

ÍNDICE INTERATIVO

[Entender que o rol da ANS é exemplificativo gera mais problemas do que soluções](#) - Fonte: Conjur

[Plano de saúde não pode se opor ou negar tratamento prescrito por médico](#) - Fonte: Correio Braziliense

[Ressarcimento: ANS repassou R\\$ 522,31 milhões ao SUS no primeiro semestre de 2019](#) - Fonte: ANS

[Planos de saúde podem ser alterados em caso de morte do titular](#) - Fonte: Folha de Pernambuco

[Cade aprova compra da São Lucas Saúde pela NotreDame Intermédica](#) - Fonte: G1

[Novo CEO da Qualicorp chega para 'mexer em tudo'](#) - Fonte: Valor Econômico

[Autorregulação é alternativa para a saúde suplementar?](#) - Fonte: IESS

[Falta transparência na saúde](#) - Fonte: IESS

ENTENDER QUE O ROL DA ANS É EXEMPLIFICATIVO GERA MAIS PROBLEMAS DO QUE SOLUÇÕES

Conjur – 26/11/2019

A judicialização da saúde é um fenômeno que vem crescendo de maneira exponencial, impondo ao Poder Judiciário a tarefa de harmonizar o direito à saúde com as normas regulamentares e o direito do consumidor, no âmbito da saúde suplementar.

Uma das questões que se colocam frequentemente aos magistrados nos processos contra as operadoras de planos de saúde diz respeito à taxatividade do rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para a análise do tema, há que se fazer um breve apanhado sobre a regulação da agência. Infelizmente, e talvez essa seja uma das causas da judicialização excessiva contra as operadoras, a regulação do setor não é muito clara. Entender a questão pressupõe a análise de todo o arcabouço normativo do rol, já que, infelizmente, nenhum ato da agência trata isoladamente do tema de forma completa.

Normativos relativos ao rol

A lei que rege os planos de saúde é a 9.656/1998. Seu artigo 10 faz menção ao plano-referência de assistência à saúde, prevendo que ele deve ter “cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12 desta Lei”.

O plano-referência inclui cobertura ambulatorial e hospitalar. As coberturas previstas no artigo 12 devem ser necessariamente proporcionadas pelas operadoras nesse plano.

Para regulamentar o previsto em lei acerca do plano-referência, desde 1998, elabora-se o rol de procedimentos e eventos em saúde, que é atualizado periodicamente[1]. Ele traz aquilo que cada plano deve fornecer, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde. Atualmente, está em vigor o rol estabelecido pela Resolução 427/2018 da ANS.

Disso se pode concluir que o rol estabelece o mínimo a ser oferecido pelas operadoras. Elas podem oferecer outras coberturas, mas não são obrigadas a proporcionar nada além daquilo que está previsto no rol, e, caso ofereçam, podem cobrar por isso.

Fatores que demonstram a taxatividade do rol

A noção de rol mínimo de *obrigações* é absolutamente incompatível com a possibilidade de ele ser apenas exemplificativo. Se o rol fosse exemplificativo, o segurado poderia ter acesso a uma série de coisas que não estão nele previstas. Nesse caso, já não faria mais sentido chamar o rol de mínimo, na medida em que, em última análise, poderia permitir tudo ou quase tudo.

Se o rol fosse exemplificativo, tampouco haveria motivo para a existência de diferentes planos, com coberturas e preços distintos, já que aquele que contratou plano de menor valor poderia obter uma cobertura semelhante à proporcionada pelo plano mais caro, em razão da exemplaridade.

Outro argumento que reforça a ideia de que o rol é taxativo é a própria existência dos ciclos de atualização. Todos os procedimentos e eventos incluídos são analisados pela ANS tanto no que diz respeito às evidências científicas que os embasam, como também em relação ao seu custo-efetividade, conforme estabelece a Resolução 439/2018 da ANS. Não haveria sentido em estabelecer um processo administrativo para a análise novas tecnologias em saúde se o rol não fosse taxativo.

Ainda, entender o rol como exemplificativo não leva em conta o mutualismo inerente aos contratos de seguro. Fornecer aquilo que não foi contratado pode gerar sérios desequilíbrios na relação contratual de modo direto, e, de modo indireto, em todos os contratos daquela categoria. O rompimento do equilíbrio é prejudicial aos segurados que não estão pleiteando aquilo que não foi contratado, como também aos novos contratantes, que terão que arcar com quantias mais altas quando aderem a um novo plano. Não existe almoço grátis. É isso que a análise econômica do direito demonstra. Os *tradeoffs* são inevitáveis. Dar para um implica tirar ou cobrar mais de outro.

Por fim, não é demais lembrar que o artigo 757, do Código Civil estatui que os contratos de seguro obrigam o segurador a cobrir o prêmio contra *riscos predeterminados*.

Abrangência do rol

Dito isso, parece evidente que o rol só pode ser taxativo. Assim, tudo aquilo que tem que ser previsto no rol deve ser fornecido pelos respectivos planos, não podendo haver ampliação da cobertura por decisão judicial.

As tecnologias que devem estar previstas no rol e que, portanto, submetem-se à taxatividade, são as seguintes: a) procedimentos, exames e tratamentos em geral (são sempre disciplinados no rol e passam pelas análises dos

ciclos de atualização);
b) medicamentos de uso domiciliar para o tratamento do câncer (artigo 10, VI e artigo 12, parágrafo 4º, da Lei 9.656/98); e
c) medicamentos de uso ambulatorial que não estão relacionados ao câncer (conclusão que se extrai da menção que o artigo 21, da Resolução 428/2017 da ANS faz em seu caput a atendimentos “definidos e listados no rol”[2]).

Produtos que não se submetem ao rol

Por outro lado, há categorias de produtos (medicamentos) que não precisam estar previstas no rol – e de fato não estão. Para essas categorias, não faz sentido perquirir acerca da taxatividade ou da exemplaridade do rol. As categorias são:
a) medicamentos relacionados ao tratamento do câncer *de uso ambulatorial ou hospitalar*; e
b) medicamentos administrados durante *internação hospitalar*, o que não se confunde com uso ambulatorial.

As tecnologias do item ‘a’ não se submetem ao rol, uma vez que não há nenhum medicamento dessa categoria nele, nem em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Existe apenas uma listagem de drogas oncológicas ambulatoriais ou hospitalares em Diretriz de Utilização da ANS, mas com o único fim de evidenciar o risco emetogênico que elas implicam, para que seja possível estabelecer qual o tratamento será utilizado contra essas reações (DUT 54, item 54.6).

Já a exceção estabelecida em relação às drogas do item ‘b’ pode ser inferida do artigo 22, da Resolução 428/2017 da ANS, que trata do plano hospitalar. Ao contrário do artigo 21, que trata dos atendimentos ambulatoriais, o artigo 22 não faz menção à necessidade de que as tecnologias dispensadas em internação hospitalar estejam previstas no rol[3].

Condições para a oferta de medicamentos que não se submetem ao rol

As categorias de medicamentos do item 5 não se submetem ao rol e, por isso, não há que se falar em taxatividade. Não obstante, para que as operadoras sejam compelidas a fornecê-los, devem ser atendidos os requisitos previstos no artigo 10, da Lei 9.656/98 e no artigo 20, da Resolução 428/2017 da ANS. Dentre eles, vale destacar: 1) prescrição por médico assistente; 2) registro na ANVISA; 3) uso on label; e 4) existência de evidências científicas comprovando a eficácia do tratamento.

Viés dos juízes – efeito da vítima identificável

Trabalhar com a noção de que o rol é taxativo acarreta, em princípio, a impossibilidade de deferimento ao segurado pelo Poder Judiciário de uma série de procedimentos, eventos e medicamentos, que não são contemplados.

A tendência atual de considerar o rol como meramente exemplificativo relaciona-se possivelmente ao viés explicado

pela “teoria da vítima identificável”. O tema já foi tratado em artigo de opinião de nossa autoria.

Para os juízes, é muito difícil negar um procedimento ou um medicamento na área da saúde em um processo individual. Todavia, essa tendência inconsciente não deve impedir que o juiz reflita acerca das consequências de suas decisões, que vão além do caso individual. A decisão que beneficia alguém com um tratamento de cobertura não obrigatória prejudica outrem. São dois lados da mesma moeda. Não há como olhar só para um deles.

E se o juiz, após analisar os dois lados da moeda, entender que deve privilegiar o autor da ação, sob o argumento de que o rol não é taxativo, ele pelo menos deverá analisar questões muito mais complexas do que as que têm sido atualmente enfrentadas.

O fundamento para determinar o fornecimento de um produto de saúde não pode ser o Direito do Consumidor ou um princípio constitucional abstrato. Há que se analisar as evidências científicas concretas já produzidas em relação a ele, o tipo de contrato firmado, bem como as consequências de sua decisão, conforme prevê a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB).

Num mundo ideal, até se poderia cogitar de que o rol fosse exemplificativo, mas isso não é factível justamente porque os tratamentos têm um custo e porque o dinheiro é finito. Os direitos nascem dos desejos e das aspirações de uma determinada sociedade em uma determinada época, mas, sem a análise econômica e ponderação das consequências, esses sonhos viram ilusões, que podem ter efeitos adversos graves.

Drogas de alto custo

A análise econômica e consequencialista é especialmente relevante quando se tem um cenário de novas drogas e tecnologias de alto custo surgindo a cada dia. A indústria farmacêutica tem se concentrado no desenvolvimento de drogas caras e deixado de lado o desenvolvimento de drogas de menor valor.

As novas drogas milionárias, a despeito de trazer esperança aos pacientes, têm o potencial de fazer sistemas públicos e privados em todo o mundo ruírem. Tanto isso é verdade que existe um movimento da OMS por uma maior transparência nos gastos realizados pelas farmacêuticas em pesquisa e desenvolvimento de novas drogas, bem como nos valores praticados por elas nos diversos mercados mundiais.

O alto custo das novas drogas é tão impactante, que já se começa a pensar em hipoteca de imóveis para arcar com esses valores. Será preciso então enfrentar esse problema de maneira a compatibilizar o lucro e a pesquisa das farmacêuticas com a possibilidade de fornecimento das drogas aos pacientes que delas necessitam.

Conclui-se, assim, que o entendimento de que o rol mínimo é exemplificativo pode gerar mais problemas do que soluções.

O controle judicial do rol da ANS pode e deve ser feito, mas, preferencialmente, no âmbito da atividade regulatória e por meio de instrumentos processuais coletivos, para que todos os pontos importantes possam ser devidamente analisados e para que o controle realizado surta efeitos amplos. Para finalizar, enfatize-se que, se a ANS tratasse com mais clareza a questão, as dúvidas acerca do assunto tenderiam a diminuir, com a consequente redução da judicialização dos casos.

[1] Antes da criação da ANS, o rol era elaborado pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU.

[2] “O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e

listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva (UTI) e unidades similares, observadas as seguintes exigências.”

[3] “Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências.”

PLANO DE SAÚDE NÃO PODE SE OPOR OU NEGAR TRATAMENTO PRESCRITO POR MÉDICO

Correio Braziliense – 21/11/2019

“A seguradora não está habilitada, tampouco autorizada, a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a consumidor. Tecnicamente, o médico especialista, que acompanha todo o histórico do paciente, tem a capacidade profissional de indicar o tratamento mais adequado, não cabendo ao plano de saúde interferir de forma arbitrária no tratamento feito entre médico e paciente”

José Santana Junior*

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) é firme no sentido de que é o médico ou o profissional habilitado – e não o plano de saúde – quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

Usualmente, é comum que os planos de saúde limitem, de forma significativa, o tratamento a ser aplicado ao paciente, sob alegação de exclusão de cobertura via contrato, tornando a conduta totalmente abusiva.

Segundo o entendimento jurisprudencial, a limitação ou a própria negativa de tratamento indicado pelo médico fere a razoabilidade e desrespeita as peculiaridade de cada paciente.

Ademais, no Recurso Especial 1053810/SP, a Rel. Ministra Nancy Andrighi, da terceira turma, firmou o entendimento de que somente o médico que acompanha o caso é dado estabelecer o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a saúde do consumidor.

Tecnicamente, o médico especialista, que acompanha todo o histórico do paciente, tem a capacidade técnica e profissional de indicar o tratamento mais adequado, não cabendo ao plano de saúde interferir de forma arbitrária no tratamento feito entre médico e paciente.

Neste sentido, caso o plano de saúde, negue ou limite o tratamento do paciente, sob justificativa de exclusão do contrato, tal conduta mediante o entendimento da jurisprudência fere os princípios constitucionais. Especialmente o direito à saúde em detrimento do lucro excessivo por parte das operadoras e seguradoras de plano de saúde.

**José Santana Junior* – advogado especialista em Direito Médico e da Saúde e sócio do escritório Mariano Santana Sociedade de Advogados

RESSARCIMENTO: ANS REPASSOU R\$ 522,31 MILHÕES AO SUS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2019

ANS – 21/11/2019

No primeiro semestre de 2019, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez o repasse de R\$ 522,31 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS), confirmando a tendência de

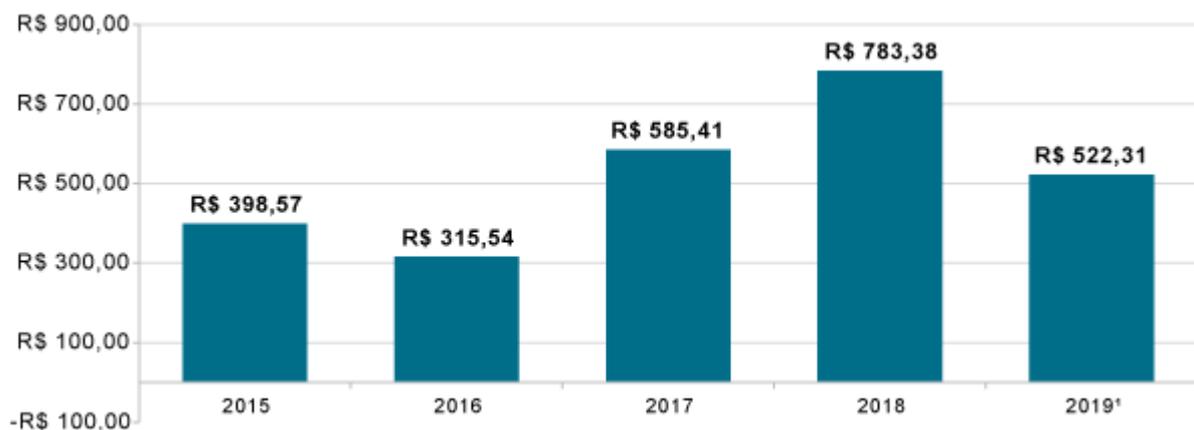
crescimento que vem sendo alcançada ano a ano. Considerando todo o montante já encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde desde a criação da ANS, em 2000, o valor

total repassado ao Fundo Nacional de Saúde através do ressarcimento chegou a R\$ 3,37 bilhões até junho. Somente em 2018, foram R\$ 783,38 milhões encaminhados.

As informações completas com os dados do semestre estão na 8ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, disponibilizado pela ANS nesta quinta-feira (21/11).

A publicação, que tem periodicidade semestral, possui informações sobre a identificação dos beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feitos pelas operadoras.

Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ milhões)



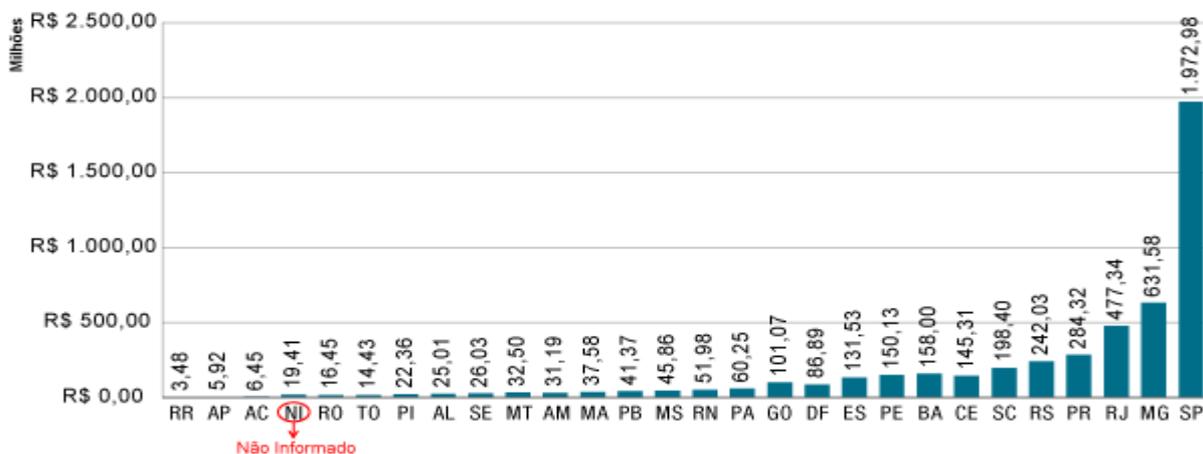
Cobranças às operadoras também aumentam

Desde o início do ressarcimento ao SUS, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 5,03 bilhões, que equivalem a mais de 3,29 milhões de atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 3,56 bilhões foram cobrados entre 2013 e 2018, e R\$ 1,02 bilhão somente no ano de 2018. Os dados referentes ao primeiro semestre de 2019, período no qual R\$ 702,25 milhões já foram cobrados, apontam para a superação dos números de 2018, caso o padrão observado seja mantido no segundo semestre. Transplantes de rim, tratamentos de doenças bacterianas e cirurgias múltiplas destacam-se pelos maiores valores

cobrados no grupo das internações, enquanto hemodiálise, manutenção e acompanhamento de paciente em DPA e hormonioterapia de adenocarcinoma de próstata avançado destacam-se pelos maiores valores cobrados entre os atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

Em relação ao local de ocorrência, São Paulo possui número de atendimentos cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU) muito superior aos demais estados, cerca de três vezes aquele observado para o estado de Minas Gerais, segundo colocado na ordenação por casos.

Cobranças com GRU por UF



Dívida ativa

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.

Historicamente, o ressarcimento ao SUS já encaminhou para inscrição em Dívida Ativa R\$ 1,02 bilhão, dos quais R\$ 471,88 milhões no período de 2015 a 2019. Em 2019, o valor encaminhado chegou a R\$ 51,75 milhões no primeiro semestre.

É importante lembrar que, a partir da publicação do Decreto nº 9.194, de 7 de novembro de 2017, passou-se a respeitar o prazo de pelo menos 90 dias após o vencimento do débito para executar-se o encaminhamento para inscrição em dívida ativa, o que gerou impacto sobre o total encaminhado no último ano. Além disso, com a maior assertividade dos casos notificados, qualificação das análises de impugnações e recursos e a atuação da Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS) sobre o relacionamento e orientação das operadoras, espera-se reduzir a necessidade desse encaminhamento, com o incremento dos pagamentos voluntários, realizados no âmbito do processo administrativo de ressarcimento ao SUS.

Encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa



[Confira aqui](#) a 8ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.

PLANOS DE SAÚDE PODEM SER ALTERADOS EM CASO DE MORTE DO TITULAR

Folha de Pernambuco – 21/11/2019

O mercado de planos de saúde presta serviços para 47,2 milhões de beneficiários, o que representa cerca de 24,5% da população brasileira, segundo dados da ANS1. Desses 47,2 milhões, 80% é composto de planos de saúde coletivos e a tendência é que essa modalidade cresça ainda mais. O que pouco se sabe, é que hoje, em caso de morte do titular, os dependentes perdem o direito de cobertura do mesmo.

O Deputado Felipe Carreras (PSB/PE) apresentou o projeto de lei nº 6069/2019 que pretende alterar a lei nº 9.656/98 para assegurar aos dependentes o direito à manutenção das

condições contratuais em caso de morte do titular de plano privado de assistência à saúde. “É inadmissível o consumidor passar por essa situação. O pior é que muitos possuem planos de saúde e não sabem da existência dessa lei. Isso precisa mudar”, ressaltou.

Caso o projeto seja aprovado, o dependente terá garantia a manutenção em plano de saúde e de forma mais vantajosa. “É importante ressaltar que a nossa proposta além de dar segurança ao consumidor, respeita a permanência contratual que pode ser um benefício para a operadora também”, concluiu o pernambucano.

CADE APROVA COMPRA DA SÃO LUCAS SAÚDE PELA NOTREDAME INTERMÉDICA

G1 – 21/11/2019

Aquisição por R\$ 312 milhões foi anunciada em outubro, e ainda depende de aval da ANS.

A aquisição da São Lucas Saúde pela NotreDame Intermédica foi aprovada pela Superintendência-Geral do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade). Em outubro, a NotreDame Intermédica firmou um acordo de intenção de compra do Grupo São Lucas, de Americana (SP), pelo valor de R\$ 312 milhões.

A São Lucas Saúde é uma operadora de planos de saúde com uma carteira de aproximadamente 87 mil beneficiários na região de Americana e que abrange a São Lucas Serviços

Médicos, que oferece atendimento primário em três centros clínicos, e a

Associação Clínica São Lucas, que opera um hospital com 80 leitos, dos quais 14 são de UTI.

O negócio ainda depende do aval da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).

Segundo o Cade, essas empresas têm cerca de 30% do mercado de saúde, envolvendo hospitais e planos de medicamentos, com destaques em São Paulo. As empresas concorrentes possuem, contudo, mais de 60%, o que afasta a possibilidade de fechamento de mercado.

NOVO CEO DA QUALICORP CHEGA PARA 'MEXER EM TUDO'

Valor Econômico – 21/11/2019

Vendedor nato, Bruno Blatt planeja ampliar o leque de negócios

Até os 16 anos, Bruno Blatt, novo presidente da Qualicorp, morou nos hotéis em que o pai trabalhava. Entre uma brincadeira e outra nos saguões e corredores, vendia os brinquedos que já não lhe interessavam para os filhos dos funcionários. E não parou mais. A vontade de ter seu próprio negócio o levou a vender de tudo um pouco – de aromatizador de ambientes e mochilas a seguro de vida e planos de saúde.

Aos 26 anos, montou uma corretora de planos de saúde, a Brüder, que chamou a atenção dos concorrentes e acabou sendo comprada pela Qualicorp em 2009. Blatt, então, recebeu um bom dinheiro e se tornou executivo e acionista da Qualicorp, onde ficou até 2013. Saiu “por divergências de pensamento” e foi empreender – criou uma corretora de planos de saúde, a JTO, comprada pela Rede D’Or em 2015.

Agora, aos 42 anos de idade, volta à Qualicorp como presidente e vontade de “mexer em tudo”. Em sua nova função, Blatt vai trabalhar com Heráclito Brito, presidente do conselho da Qualicorp e presidente executivo da Rede D’Or. “Sempre fui o braço direito do Heráclito”, diz ele.

Uma das prioridades de Blatt é ampliar a gama de serviços oferecida aos 2,5 milhões de clientes da companhia que hoje compram, basicamente, planos de saúde. Entre as possibilidades aventadas está a ampliação da oferta de seguros massificados como, por exemplo, garantia financeira em caso de perda de emprego do usuário. Na Rede D’Or, contou, os 87 mil médicos dos hospitais do grupo podem comprar, por exemplo, seguro de carro com desconto. Essas ideias já tinham sido defendidas por Blatt em sua primeira passagem pela Qualicorp.

“É com um olhar de oportunidade de negócios que venho aqui para dentro. Vamos mexer em tudo”, disse Blatt, na terça-feira

desta semana, em seu terceiro dia como presidente da Qualicorp. O executivo substituiu o fundador José Seripieri Junior, que esteve à frente da companhia por quase 20 anos, na presidência executiva ou no comando do conselho.

Em agosto, Junior vendeu metade de sua participação, de 20%, para a Rede D’Or. E esta montou um bloco de controle com Junior para decisões estratégicas.

O perfil empreendedor de Blatt lembra a história de Junior, que foi sacoleiro no Paraguai e criou, nos anos 1990, a modalidade de plano de saúde por adesão vendendo convênio médico em delegacias policiais de São Paulo.

Blatt conhece profundamente a área de planos de saúde corporativos. Nas duas corretoras que criou, a Brüder e a JTO, e na D’Or Consultoria, o empresário conseguiu ampliar os negócios vendendo convênios médicos para empresas que concedem esse benefício a funcionários.

É nesse ponto que também se coloca um desafio para o executivo, uma vez que a Rede D’Or é a maior acionista da Qualicorp e tem uma corretora que atua nesse segmento.

Questionado pelo Valor se poderia haver uma aquisição ou uma fusão da Qualicorp com a corretora do grupo hospitalar, a D’Or Consultoria, Blatt disse que é uma possibilidade, mas que não há nada definido sobre o assunto.

Hoje, a Qualicorp tem 2,5 milhões de clientes — 1,248 milhão na área de convênio médico corporativo e mais 1,267 milhão no segmento de planos de saúde por adesão. Mas a modalidade de planos por adesão — vendidos a pessoas que se reúnem em associações de classe — representa 98% da receita líquida da companhia que somou R\$ 1,4 bilhão no acumulado dos últimos nove meses.

O executivo, nas próximas semanas, também vai analisar a possibilidade de criar planos de saúde por adesão com hospitais específicos. Esse modelo tem um preço menor e

vem sendo adotado pelas seguradoras SulAmérica e Bradesco. “Queremos oferecer planos com redes específicas com a Rede D’Or, mas também com outros prestadores como a Ímpar, por exemplo.

Precisamos manter nossa independência” disse Blatt, observando que a Rede D’Or não tem hospitais em todas as

cidades do país, nem tampouco atende a todas as classes sociais.

Outro desafio, não menos importante, é organizar a mudança da família do Rio de Janeiro, onde Blatt nasceu, para São Paulo. Está difícil achar tempo para procurar um lugar para morar e escola para as crianças.

AUTORREGULAÇÃO É ALTERNATIVA PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR?

IESS – 21/11/2019

Falar em regulação é, quase sempre, algo complicado. Principalmente porque é difícil achar um equilíbrio para que o setor em questão, seja ele qual for, se torne atrativo tanto do ponto de vista dos demandantes quanto dos investidores. Muitas vezes, o melhor é deixar o mercado balizar essa relação. Contudo, há outras em que o desequilíbrio entre as partes é evidente e a regulação por terceiros é necessária.

No setor de saúde, sem entrar no mérito de qual deveria ser o nível de regulação ou não, parece claro que há excessos. A redução na oferta e contratação de planos individuais é um sintoma evidente disso.

Ao nosso ver, uma alternativa para evitar que isso volte a acontecer em outras frentes do setor de saúde suplementar, que é extremamente dinâmico, seria a autorregulação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina um rol mínimo de procedimentos para serem atendidos pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS). Mas nada impede que elas aumentem esse rol ou mesmo elaborem ferramentas de autorregulação para a incorporação de novas tecnologias. Não há dispositivo legal que proíba, por exemplo, a criação de um Conitec da Saúde Suplementar. Nesse caso, ao invés de esperar a ANS decretar a incorporação de um medicamento, exame ou outro procedimento, o setor se

anteciparia e estabeleceria critérios claros para sua adoção. Inclusive divulgando-os aos prestadores de serviço, beneficiários e sociedade de modo geral.

Mas há outros casos em que a autorregulação pode ser altamente efetiva e positiva para o setor. Um deles diz respeito às práticas determinadas pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Ao invés de esperar a efetiva criação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) para normatizar a questão, as OPS e os prestadores de serviço de saúde têm a chance de adotar, por conta própria, boas práticas que podem, inclusive, servir de exemplo para outros setores.

A questão foi bem explorada no artigo “LGPD: desafios e oportunidades para o setor da saúde”, de Juliana Pereira, integrante do Comitê das Nações Unidas para Proteção ao Consumidor e membro do Conselho de Autorregulação e Relações com Cliente da Federação Brasileira de Bancos (FEBRABAN). Vale a leitura.

Ah, se você se interessa por esse tema, não deixe de participar do seminário “[Transformação Digital na Saúde](#)”, que realizaremos dia 11 de dezembro, no hotel Tivoli Mofarrej (Al. Santos, 1.437), em São Paulo. [Inscreva-se agora!](#)

FALTA TRANSPARÊNCIA NA SAÚDE

IESS – 20/11/2019

Qual o melhor hospital do Brasil? Qual a melhor Operadora de Plano de Saúde (OPS)? Hoje, cada pessoa pode responder a estas questões de formas diferentes e não há como afirmar se ela está certa ou errada. O mesmo vale para médicos, laboratórios, clínicas de fisioterapias e basicamente todos os prestadores de serviço de saúde. Isso acontece porque ainda não há indicadores de qualidade consolidados e publicados de forma transparente no Brasil – ainda que OPS já tenham que divulgar uma série de informações, inclusive indicadores financeiros, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publique o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e dados sobre reclamações recebidas.

Enquanto outros países contam com parâmetros bem definidos e resultados publicados online para consulta rápida e fácil de qualquer pessoa – o [portal do The Leapfrog Group](#),

já [comentado no Blog](#) é um ótimo exemplo disso –, por aqui, as opiniões costumam se basear em critérios relativamente subjetivos. Um parente ou amigo bem atendido, o conforto e a celeridade na sala de espera, profissionais de renome liderando equipes etc.

Mas qual a taxa de sepsia por cirurgias bariátricas? E o percentual de partos prematuros em que mãe e bebê se recuperam positivamente? Qual a taxa de reinternação? Essas são perguntas simples, mas importantes para escolhermos em quem confiar nossas vidas. E a mesma lógica vale para outros servidores, não só para hospitais.

E já que estamos falando de transparência, também os custos e os modelos de remuneração precisam ser repensados. Afinal, o modelo atual (fee-for-service) funciona como um cheque em branco para cobrir qualquer quantidade de procedimentos e qualidade assistencial. Se um prestador de serviço de saúde recebe mais pela quantidade de exames

realizados e seringas utilizadas, como podemos esperar que o setor tenha os corretos incentivos para se tornar transparente?

Se você também se preocupa com essas e outras questões fundamentais para a sustentabilidade da saúde suplementar,

não deixe de conhecer os vencedores do [IX Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar](#) e descobrir algumas das próximas mudanças que estão por vir no setor. O anúncio dos vencedores acontece no próximo dia 11, no hotel Tivoli Mofarrej (Al. Santos, 1.437), em São Paulo, durante o seminário "[Transformação Digital na Saúde](#)".

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.