objetivo que a ANS criou o Programa de Certificação em Boas Práticas, que concederá um selo às operadoras que voluntariamente aderirem à iniciativa e demonstrarem que praticam um cuidado coordenado.

No segundo painel, Gustavo Macieira, gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização, falou sobre a negociação entre prestadores e operadoras, explicando as discussões realizadas na Câmara Técnica que discute o assunto (CATEC), como remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar, remuneração por pacotes de consultas em oftalmologia e dificuldades na negociação contratual. “Nosso principal foco é a transparência. Não vamos determinar valores de pagamento para a prestação de serviços, mas vamos exigir que os valores cobrados sejam divulgados”, afirmou Macieira. O gerente explicou ainda sobre o Procedimento de Reclamação dos Prestadores (PRP), um sistema automatizado que começa a funcionar, ainda como piloto, e consiste no encaminhamento da reclamação do prestador para a operadora, que terá oportunidade de se manifestar antes mesmo da análise da ANS.

A Diretoria de Fiscalização ocupou a tarde do último dia do encontro. Erica Schiavon, gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória, falou sobre o fluxo da Notificação Intermediação Preliminar (NIP) e as principais alterações

trazidas pela RN nº 444. Após espaço de perguntas, Frederico Cortez, gerente-geral de Operações Fiscalizatórias, falou sobre o Programa de Intervenção Fiscalizatória. Cortez detalhou os critérios de seleção para a intervenção e mostrou como é feito o cálculo do indicador de fiscalização, que identifica quais operadoras ficaram nas faixas mais baixas e por isso deverão sofrer a medida.

Durante os dois dias de evento, foram realizados 151 atendimentos individualizados às operadoras pelos técnicos da Agência, sendo que 240 pessoas participaram no primeiro dia e 220 no segundo dia do encontro.

No encerramento, os diretores Leandro Fonseca, Rogério Scarabel e Paulo Rebello reforçaram a acessibilidade da agência e ratificaram a intenção de continuar realizando os Encontros ANS.

Visita à operadora

O Encontro ANS também oportunizou a visita do diretor Rogério Scarabel e do diretor Paulo Rebello ao Centro de Prevenção em Saúde e ao hospital da operadora Cassems. Junto com técnicos da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, foi possível conhecer como a operadora investe no cuidado integral à saúde com programas como prevenção de doenças crônicas e odontologia para bebês entre outros.

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.

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

© 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.