

**07 de março de 2018**

## **A JUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE**

O Estado de S. Paulo –05/03/2018

Parte importante das ações diz respeito a pedidos de liminares para que plano arque com atendimentos

Uma pesquisa recentemente publicada dá conta do aumento expressivo das ações envolvendo planos de saúde privados. É verdade, entre 2016 e 2017 houve o crescimento da judicialização do tema. Mas a questão deve ser tratada com cuidado para não passar a impressão de que os planos de saúde privados são bandidos ou coisa parecida.

Em primeiro lugar é importante destacar que os planos de saúde privados são o terceiro sonho de consumo dos brasileiros. Se eles fossem um desastre ou não atendessem a maioria dos segurados, com certeza não estariam nesta posição. Afinal, quem vai querer pagar caro por algo que não funciona?

Atualmente, o Brasil tem perto de 47 milhões de pessoas atendidas pelos planos de saúde privados. É o menor número em vários anos. As razões para isso são a crise econômica e o desemprego gerado por ela. Quem saiu dos planos – e foram mais de três milhões de pessoas – com certeza não o fez por vontade própria, e sim, porque perdeu o ganha-pão, tanto faz se por demissão ou por redução do mercado de prestação de serviços.

Os planos de saúde privados autorizam anualmente mais de 1,5 bilhão de procedimentos, desde os mais simples atendimentos ambulatoriais até complexas cirurgias de transplante de órgãos ou caros tratamentos de câncer e outras doenças.

Em 2016 havia perto de 19 mil ações judiciais sobre o tema. Este número saltou, em São Paulo, para perto de 30 mil em 2017. É um aumento importante e que deve ser criteriosamente analisado para impedir que ele continue se repetindo nos próximos anos.

Por outro lado, qualquer discussão sobre o tema deve levar em conta que é justamente no Estado de São Paulo que está a grande maioria dos titulares dos planos de saúde privados. Isto quer dizer alguns

milhões de pessoas. É neste contexto que as 30 mil ações de 2017 precisam ser analisadas.

Trinta mil ações para mais de 10 milhões de pessoas é um número baixo. Absoluta e relativamente baixo. E a ordem de grandeza fica mais clara quando se leva em conta que a Justiça paulista tem mais de 22 milhões de ações em andamento.

Desses dados pode-se extrair que os planos de saúde privados atendem satisfatoriamente a massa de seus consumidores. O número de ações é baixo na relação processos versus segurados e é mais baixo ainda no percentual da totalidade das ações em curso.

Então, por que o destaque dado pela imprensa em geral sobre o aumento da judicialização do tema? A primeira razão é que o que está em jogo é a saúde das pessoas. Autorizar ou não autorizar um determinado procedimento pode ser a diferença entre a vida e a morte e é humano que alguém tente tudo que estiver ao seu alcance para ser atendido, ainda que as condições do plano não contemplem aquele determinado atendimento.

Parte importante das ações diz respeito a pedidos de liminares para que o plano arque com atendimentos que por alguma razão são ou foram negados. Sem dúvida, várias destas situações envolvem negativas indevidas, sendo um percentual decorrente de erro de avaliação do caso; outro, de falta de caixa da operadora para fazer frente aos custos num determinado período; e outro, porque aquela determinada operadora não é séria.

Mas existem também situações em que o procedimento não está coberto. Nesses casos, quem arca com o pagamento, fruto da liminar, não é a operadora, mas todos os outros segurados, já que, no final do exercício, a operadora fará a soma das despesas e rateará os pagamentos indevidos no preço cobrado de todos os participantes.

Ninguém discute que recorrer ao Judiciário é um direito constitucional. E o brasileiro tem se valido dele com fartura, tanto que hoje temos mais de 100 milhões de processos correndo no País. É justamente por isso que os 30 mil processos distribuídos em São Paulo ao longo de 2017 mostram que, entre secos e molhados, com crise para agravar a situação, pedidos indevidos e pedidos com cobertura, os planos de saúde privados, com todas as críticas que lhes são feitas, prestam serviço inestimável à saúde do brasileiro.

## **ORGANIZAÇÕES LANÇAM CAMPANHA CONTRA MUDANÇAS NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE**

IDEC –05/03/2018

Para entidades, alterações atendem interesses das operadoras e retrocedem nos direitos dos usuários. Votação, que já foi adiada três vezes, pode ser retomada em março

Unindo força contra as mudanças na Lei de Planos de Saúde, organizações de defesa do consumidor e da saúde lançaram em 1º de março, em um [evento do Procon SP](#), a campanha [Saúde na UTI: diga não às mudanças na Lei de Planos de Saúde!](#). Até o momento, 13 entidades aderiram à ação.

Desde outubro de 2017, uma comissão especial da Câmara dos Deputados analisa a proposta apresentada pelo deputado Rogério Marinho que substitui 153 PLs (projetos de lei) sobre o tema. Para as

entidades, as alterações têm como objetivo atender aos interesses das empresas e, como consequência, retrocedem nos direitos dos consumidores de planos de saúde.

Devido a pressão desse grupo e de profissionais da área, a votação da proposta já foi [adiada três vezes](#). Contudo, há a previsão de a discussão ser retomada ainda neste mês.

“Precisamos fortalecer a oposição ao projeto para impedir que ela seja aprovada e traga prejuízos para a vida de 1/4 da população brasileira [número de pessoas que possuem planos no País]. É preciso que as vozes da defesa do consumidor e da saúde soem de forma clara com o recado: ‘Deputados, arquivem o substitutivo!’”, afirma Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em Saúde do Idec- uma das organizações que aderiram à campanha.

Além do Instituto, participam da ação o Procon-SP, o Procon Paulistano, a Procons Brasil (Associação Brasileira de Procons), a AMB (Associação Médica Brasileira), o Nucleon SP (Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor), a Abrale Associação

Brasileira de Linfoma e Leucemia) e o Nudecon RJ (Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor).

Durante o evento do Procon SP, uma das principais entidades que representam planos de saúde, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), afirmou apoiar a campanha pelo arquivamento do projeto.

“O projeto é tão ruim que até as operadoras, que são mais interessadas em sua aprovação, estão se rendendo e apoiando a rejeição à proposta, pois perceberam que é preciso ouvir os usuários para tentar resolver suas reclamações e demandas. Os deputados precisam entender que nenhuma lei que defenda o consumidor pode ter sua revisão sequer iniciada sem que esse grupo seja envolvido”, pontua Navarrete.

Principais problemas

De acordo com as organizações que apoiam a campanha, o projeto apresenta cinco pontos extremamente graves. São eles:

- Redução de cobertura, limitando atendimentos de urgência e emergência somente para plano hospital ou referência;
- penalidades mais leves caso a empresa descumpra a lei;

- acesso à justiça e procedimentos mais demorados, já que na maioria dos casos o juiz precisará ouvir um perito antes de decidir em casos urgentes;
- possibilidade de redução da rede assistencial sem autorização da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- o que estiver previsto em contrato terá mais importância do que as regras do CDC (Código de Defesa do Consumidor).
- Luta antiga

Desde 2016, o Idec e outras organizações vêm se mobilizando contra a aprovação das mudanças na Lei de Planos de Saúde.

O Instituto, por exemplo, lançou a campanha Não mexam na minha saúde para informar a gravidade dos problemas aos consumidores e pedir o arquivamento do PL. A ação, lançada em outubro de 2017 e finalizada neste mês, foi apoiada por cerca de 3170 usuários.

Em 2018, além da campanha em conjunto, as entidades irão realizar ações de rua em São Paulo (SP) para conscientizar a população e coletar mais assinaturas. Confira essa e outras atividades na [programação do mês do consumidor](#).

## **JUSTIÇA COMUM É COMPETENTE PARA JULGAR CASO SOBRE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL**

JOTA –05/03/2018

Para 3ª Turma do STJ, ações sobre plano de saúde de autogestão não cabem à Justiça do Trabalho

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que a Justiça comum, e não a Trabalhista, é competente para julgar direitos de ex-empregado aposentado ou demitido que pretende se manter filiado a plano de saúde coletivo oferecido pela própria empresa empregadora. A decisão, da última terça-feira (27/02), foi unânime.

A questão analisada pelos ministros diz respeito à briga de um funcionário aposentado para se manter no plano de saúde gerenciado pela montadora de automóveis onde trabalhou por 28 anos. O ex-funcionário ganhou em primeira instância, quando o juiz determinou que a empresa mantivesse o ex-empregado e seus dependentes nas mesmas condições de cobertura.

O caso chegou ao STJ após o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), ao receber recurso da montadora, considerar a questão prejudicada e remeter o processo para a Justiça do Trabalho.

Para o relator do Recurso Especial 1.695.986, porém, as entidades de autogestão, mesmo as empresariais, passaram a ser enquadradas como operadoras de plano de saúde, de modo que passaram a ser reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

“Em virtude da autonomia jurídica, as ações originadas de controvérsias entre usuário de plano de saúde coletivo e entidade de autogestão não sem adequam ao ramo do Direito do Trabalho [...] sendo, pois, predominante o caráter civil da relação entre os

litigantes, mesmo porque a assistência médica não integra o contrato de trabalho”, afirmou o ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

De acordo com o relator, a pretensão do ex-funcionário de permanecer no plano de saúde fornecido pela antiga empresa não pode ser vista como mera relação de trabalho. Ao contrário, explicou, é uma busca por direito inerente a beneficiários e entidades gestoras de plano de saúde – ainda que a gestora seja a própria empresa antes empregadora.

“A demanda de ex-funcionário que discute a conduta da ex-empresa empregadora, na qualidade de plano de saúde, como a negativa de mantê-lo no plano coletivo original, deverá tramitar na Justiça Comum estadual em razão da autonomia da saúde suplementar, da não integração da referida utilidade no contrato de trabalho, do término da relação de emprego e do caráter cível do tema”, definiu o ministro.

Mudança

Nos casos em que é a ex-empregadora que mantém o próprio plano de saúde, o STJ vinha decidindo que competia à Justiça do Trabalho o julgamento dessas demandas. Para Cueva, porém, esse posicionamento se justificava antes da edição da Lei nº 9.656/1998, que regulamentou os planos de saúde, da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Lei 10.243/2001, que alterou a CLT.

“De fato, antes da vigência desses diplomas legais, a relação jurídica mantida entre o usuário do plano de saúde e a entidade de autogestão empresarial era apenas uma derivação da relação de emprego, pois a regulação era feita pelo contrato de trabalho”, ponderou o relator, defendendo que, nesse contexto, não era possível afastar a competência da Justiça trabalhista.

Após o surgimento dessas leis, explicou Cueva, a saúde suplementar – incluídas as autogestões, como é o caso dos planos de saúde mantidos pelas empresas – ganhou autonomia em relação ao Direito do Trabalho.

## **DESPESAS EM HOSPITAIS CRESCEM MAIS QUE RECEITA**

Valor Econômico –05/03/2018

Pelo segundo ano consecutivo, os hospitais ligados à Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) viram suas despesas crescerem acima da variação da receita. A entidade representa os 103 maiores hospitais particulares do país.

Em 2017, a receita média por internação atingiu R\$ 21,5 mil, o que representa um aumento de 7,3% em relação a 2016. Já as despesas administrativas e médicas cresceram 8,1%, para R\$ 18,7 mil no mesmo período de comparação.

A receita sofreu impacto do aumento do prazo médio de recebimento e das glosas (quando a operadora recusa ou atrasa o pagamento pelos serviços prestados pelos hospitais). No ano passado, as operadoras de planos de saúde pagaram os hospitais em 74,3 dias, em média, sendo que em 2016 esse prazo era de 66,8 dias.

O índice de glosa cresceu de 3,4% para 4,1% da receita líquida, o que fez os hospitais ligados à Anahp perderem cerca de R\$ 1 bilhão com glosas no ano passado.

"Com isso, os hospitais são obrigados a procurar capital no sistema bancário, aumentando suas despesas financeiras", disse Francisco Balestrin, presidente da Anahp.

Essa maior pressão das operadoras sobre os hospitais ocorre num período de redução no número de usuários de convênios médicos e queda na taxa de juros. Boa parte dos ganhos das operadoras vem de receita financeira.

Outro fator que pesou na linha de custos dos hospitais foi a folha de pagamento de pessoal, que responde por quase metade dos gastos dos hospitais. Em 2016, as despesas representavam 34,5% e avançaram para 35,5% no ano passado.

Apesar deste cenário, Balestrin diz que está otimista em relação a 2018. "Nossa expectativa é de uma retomada no setor de saúde com a volta do emprego. A consequência é o maior volume de contratos de planos de saúde. Além disso, há o envelhecimento da população brasileira que demanda por mais saúde", disse o presidente da Anahp.

## **SETOR ENCERROU 2017 COM SALDO POSITIVO DE EMPREGOS**

IESS –05/03/2018

Acabamos de divulgar a nova edição do "[Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar](#)", com dados relativos ao mês de dezembro de 2017. O levantamento continua mostrando a resistência do setor em todo o país com a manutenção do ritmo de criação de novos postos de trabalho.

O boletim destaca que o número de pessoas empregadas formalmente no setor cresceu 2,1% no período de 12 meses compreendido entre dezembro de 2016 e o mesmo mês em 2017, enquanto o total de empregos na economia – que considera todo o conjunto econômico nacional – teve retração de 0,3% na mesma base comparativa.

Em um momento que o avanço do trabalho no país está fortemente relacionado ao trabalho informal, a saúde suplementar segue criando postos de trabalho. Considerando todo o ano de 2017, a cadeia da

saúde suplementar apresentou um saldo positivo de 68.962 empregos. Na economia como um todo, o saldo foi negativo em 123.429 postos formais de trabalho.

Na análise do mesmo período por subsetor, o segmento de Fornecedores segue como destaque na criação de postos de trabalho, avanço de 2,6% na base comparativa, seguido por Prestadores, com alta de 1,9%, e Operadoras, com expansão de 1,6%, 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 821,2 mil pessoas, 24,1% do total. Já as operadoras e seguradoras empregam 151,5 mil pessoas, ou seja, 4,5% da cadeia.

No total, o número de pessoas empregadas na cadeia de saúde suplementar é de 3,4 milhões entre empregos diretos e indiretos, ou seja, 8,0% do total da força de trabalho empregada no país.

Os números completos estão na última edição do "Relatório de Emprego na Cadeia da Saúde Suplementar". [Confira](#).

## **COMO ENFRENTAR DESPESAS DE SAÚDE DOS MAIS VELHOS**

O Estado de S. Paulo –03/03/2018

Em 2030, o Brasil terá mais idosos do que crianças, o que coloca o País ao lado de nações desenvolvidas no desafio de equilibrar as finanças dos sistemas de saúde

Para os problemas do presente é necessário pensar em soluções para o futuro. Em 2030, o Brasil terá mais idosos do que crianças (de zero a 14 anos), projetam as estatísticas do IBGE. É um cenário que coloca o País ao lado de países desenvolvidos, como Reino Unido, França e Alemanha, diante de enorme desafio: o de garantir equilíbrio financeiro aos sistemas de saúde.

Em 2030, no Brasil, as despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) com assistências ambulatorial e hospitalar podem atingir a magnitude de R\$ 115 bilhões ao ano. Hoje, oscilam em torno de R\$ 45 bilhões.

E são justamente as doenças crônicas, tipicamente diagnosticadas nos idosos, que exercem maior pressão sobre os custos.

Na falta de política pública bem estruturada destinada a lidar com o rápido processo de envelhecimento no Brasil, Alexandre Kalache, gerontólogo e presidente do Centro Internacional da Longevidade no Brasil, não é otimista quando avalia a capacidade do País de pagar essa conta e garantir o atendimento que vier a ser necessário. Mas sugere iniciativas que, uma vez adotadas, podem quebrar esta sina.

A primeira é atualizar currículos dos cursos da área de saúde. "Quem se forma hoje não adquire conhecimento sobre como cuidar desse paciente." O quadro é especialmente crítico: o SUS conta com apenas um geriatra para 12 mil pacientes, bem aquém do patamar de um para cada mil recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Outro caminho, diz Kalache, é a adoção de políticas públicas de saúde voltadas à atenção primária, com acompanhamento médico contínuo e não só em casos emergenciais. "É preciso recuperar a

cultura do cuidado, com unidades de saúde que façam o acompanhamento médico do paciente ao longo da vida”, explica.

Não menos importantes são as ações destinadas a acabar com o isolamento imposto aos idosos, a fim de promover a saúde mental.

Essa não é só tarefa do setor público. Conforme demonstrou pesquisa do Instituto de Estudos do Sistema Suplementar (IESS), em 2030, as despesas dos planos privados de saúde devem ultrapassar os R\$ 396,4 bilhões anuais, 250% acima dos níveis de hoje.

O segmento dos pacientes acima dos 60 anos enfrenta ainda os problemas apontados por esta Coluna no dia 2 de fevereiro (A saúde mais cara dos mais velhos): a oferta de planos individuais é baixa, as mensalidades são altas demais e algumas operadoras fazem exigências descabidas por ocasião da contratação do plano.

Para a FenaSaúde, a entidade que defende os interesses das operadoras de planos de saúde, uma forma de encarar o aumento das despesas dos beneficiários mais velhos é tentar reequilibrar o jogo por meio da admissão de associados mais jovens. Explicando melhor: como o sistema de saúde suplementar adota o conceito de mutualismo, os mais jovens ajudam a custear o tratamento dos mais velhos. Mas é solução precária, com prazo curto de validade. Hoje, o sistema já tem apenas dois jovens para cada idoso e essa relação tende a se estreitar.

## **PLANOS DE SAÚDE DECIDEM APOIAR ARQUIVAMENTO DE PROJETO NA CÂMARA**

Folha de S. Paulo –02/03/2018

Campanha diz que proposta retrocede no direito do usuário e só atende interesse de operadoras

Uma das principais entidades que representam planos de saúde, a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), decidiu apoiar campanha pelo arquivamento do projeto que altera a atual lei dos planos e que tramita na Câmara dos Deputados.

Organizações de defesa da saúde e do consumidor, que lideram a campanha, alegam que a proposta retrocede nos direitos dos usuários de planos de saúde e só atende aos interesses das operadoras.

Uma das polêmicas está relacionada à cobertura. Para as organizações, o atual texto abre brechas para a criação de planos regionais e de baixa cobertura, que deixarão o usuário na mão quando necessitar de atendimento mais especializado.

Em evento ocorrido nesta quinta (1º) em São Paulo, a Abramge se posicionou favoravelmente ao arquivamento do projeto. Mas não exatamente pelas mesmas razões das outras organizações.

Para o presidente da Abramge, Reinaldo Scheibe, toda a discussão em torno da proposta está muito contaminada. “É preciso torná-la mais limpa. Arquivar o projeto e encerrar a comissão [que está coordenando os trabalhos na Câmara] ou dentro dessa comissão reiniciar todo o processo de discussão com mais pluralidade e acesso às audiências públicas.”

Solução de longo prazo seria, na opinião da presidente da FenaSaúde, Solange Beatriz Palheiro Mendes, a regulamentação de uma espécie de plano de previdência exclusivamente voltado a custear as mensalidades do plano, quando o associado se aposentar.

A ser chamado de VGBL Saúde, esse modelo já foi aprovado na Câmara dos Deputados e está, desde 2015, sob análise do Senado. As empresas fariam contribuições ao VGBL Saúde em nome do funcionário sem que fossem consideradas parte do salário – portanto, sobre elas não incidiria FGTS e INSS. Caberia ao trabalhador escolher o tipo de cobertura. Também seria criado produto similar a ser oferecido a quem não estiver no regime formal de trabalho.

Independentemente dos benefícios esperados desse projeto, o sistema suplementar vai colhendo resultados positivos a partir de certas mudanças de estratégia. Operadoras de planos de saúde especializadas no público da terceira idade têm visto as margens de lucro crescerem no investimento em redes próprias de hospitais e laboratórios, de maneira a reduzir custos. Além disso, a Agência Nacional de Saúde (ANS) criou modelo de atenção especial aos pacientes acima de 60 anos a ser seguido pelos planos de saúde.

Falta saber como sair do campo vago das ideias e partir à prática, mesmo à custa de erros iniciais. Caso contrário, seguiremos idemistas – como classificou Balzac –, seguiremos a repetir o que já foi dito: idem, idem, idem.

A proposta reúne cerca de 150 projetos sobre o tema, a maioria com pedidos de mais cobertura e direito aos usuários. Alguns, como o que exigia que os planos arcassem com teste de zika para as grávidas, já não fazem mais sentido porque a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) já publicou resolução sobre o assunto.

Por essa e outras razões, tanto a Abramge quanto as entidades de saúde e do consumidor defendem a não necessidade de o projeto tramitar em regime de urgência, situação que impede debates mais aprofundados.

Em última instância, se a comissão não chegar a um consenso sobre o parecer final, o projeto pode seguir para apreciação do plenário mesmo assim.

Porém, há vários pontos de discordância entre as entidades que representam os planos e demais organizações de saúde e do consumidor.

Um dos mais importantes é em relação ao rol de procedimentos das operadoras. Hoje, a cada dois anos, a ANS atualiza a lista com base em parecer de grupo técnico que reúne entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos e de profissionais de saúde. As inovações passam por consulta pública.

A atual proposta de mudança da lei diz que a incorporação de novas tecnologias deverão levar em conta o impacto econômico-financeiro dos novos procedimentos.

O Cremesp, que apoia a campanha pelo arquivamento da proposta, diz que se isso for aprovado deixará o rol de procedimentos ainda mais defasado.

“As mudanças em discussão não trazem nenhum benefício ao consumidor. Ao contrário, representam um retrocesso em relação às conquistas de anos de trabalho. Tiram direitos e garantias sem qualquer tipo de compensação”, afirmou Paulo Miguel, diretor executivo da Fundação Procon-SP e presidente da ProconsBrasil.



## ANS SUSPENDE A VENDA DE 44 PLANOS DE SAÚDE DE 17 OPERADORAS

O Globo –02/03/2018

Volta da comercialização depende de melhora de atendimento aos 181 mil beneficiários desses contratos

RIO - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou [a suspensão da venda de 44 planos de saúde de 17 operadoras](#). A partir da próxima sexta-feira, dia 9, as empresas ficam proibidas de fechar novos contratos nessas modalidades, enquanto não comprovarem a melhora no atendimento dos 180,9 mil beneficiários já cadastrados nessas carteiras. A medida é parte do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, e não prejudica a assistência dos usuários dos planos.

Na mesma data, voltam a ser comercializados 20 planos, de oito operadoras, que voltaram a apresentar índices aceitáveis de atendimento de seus beneficiários.

Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, diz que o principal objetivo do monitoramento é dar proteção ao beneficiário de planos de saúde e garantir a qualidade do atendimento.

- Ao longo da evolução do programa, nós percebemos que, tirando alguns casos reiterados, as operadoras têm se esforçado para melhorar o atendimento e sair rapidamente da zona de risco. Como resultado disso, temos a maioria das empresas nas melhores faixas de classificação. Isso mostra que o programa tem atingido seu objetivo, já que o monitoramento da garantia de atendimento é um mecanismo que, antes da punição, visa dar uma oportunidade para que as empresas revejam seus fluxos de atendimento e, de maneira geral, o fluxo operacional - ressalta Karla.

O monitoramento feito pela agência, divulgado a cada três meses, avalia as operadoras a partir das reclamações dos beneficiários relativas à cobertura assistencial como negativas e demora no atendimento. O resultado desse ciclo levou em consideração as demandas recebidas no quarto trimestre de 2017.

Nesse período, a agência recebeu 15.487 reclamações de natureza assistencial. Desse total, 13.898 foram consideradas para análise pelo Programa de Monitoramento. Mais de 90% das queixas, informa a ANS, foram resolvidas pela Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o que garante maior agilidade na solução dos problemas.

O consumidor pode consultar, no site da ANS, informações sobre o programa de monitoramento das operadoras, verificando o histórico das empresas e os planos que foram suspensos e reativados. A reguladora disponibiliza também panorama geral com a situação de todas as operadoras, com [a classificação das empresas nas quatro faixas existentes \(que vão de 0 a 3\)](#).

## ESTUDO DE CASO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

IESS –02/03/2018

Não é de hoje que falamos da necessidade de se repensar o modelo assistencial adotado não só na saúde suplementar, mas em todo o sistema brasileiro. Novas alternativas, modelos e características podem ajudar a garantir não só a sustentabilidade financeira, mas também ofertar maior qualidade assistencial aos pacientes nos distintos serviços de saúde. O modelo atual gera excesso de gastos e sobrecarga dos serviços, além de não suportar devidamente mudanças demográficas e epidemiológicas da sociedade.

É neste contexto que uma das alternativas que mais se fala há tempos é a Atenção Primária à Saúde (APS). Este tipo de assistência procura responder de forma regionalizada e contínua às necessidades de uma população, integrando as ações curativas, de prevenção de doenças e promoção da saúde. Dados mostram que mais de 80% dos atendimentos são resolvidos na primeira consulta com um médico de família.

Diversos atributos desse tipo de assistência vêm sendo aplicados por operadoras de planos de saúde no país com o objetivo de tornar seu modelo mais sustentável. É exatamente nesse contexto que se insere o trabalho vencedor da categoria Promoção de Saúde e Qualidade de Vida no VII [Prêmio IESS. "Atenção Primária na Saúde Suplementar: estudo de caso de uma Operadora de Saúde de Belo Horizonte"](#), de Eulalia Martins Fraga, é resultado da especialização na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

A análise realizou o estudo de caso por meio de um questionário efetuado aos profissionais de saúde, análise de documentos e informações da cooperativa e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além da literatura sobre o tema.

Segundo a pesquisa, o plano de saúde atende em 86,6% os atributos da Assistência Primária à Saúde, sendo um grande avanço para a maior consolidação e extensão desse modelo na saúde suplementar nacional.

Confira o trabalho ["Atenção Primária na Saúde Suplementar: estudo de caso de uma Operadora de Saúde de Belo Horizonte"](#) e como os resultados desse modelo de atenção podem impactar diretamente na melhoria do setor.

## ASSOCIAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE PROCESSA OITO DAS MAIORES FABRICANTES MUNDIAIS

GaúchaZH –01/03/2018

Ações tramitam na Justiça americana e buscam ressarcir empresas lesadas pelo esquema de superfaturamento

Considerado um dos setores mais afetados pela Máfia das Próteses, os planos de saúde privados querem reaver os prejuízos com o sistema de vantagens indevidas oferecidas pelos fabricantes de órteses, próteses e materiais especiais aos profissionais de saúde.

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) entrou com ações na Justiça dos Estados Unidos contra oito das maiores fabricantes desses produtos.

Em nota, a entidade afirma que ainda há a possibilidade de acordos prevendo multas e, principalmente, adoção de regras rígidas para a venda dos itens.

"É preciso que o governo, as empresas, os legisladores e também a sociedade civil se debrucem com seriedade sobre o tema das fraudes na saúde, tanto na iniciativa privada quanto no Sistema Único de Saúde (SUS)", salienta o documento.

O [esquema de superfaturamento](#) foi descoberto entre 2014 e 2015. O prejuízo estimado ao Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPE-RS) é de cerca de R\$ 1,7 milhão.

Em reportagem do GaúchaZH, a equipe da Delegacia de Repressão aos Crimes de Lavagem de Dinheiro da Polícia Civil antecipou que a fraude causou ainda [mais danos financeiros](#) aos planos de saúde privados.

Para a Abrange, é necessária a aprovação das propostas de lei, que tramitam no Congresso desde a denúncia do esquema, para criminalizar as propinas e vantagens indevidas pagas aos prestadores de serviços de 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](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)