

**17 de Janeiro de 2018**

---

## **DADOS AUXILIAM NO DIRECIONAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE**

IESS (Blog) –16/01/2018

Pesquisas, trabalhos e dados de utilização de serviços médicos são de grande importância para se pensar não só as especificidades de populações e suas características epidemiológicas, como também garantir o eficiente uso de recursos e direcionar melhor as políticas, ações e campanhas em benefício dos pacientes. Foi com este objetivo que realizamos no último ano a Análise Especial ["Caracterização dos beneficiários de alto custo assistencial - Um estudo de caso"](#). O trabalho inédito mostrou que aproximadamente dois terços (66,5%) dos gastos assistenciais de uma operadora são consumidos no atendimento de apenas 5% dos beneficiários de um plano de saúde.

Em um esforço semelhante, o estudo [Examining the high users of hospital resources: implications of a profile developed from Australia health insurance claims data](#) (Examinando os principais usuários dos recursos hospitalares: implicações do perfil desenvolvido a partir de dados de seguros de saúde australianos), publicado na [21ª edição](#)

[do Boletim Científico](#), destaca o perfil demográfico e as características clínicas dos pacientes do Medicare – sistema de saúde australiano.

Segundo a pesquisa, 1% dos pacientes internados de seguradoras privadas considerados de alto custo são idosos e responsáveis por grande parte da utilização total dos recursos – 13% dos custos totais e 21% do total de dias de internação das seguradoras.

Foram coletados dados de 13 seguradoras de saúde australianas, no período de 2009 a 2015 com base no número de admissões, dias de internação e valor pago por cada uma delas. As principais causas de internação desses indivíduos são saúde mental, diálise, reabilitação, farmacoterapia e neoplasias.

Como já apontamos, o sistema de saúde australiano tem grandes semelhanças com o brasileiro, que garante acesso universal aos serviços e a adesão ao seguro de saúde privado é voluntária. O governo da Austrália possui uma série de políticas que subsidiam os seguros de saúde e encorajam a adesão. Além disso, as seguradoras de saúde privadas podem oferecer serviços de controle de gerenciamento de doenças crônicas e outros serviços ambulatoriais com o objetivo de reduzir as internações e seus custos associados.

---

## **AQUISIÇÕES DE HOSPITAIS CRESCERÃO EM 2018**

Folha de S. Paulo –15/01/2018

As compras de hospitais podem deslanchar neste ano, segundo consultores que atuam no mercado de fusões e aquisições desse setor.

Há muitas negociações e transações para acontecer, afirma Edgar da Costa, diretor da consultoria PTrus, especializada nesse negócio.

"No ano passado foram cerca de R\$ 4 bilhões em transações. Nossa previsão é que em 2018 esse valor triplique."

Uma mudança de regras em 2015 permitiu que estrangeiros possam exercer controle de hospitais, mas isso não significou a entrada em peso de grupos de fora -houve operações entre brasileiros e fundos de private equity.

Não existem muitas redes no Brasil, e, para os estrangeiros, ter poucas unidades não faz sentido comercial, diz Viktor Andrade, da EY.

Esses investidores entrarão em um segundo momento, quando o setor já estiver mais consolidado, afirma.

"Os fundos de private equity querem pagar pouco. Eles consideram que o mercado não tem capital e por isso oferecem valores baixos."

Existe um dilema para eles: ou seguem em um impasse com os vendedores por causa de preços ou perdem o tempo certo para uma oferta de ações em um momento futuro de economia forte, diz.

As compras na área de saúde, que, além de hospitais, inclui clínicas e laboratórios, tiveram um salto em 2017, afirma Luis Motta, da KPMG.

"O mercado de fusões e aquisições tem tendência de alta, mas esse setor tem sido um ponto fora da curva."

---

## **GASTOS DE PLANOS DE SAÚDE SOBEM 15,4% EM 2017 E QUEBRAM RECORDE**

Folha de S. Paulo –14/01/2018

O gasto das empresas de plano de saúde com exames, consultas e procedimentos médicos subiu 15,4% em 2017, segundo a Abramge (que representa o setor).

As chamadas despesas assistenciais totalizaram R\$ 156,5 bilhões, o maior valor já registrado, de acordo com cálculo baseado em dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

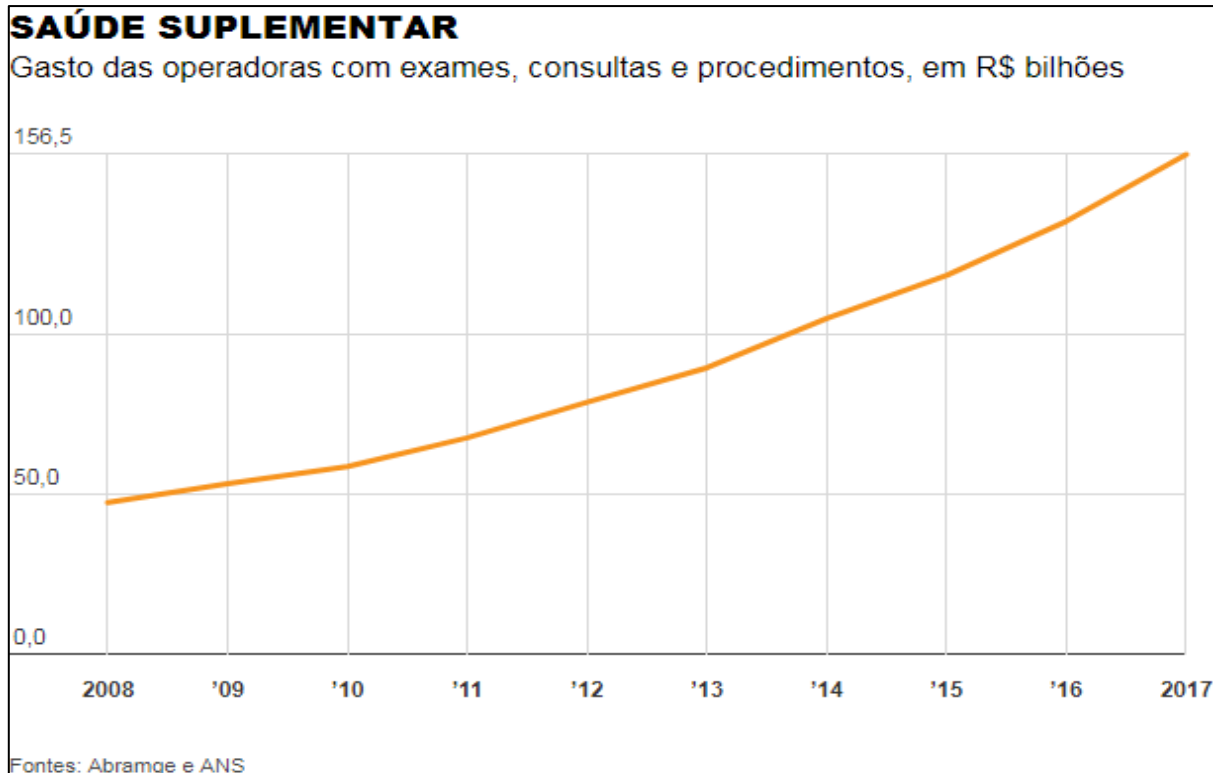
"O crescimento era esperado, isso ocorre ano após ano", diz Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge.

"A questão é como achar soluções para evitar essa alta. Se esse ritmo se mantiver, haverá um encolhimento do acesso aos planos."

As receitas do setor também têm aumentado a uma velocidade inferior à das despesas, afirma Scheibe.

Além dessa disparidade, as operadoras do país perderam cerca de 950 mil beneficiários em suas carteiras no ano passado, o que elevou o gasto médio com cada um deles, segundo a entidade.

O custo anual per capita, ao se considerar pessoas físicas e jurídicas, teve a maior variação desde 2008. Subiu 17,8% e chegou a cerca de R\$ 3.305. Esse valor era de R\$ 2.806 em 2017.



## VIGITEL 2016: ESTUDO AVALIA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

ANS -13/01/2018

O número de indivíduos com excesso de peso e obesidade entre os beneficiários de planos de saúde continua crescente e alarmante, é o que aponta um amplo estudo realizado pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De acordo com a pesquisa Vigitel Brasil 2016 - Saúde Suplementar, a proporção de beneficiários adultos de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, quando foi realizado o primeiro levantamento, passando de 46,5% para 53,7%. O mesmo ocorre com a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 17,7%. Acompanhando a evolução desfavorável, a frequência de beneficiários com diagnóstico médico de diabetes aumentou em média 0,2% ao ano no período entre 2008 e 2016.

Mas a pesquisa também traz boas notícias na variação entre 2008 e 2016: a proporção de fumantes caiu de 12,4% para 7,3%; a de indivíduos fisicamente inativos reduziu de 19,2% para 14,2%; e o consumo de frutas e hortaliças aumentou de 27% para 30,5%.

Pela primeira vez, acompanhando o comportamento da sociedade, o Vigitel incluiu indicadores relacionados ao tempo livre gasto diante de telas de computador, tablet e celular. Considerando o conjunto da população adulta estudada, a frequência do hábito de utilizar tais equipamentos por três ou mais horas diárias foi de 19,5%.

“O monitoramento dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma importante ferramenta para a avaliação de políticas em saúde. Os indicadores do Vigitel da Saúde Suplementar devem ser usados na reflexão de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e beneficiários, contribuindo para a formulação de modelos de cuidado que envolvam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em prol da qualidade de vida desta parcela da população”, afirma Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) é realizada desde 2006 pelo Ministério da Saúde. Inicialmente, a pesquisa não discriminava os usuários de planos de saúde. A partir de 2008, em parceria com a ANS, o estudo foi ampliado e passou a avaliar dados de beneficiários da saúde suplementar.

O Vigitel da Saúde Suplementar 2016 foi feito com base em 53.210 entrevistas por telefone, sendo 20.258 homens e 32.952 mulheres, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, entre os meses de fevereiro e dezembro de 2016. O inquérito tem por objetivo monitorar, através de pesquisa realizada por telefone, a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A atual publicação dá seguimento às quatro edições anteriores, publicadas em 2009, 2012, 2015 e 2016.

[CONFIRA A PUBLICAÇÃO.](#)

## OBESIDADE E SOBREPESO SÃO PROBLEMAS CRESCENTES NO PAÍS

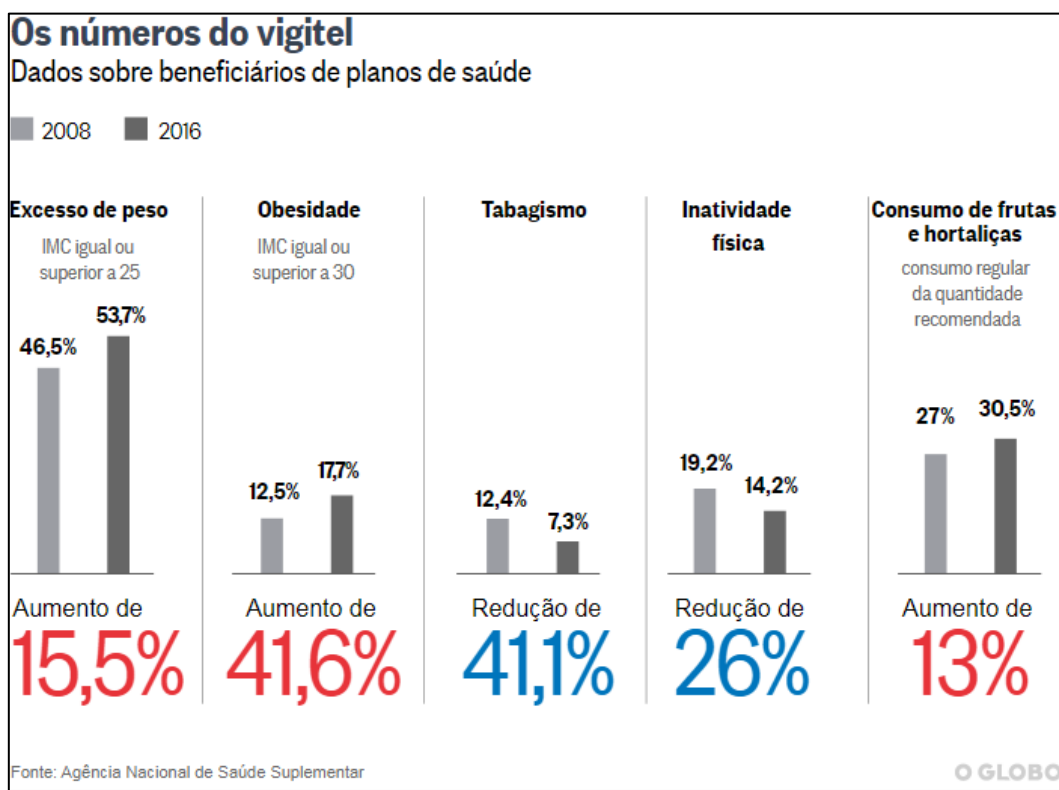
O Globo –13/01/2018

Ministério divulga pesquisa com beneficiários de planos de saúde

RIO- Os índices de excesso de peso e obesidade no Brasil são crescentes e alarmantes. É o que mostra uma pesquisa feita pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao longo de 2016. Desta vez, os números do Vigitel trazem os resultados do estudo realizado com beneficiários de planos de saúde. A proporção de adultos com excesso de peso aumentou de 46,5% para 53,7%, um crescimento de 15,5%, na comparação entre 2008,

quando a pesquisa foi feita pela primeira vez, e 2016. Em relação à obesidade, o percentual foi de 12,5% para 17,7%, um aumento de 41,6%. Foram realizadas 53.210 entrevistas por telefone, sendo 20.258 com homens e 32.952, com mulheres, em todas as capitais e no Distrito Federal, entre os meses de fevereiro e dezembro de 2016.

— O aumento dos dois índices está diretamente relacionado com doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, além de alguns tipos de câncer. Isso afeta diretamente os sistemas de saúde e as operadoras de planos — explica Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. — Por mais que a pesquisa mostre que as pessoas estão comendo mais verduras e legumes, por exemplo, há também um aumento no consumo de comidas industrializadas e de bebidas alcoólicas e ainda o fato de a população fazer pouca atividade física.



De fato, o Vigitel mostra que, entre os beneficiários de planos de saúde, o consumo de frutas e hortaliças passou de 27% para 30,5%, de 2008 para 2016, um aumento de 13%. O índice de indivíduos fisicamente inativos teve uma redução de 26%, com uma taxa que foi de 19,2% para 14,2%. Isso, no entanto, não é suficiente, explica Maria Edna de Melo, presidente do departamento de Obesidade da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

— Falta, no Brasil, uma política de prevenção. A obesidade é uma doença crônica e progressiva, seus fatores desencadeantes são múltiplos e variam de um indivíduo para outro. Temos uma perspectiva de modificação na rotulagem dos alimentos, para que eles tenham advertência frontal, e isso se arrasta desde 2014 na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) — explica Maria Edna. — Sabemos que, quando os indivíduos veem um sinal de advertência, eles pensam duas vezes antes de consumir o produto. É fundamental a população receber uma orientação efetiva.

Outro ponto destacado pela médica é a importância de um trabalho focado nas crianças e nas mães, antes mesmo da gestação:

— É na primeira infância que devemos começar a prevenção. Os bebês precisam ter um período de aleitamento adequado, e é fundamental que a introdução dos alimentos seja feita com compromisso com a saúde da criança. Muitas vezes a população não sabe o quanto é danoso oferecer bebidas açucaradas ou bolachas doces com alto índice de gordura para elas. Isso dificulta a formação de um paladar para verduras e legumes.

Pela primeira vez desde que começou a ser feito, o Vigitel incluiu indicadores relacionados ao tempo livre gasto diante de telas de computador, tablets e celulares. Entre aqueles que foram entrevistados, 19,5% afirmaram utilizar esses equipamentos por três ou mais horas por dia. Já os dados sobre tabagismo trazem um bom resultado: o percentual de fumantes, que em 2008 era de 12,4%, no último ano da pesquisa passou para 7,3%, o que representa uma diminuição de 26%.

## **PLANO É CONDENADO POR NEGAR CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DEVIDO A CARÊNCIA**

Consultor Jurídico –11/01/2018

Os direitos à vida e à saúde, que são direitos públicos subjetivos invioláveis, devem prevalecer sobre os interesses administrativos e financeiros da instituição privada. Esse foi o entendimento aplicado pelo juiz Antônio Francisco Paiva, da 17ª Vara Cível de Fortaleza, ao condenar um plano de saúde a indenizar o pai de um paciente que teve cirurgia de emergência negada indevidamente.

O caso aconteceu em 2014. A mãe levou o filho a um hospital em razão de fortes dores abdominais. Ao ser atendido, foi diagnosticado o quadro de apendicite grau 4, devendo ser feita cirurgia imediata. Porém, ao solicitar o procedimento, a família teve o pedido negado em razão de ainda faltarem 25 dias de carência. Diante da negativa, a mãe levou o garoto a outro hospital, onde foi feita a cirurgia.

Após o acontecido, o pai do menino entrou com ação na Justiça para requerer indenização por danos materiais no valor de R\$ 3 mil referentes aos gastos com exames laboratoriais, medicamentos e intervenção cirúrgica. Além disso, pediu que o plano de saúde fosse condenado em R\$ 5 mil pelos danos morais causados.

Em sua defesa, a empresa alegou que o dependente do plano não teria cumprido a carência para o procedimento. Também argumentou que não se tratava de uma emergência, além da inexistência de ato ilícito e a falta de prova dos danos sofridos.

Ao julgar o caso, o juiz Antônio Francisco Paiva considerou abusiva a conduta do plano de saúde. De acordo com ele, foi comprovada a situação de urgência. Com isso, o plano de saúde deveria ter observado o prazo de carência para casos de urgência determinado pela Lei 9.656/98, que é de 24 horas.

“Ao negar o fornecimento do tratamento ao autor, encontra-se em desconformidade com a legislação do consumidor, além de ofender o princípio da dignidade humana, consagrado a nível constitucional, e observado pela Lei 9.656/98, que trata dos Planos de Saúde. Ademais, os direitos à vida e à saúde, que são direitos públicos subjetivos invioláveis, devem prevalecer sobre os interesses administrativos e financeiros da instituição privada”, complementou.

O juiz citou ainda jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que a cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse.

Assim, o juiz concluiu pela conduta abusiva do plano de saúde, condenando-o ao pagamento de R\$ 5 mil a título de dano moral. Já o pedido de danos materiais foi julgado improcedente, pois não foram comprovados nos autos. Com informações da Assessoria de Imprensa do TJ-CE.

## **SAÚDE SUPLEMENTAR CONTINUA CONTRATANDO, AFIRMA IESS**

IESS –11/01/2018

Boletim aponta aumento do estoque de emprego no setor mesmo com queda no conjunto da economia

Com comportamento que destoa de setores da economia, a cadeia da saúde suplementar mantém ritmo de crescimento no número de empregos. Segundo o “Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar”, boletim mensal do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o total de trabalhadores no setor (que engloba os fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos; prestadores de serviços de saúde; operadoras e seguradoras de planos de saúde) apresentou novo número positivo. O levantamento aponta que o número de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 2% nos 12 meses encerrados em novembro de 2017, enquanto o total de empregos formais – que considera todo o conjunto econômico nacional – teve retração de 0,6% na mesma base comparativa.

Comemorado recentemente pela economia nacional, o ligeiro reaquecimento do emprego no País segue relacionado com o mercado informal. No entanto, a cadeia da saúde suplementar continua resiliente com a criação de postos formais de emprego. “Os dados do relatório mostram que a cadeia da saúde suplementar segue com expansão de mão de obra a despeito das dificuldades econômicas do país”, aponta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS. “Os números foram puxados pelo ótimo

desempenho da região Nordeste na criação de novos postos de trabalho”, continua. No total, a cadeia produtiva da saúde suplementar emprega 3,4 milhões de pessoas, ou 7,9% da força de trabalho nacional.

Em novembro, o setor apresentou fluxo positivo de emprego de 2,2 mil vagas, enquanto o saldo de empregos formais no país apresentou redução de 12,3 mil vagas, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). “Até novembro de 2017, a cadeia da saúde suplementar apresentou um saldo positivo de 76.909 empregos.”, conclui Carneiro.

Na análise do mesmo período por subsetor, o segmento de Fornecedores foi o que apresentou maior crescimento, de 2,3% na base comparativa, seguido por Prestadores, com alta de 2%, e Operadoras, com expansão de 1,5%, respectivamente. Na cadeia produtiva da saúde suplementar, o subsetor que mais emprega é o de prestadores de serviço (médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica), correspondendo a 2,4 milhões de ocupações, ou 71,4% do total do setor. Já o subsetor de fornecedores emprega 822,7 mil pessoas, 24,1% do total. As operadoras e seguradoras empregam 151,5 mil pessoas, ou seja, 4,4% da cadeia.

Para deixar mais clara a relação entre os empregos gerados pelo setor de saúde suplementar e o conjunto da economia nacional, o IESS criou um indicador de base 100, tendo como ponto de partida o ano de 2009. Em novembro de 2017, o índice para o estoque de empregos da cadeia suplementar foi de 136, mesmo nível do mês anterior. O índice do mercado nacional também seguiu estável em 110.

## **QUESTIONADA RESOLUÇÃO DA ANS QUE RESTRINGE ADESÃO A PLANOS COLETIVOS**

Consultor Jurídico –11/01/2018

A Federação Nacional dos Clubes Esportivos (Fenaclubes) ajuizou, no Supremo Tribunal Federal, ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de liminar, para questionar dispositivo da resolução da Agência Nacional de Saúde que restringe a oferta de planos de saúde coletivos empresariais apenas a pessoas que mantenham relações empregatícias ou estatutárias com a empresa contratante por

entender que ela restringe o princípio da livre iniciativa. O relator da ação é o ministro Gilmar Mendes.

Para a federação, a norma da ANS, que tem força de lei federal, afronta preceitos constitucionais e as relações privadas no âmbito do segmento de clubes em todo o país. A entidade sustenta que o artigo 5º da RN 195/2009 viola o princípio da livre iniciativa, uma vez que delimita quais as empresas e pessoas físicas vinculadas que poderão fazer parte de plano de saúde na classificação "empresarial", discriminando um sistema já vigente e que alcançou êxito, conforme defende a Fenaclubes, bem como os princípios do acesso à saúde e à dignidade da pessoa humana. O artigo teria levado, segundo a Fenaclubes, a um bloqueio de novas adesões dos associados dos clubes ao contrato coletivo.

## PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS CRESCEM EM 1,5 MILHÃO

IESS (Blog) –10/01/2018

Na última semana, divulgamos a mais recente edição da [NAB](#), que mostra os números de beneficiários de planos de saúde entre os meses de novembro de 2016 e o mesmo mês de 2017. Como uma tendência ao longo do último ano do boletim, o mercado de planos exclusivamente odontológicos segue como destaque positivo na saúde suplementar brasileira.

Os dados mostram que, no período de 12 meses, houve um crescimento de 1,5 milhão no total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos em todo o país, representando uma variação de 6,9%. Já na variação de três meses, entre agosto e novembro de 2017, o aumento foi de 2,1%. Ou seja, aproximadamente 500 mil novos vínculos deste tipo de plano.

Repetindo a performance recente, a região Nordeste segue como destaque positivo entre os planos exclusivamente odontológicos. No

De acordo com a entidade, as operadoras de saúde ofereciam contratos coletivos para trabalhadores, dirigentes, associados e demais pessoas vinculadas ao setor de clubes, um mercado consumidor, segundo ressalta, com crescente necessidade por saúde e melhores condições de vida.

Tal oferta possibilitava a adesão a contrato de seguro-saúde firmado entre o clube e a seguradora. Essa relação comercial de êxito foi mantida ao longo dos anos, até que sobreveio o que a Fenaclubes chama de "intervenção descabida do Estado" numa relação privada. Com informações da Assessoria de Imprensa do STF.

período de 12 meses encerrados em novembro de 2017, a região foi a que apresentou maior crescimento proporcional, com a entrada de mais de 500 mil novos beneficiários, representando alta de 12,4%.

Já em números absolutos, a região Sudeste apresentou aumento de quase 800 mil beneficiários. Nessa região o destaque é o Estado de São Paulo, que apresentou aumento de 615.832 beneficiários no mesmo período, alta de 8,2% no período de 12 meses encerrado em novembro de 2017. Em todo o país, apenas Espírito Santo e Distrito Federal apresentaram queda no período analisado. No entanto, a variação é pouco relevante – 0,1% em ambos os casos, ou seja, 500 vínculos a menos em cada caso.

Como já apontamos, apesar de ter superado o 23 milhões de beneficiários no país, o segmento de planos exclusivamente odontológicos ainda conta com menos da metade do total de vínculos médico-hospitalares com uma taxa de cobertura de 11,1% no território nacional. Ou seja, ainda há muito espaço e margem para amadurecimento deste setor, que conta com custos mais "atraentes" do que o de planos médico-hospitalares e maior facilidade de acesso por parte da população.

Os números completos estão na última edição da NAB. [Confira](#).

## PLANO DE SAÚDE PESA MAIS NO BOLSO DO CARIOCA E PUXA INFLAÇÃO

O Globo –10/01/2018

Rio fechou 2017 com índice acima da média

RIO - Em um ano marcado por alta de preços mais moderada, o alívio no orçamento das famílias cariocas foi um pouco menor que no resto do país. Segundo dados divulgados nesta quarta-feira pelo IBGE, a Região Metropolitana fechou 2017 com inflação de 3,03%, menor que a taxa de 6,33% do ano passado, porém mais alta que o índice nacional, que ficou em 2,95%. Na região com a maior parcela de idosos do país, o plano de saúde foi o principal vilão.

As variações de preços dos produtos e serviços pesquisados pelo IBGE são calculadas de acordo com o peso de cada item no orçamento doméstico. Esse cálculo varia de acordo com a região. Essa é uma das chaves para entender o resultado da inflação carioca. No Rio, os planos de saúde respondem, em média, por 5,4% dos gastos das famílias, percentual bem maior que a média nacional, de 3,8%. O serviço subiu 13,6% na região, percentual parecido com o apurado em todo o país (13,53%), mas teve maior influência no cálculo carioca. No Brasil, a alta dos planos respondeu por 0,48 ponto percentual do resultado. No Rio, representou 0,67 ponto do indicador.

— O peso do plano de saúde no Rio é o maior do país. O segundo maior é São Paulo, com 5,13%. São fatores que influenciam, com certeza (a inflação acima da média) — afirma Fernando Gonçalves, gerente de índice de preços do IBGE.

O segundo maior impacto foi o da energia elétrica residencial. Nesse caso, o que influenciou foi uma alta maior que a média, de 12,04%, frente a 10,35% na média nacional. A alta da energia elétrica respondeu por 0,47 ponto percentual do resultado regional. Em terceiro lugar, vem a gasolina, que também subiu mais que no resto do país (11,98% contra 10,32%). Juntos, planos de saúde, energia e gasolina responderam por praticamente metade da inflação do Rio em 2017. Vale destacar que esses são itens monitorados, cujos preços não dependem da demanda.

O economista Luiz Roberto Cunha, professor da PUC-Rio, destaca ainda que a metodologia do índice do IBGE influenciou o resultado.

— O item gás encanado só é coletado no Rio e em São Paulo. O Rio teve alta de 15,35%, maior que em São Paulo. Além disso, a deflação de alimentação foi um pouco menor, o que ajuda a explicar esse 3,03% — destaca o especialista

Apesar de ter ficado acima da média, o Rio não registrou a maior inflação do país. A liderança do ranking ficou com o município de Goiânia, onde o IPCA chegou a 3,76%. O índice mais baixo no país foi calculado em Belém (1,14%)

## **NOVO ROL DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE É LIMITADO, AFIRMA**

Idec –10/01/2018

Número de procedimentos incluídos vem diminuindo a cada atualização

Entrou em vigor, em 2 de janeiro, o novo rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde estipulado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Para a advogada e pesquisadora do Idec Ana Carolina Navarrete, a lista de novas consultas exames e tratamentos oferecidos pelas operadoras aos usuários, é limitada.

De acordo com análise feita pelo Instituto, houve uma diminuição na quantidade de medicamentos, exames e consultas incluídos nos últimos rois. Na lista equivalente ao biênio 2014/2015, por exemplo, foram incorporados 50 novos exames e 37 medicamentos orais. Na passada, o número de procedimentos caiu para 21. Nesta, para 18.

Segundo Navarrete, nem todos os procedimentos recomendados pelas sociedades médicas e debatidos no [Cosaúde](#) (Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde) - órgão da agência responsável por analisar os procedimentos médicos criados - foram efetivamente incluídos na [RN \(resolução normativa\) nº 428/2017](#).

Mesmo com parecer técnico favorável, a ANS decidiu por não incorporá-los, usando como justificativa o impacto econômico-financeiro e sua disponibilidade pela rede assistencial.

"A atualização do rol de cobertura deveria ser baseada em uma avaliação da evolução da medicina e das demais áreas da saúde, observando o melhor tratamento ao consumidor, razão pela qual entendemos que os critérios relacionados ao custo, demanda e disponibilidade dos procedimentos não são válidos para impedir a inclusão de procedimentos no rol", afirma a advogada.

### Outros problemas

Medicamento para tratamento de esclerose múltipla, exame para o diagnóstico de tumores neuroendócrinos e cirurgias laparoscópicas para desobstrução das tubas uterinas estão entre os [procedimentos incluídos](#) no novo rol.

A pesquisadora avalia que a incorporação de procedimentos pela ANS é benéfica para os consumidores, mas critica a negligência da agência diante de procedimentos como transplantes. "O rol de 2018 continua não prevendo a cobertura de transplantes, como o de coração, de fígado e de pulmão, que ficam a cargo do sistema público de saúde", destaca.

A advogada também critica o fato do rol estipulado pela agência ser válido apenas para contratos novos (assinados a partir de janeiro de 1999) ou adaptados à Lei nº 9.656/98. "Nos contratos antigos [assinados antes dessa data] aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, que considera abusivas - e, portanto, nulas - as cláusulas contratuais que excluem a cobertura de procedimentos necessários à assistência à saúde", explica.

### Direito do consumidor

Se o consumidor precisar de qualquer procedimento que não esteja previsto no rol, é possível requerer judicialmente do plano a cobertura.

A Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98) garante aos consumidores a cobertura de todas as doenças listadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde). As limitações do rol não podem impedir que o consumidor tenha acesso ao tratamento mais adequado para a sua doença.

Caso o procedimento esteja na lista obrigatória, e mesmo assim a operadora se negue a cobrir, o usuário pode acionar a ANS. A multa para o descumprimento do rol - negativa de cobertura - é de R\$ 80 mil.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

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

### Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

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