

05 de Abril de 2017

---

**LEITURA RECOMENDADA**

MILLIMAN – 03/04/2017

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de Abril. O artigo “Fator Moderador Como Base no Desenho de Novos Produtos” aborda o tema com enfoque na redução de custos a partir da legislação do setor e da regulamentação que está por vir.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

---

**EM 2016, ANS COBROU DOS  
PLANOS DE SAÚDE R\$ 1,6 BILHÃO  
POR ATENDIMENTOS REALIZADOS  
NO SUS**

ANS –04/04/2017

Em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cobrou das operadoras de planos de saúde cerca de R\$ 1,6 bilhão por atendimentos realizados na rede pública. O valor se refere a 1.107.068 procedimentos realizados e representa um crescimento de 133,7% em relação ao valor cobrado no ano anterior (cerca de R\$ 709 milhões). Os valores arrecadados pelo processo de ressarcimento ao SUS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a aplicação em programas e ações prioritários do governo federal. Somente em 2016, a ANS repassou ao Fundo um total de R\$ 315,5 milhões.

“A cobrança dos valores devidos pelas operadoras para ressarcimento ao SUS tem sido aprimorada e os resultados recobrados em 2016 são reflexo das melhorias implementadas. Instituímos um sistema eletrônico para agilizar o trâmite das impugnações e recursos, reduzimos o tempo médio de análise das impugnações e, com isso, conseguimos reduzir o passivo de processos”, explica a gerente-executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS Fernanda Freire. Ela destaca que a produtividade de análises dos processos em 1ª e 2ª instância também bateu recorde em 2016. “Quando comparamos o volume de atendimentos analisados no ano passado em relação a 2011, verificamos que houve um aumento de mais de 50% na produtividade”, afirma.

Desde 2001, quando a ANS começou a cobrar das operadoras os valores relativos ao ressarcimento, foram identificados 2,1 milhões de atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS passíveis de cobrança. Esses atendimentos correspondem a

mais de R\$ 3,4 bilhões. Deste montante, R\$ 1,5 bilhão (43,4%) foram arrecadados e repassados ao FNS e R\$ 744 milhões (21,9%) encaminhados para dívida ativa.

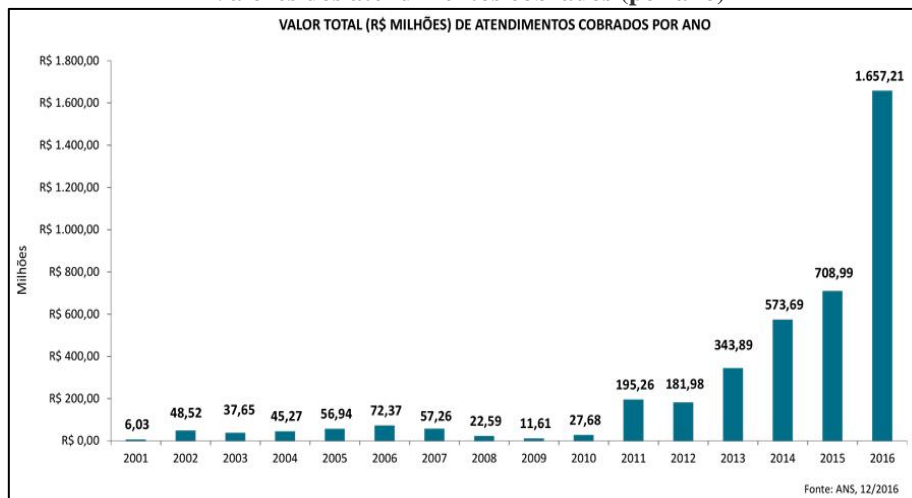
Do valor total cobrado, R\$ 1,2 bilhão (ou seja, 34,7%) são alvo de processos judiciais de operadoras que contestam a cobrança ou que estão em fase de inscrição em dívida ativa. Até 2014, o percentual médio de impugnações por parte das operadoras chegava a 82%. Contudo, em 2015 houve uma mudança de comportamento das empresas, e esse índice caiu para 60% - o que representa 27,4% em relação à média histórica. Em 2016, esta redução foi ainda maior, e o índice de impugnação ficou em 51%.

**Como é feito** - O ressarcimento ao SUS é devido em razão dos atendimentos realizados na rede pública de saúde pelos beneficiários das operadoras, desde que esses serviços estejam previstos no rol de cobertura estabelecido pela ANS e não haja nenhuma exclusão legalmente permitida. É uma importante ferramenta regulatória e de proteção aos consumidores, na medida em que visa garantir a existência de uma rede assistencial adequada e coibir a prática de condutas abusivas por parte das operadoras.

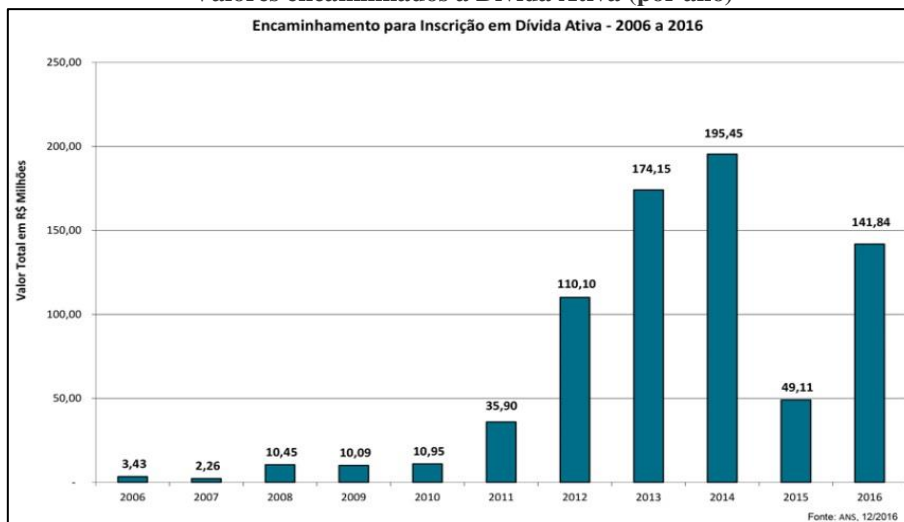
Para fazer o reconhecimento de um beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública, a ANS vale-se de um procedimento que cruza, periodicamente, a base de dados do SUS no que diz respeito à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e à Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) com os sistemas da ANS. O resultado do cruzamento é enviado para as operadoras, que podem acatar a cobrança e quitar a dívida ou contestá-la. Somente em 2016, foram notificados 577.194 atendimentos de beneficiários na rede pública. Foi o maior volume de notificações realizadas em um ano desde a criação da ANS.

O não pagamento do ressarcimento comprovadamente devido pela operadora resulta na inscrição em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como na consequente cobrança judicial.

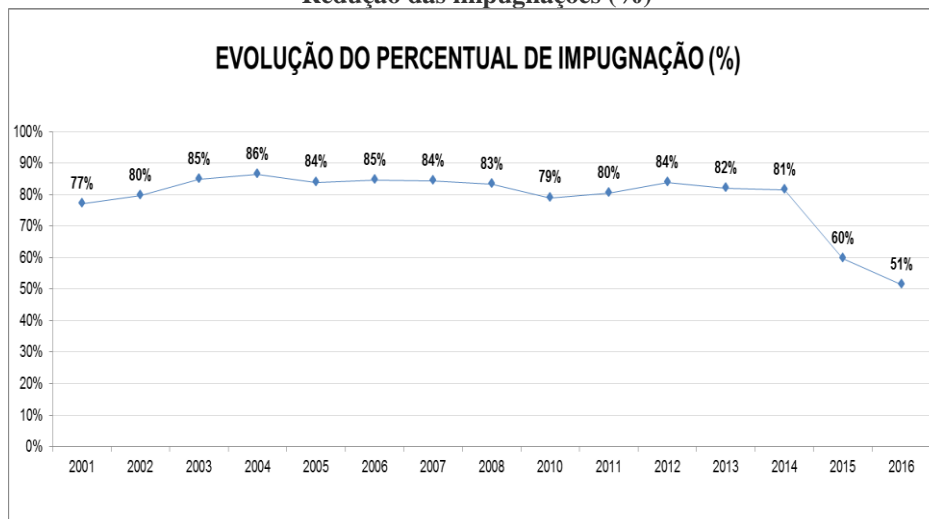
**Valores dos atendimentos cobrados (por ano)**



**Valores encaminhados à Dívida Ativa (por ano)**



**Redução das impugnações (%)**



## **A NIP ESTÁ MAIS PRÓXIMA DO CONSUMIDOR**

ANS –04/04/2017

A partir desta terça-feira (04/04), os consumidores que registrarem demandas de informação e reclamação na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) receberão mensagens de SMS no celular. O usuário poderá receber até cinco avisos, de acordo com o andamento de sua demanda: informação de protocolo; prazos inicial e final para responder à ANS sobre a conclusão do atendimento; finalização da demanda; e solicitação para entrar em contato com o Disque ANS.

Essa ação visa ampliar as formas de comunicação com o beneficiário de plano de saúde, conferindo mais transparência ao andamento da demanda na ANS. Além disso, objetiva-se reduzir o número de demandas NIP que são inativadas em virtude de ausência de resposta do consumidor sobre a resolução do seu problema.

A NIP (Notificação de Intermediação Preliminar) é o instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. A partir da demanda cadastrada pelo usuário através dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema.

## **APOSENTADO NÃO TEM DIREITO DE PERMANECER EM PLANO DE SAÚDE CUSTEADO INTEGRALMENTE PELA EMPRESA**

Contábeis –03/04/2017

A manutenção de ex-empregados aposentados ou demitidos sem justa causa em planos de saúde coletivos é permitida nos casos em que o trabalhador contribuiu regularmente com o plano durante o período de vigência do contrato de trabalho. Não fazem parte do caráter contributivo os pagamentos realizados a título de coparticipação em consultas e procedimentos médicos.

O entendimento foi aplicado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) para negar pedido de aposentada que, após demissão sem justa causa, buscava permanecer no plano empresarial com a assunção dos pagamentos mensais. A decisão foi unânime.

Na ação, a autora alegou que exerceu sua atividade profissional no banco Bradesco a partir de 1980 e, desde sua contratação, passou a participar como associada do plano destinado à cobertura de despesas médicas e hospitalares custeado integralmente pela empresa. Ela aposentou-se em 1º de agosto de 2013 e, logo depois, em dezembro, foi demitida sem justa causa.

### **Benefício trabalhista**

O pedido foi julgado procedente em primeira instância, com sentença mantida pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Os desembargadores paulistas entenderam que, conforme a Lei 9.656/98, a falta de contribuição direta por parte do empregado não retira o caráter de benefício trabalhista do plano de saúde no período de aposentadoria.

Para o TJSP, a aposentada deveria manter o benefício por período indeterminado, nas mesmas condições estabelecidas durante a vigência do contrato de trabalho.

### **Contribuição necessária**

A relatora do recurso especial do Bradesco, ministra Nancy Andrighi, explicou que a Lei 9.656/98, regulamentada pela Resolução 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autoriza em seu artigo 31 o direito de manutenção de empregado no plano coletivo empresarial, desde que haja a contribuição prevista pelo artigo 30 da mesma lei. Segundo a ministra, a legislação descarta a coparticipação do consumidor como uma das espécies de contribuição.

“Inferre-se, portanto, que, para a continuidade do ex-empregado como beneficiário de plano de saúde empresarial decorrente de seu extinto vínculo empregatício, é necessária a configuração de sua contribuição, sendo desconsiderada como tal sua coparticipação, ‘única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação’ (artigo 30, parágrafo 6º, da Lei 9.656/98)”, concluiu a ministra ao acolher o recurso do Bradesco e julgar improcedente o pedido da aposentada.

## POPULARES OU ACESSÍVEIS, QUE DIFERENÇA FAZ?

FenaSaúde –03/04/2017

**Confira artigo assinado pelo diretor executivo da FenaSaúde, publicado no jornal O Estado de São Paulo**

“Planos populares” ou “acessíveis” foi uma ideia lançada pelo Ministro da Saúde para ampla discussão na sociedade. Não obstante os graves percalços de comunicação por ocasião de seu lançamento, que originaram forte oposição, a ideia teve o mérito de conduzir as discussões para o ponto nevrálgico dos planos e seguros de saúde: a escalada dos custos da atenção à saúde e seus principais propulsores.

Em nenhum país a saúde do povo está na dependência exclusiva de um único setor, público ou privado; ambos coexistem para que os cidadãos tenham acesso aos melhores serviços que a tecnologia e as possibilidades econômicas permitem. Os dois setores podem operar em concorrência, complementação ou suplementação, a depender de história, costumes, forma de organização e cultura de cada um.

Na nossa sociedade são bem conhecidas as limitações que o setor público tem para atender adequadamente os cidadãos, embora a atenção à saúde seja direito constitucional de todos e dever do Estado. Essa limitação causa insatisfações, agravadas pelas aspirações que se formam no acesso instantâneo às notícias de novas tecnologias médicas, enquanto as possibilidades materiais ou econômicas permanecem as mesmas.

Parece claro que o intuito da proposta foi melhorar as possibilidades de acesso à saúde aos brasileiros, permitindo a mais indivíduos a aquisição de planos privados. Tomando como dada a capacidade do Estado de atender a população nos serviços de saúde – limitada que está pela dotação orçamentária das três esferas de governo –, cada real que for espontaneamente dedicado por pessoas e empresas à saúde privada será um real para a saúde do brasileiro. Nesse ponto a comunicação do ministro foi precisa. Acrescentar dinheiro para a saúde já é uma razão respeitável para a proposta de planos que custem menos que os atuais e caibam nas possibilidades econômicas dos compradores – empresas e indivíduos. Pensado assim, o plano acessível destina-se a quem sonha em ter um plano de saúde, mas não trabalha em empresa que patrocine esse benefício para seus colaboradores nem tem renda suficiente para pagá-lo. Destina-se, portanto, a dezenas de milhões de brasileiros, e não apenas aos que deixaram os planos por terem perdido o emprego por causa da crise econômica.

O plano “popular” permitirá o acesso à assistência à saúde sem a necessidade da espera pelo atendimento público. O sistema privado em nada subtrai (nem acrescenta) à capacidade de operação do SUS. Vale lembrar, no entanto, que a cobertura obrigatória assistencial dos planos de saúde vai até os termos dos contratos e das normas que regulam a matéria.

Sendo assim, um plano popular é factível? Não dá para saber a priori. Suspeita-se que haja, sim, espaço para planos com preços menores, já que diversos estudos apontam a existência de grandes desperdícios. Planos que incentivem o uso adequado e inibam as perdas podem custar menos. A conclamação foi para enfrentar a questão, examinar alternativas e possibilidades, determinar as condições necessárias, suficientes e aceitáveis por ambas as partes (consumidores e empresas) para planos mais em conta. O que estarrece é a atitude, em especial dos que têm a missão de defender os interesses dos consumidores, de se negar a participar dos debates, de esconjuram a ideia e até ameaçar com ações judiciais num assunto que pouco conhecem. A participação lhes permitiria delinear mais adequadamente as condições de contorno desses planos, ou expor as razões por que tais propostas não seriam viáveis ou de interesse dos consumidores, que têm a missão de defender. Parece-me, francamente, obscurantismo recusar-se ao debate e combater o que desconhece. A pluralidade de visões é essencial na vida democrática; o obscurantismo, esse, sim, deveria fazer parte apenas do triste passado.

A oposição cega, que se nega à discussão, pode ter suas raízes em questão de princípio – a de que a atenção à saúde deve ser reservada exclusivamente ao Estado. Portanto, uma questão de fé, não de razão. Essa visão não reconhece as limitações orçamentárias dos poderes públicos – ao Estado tudo seria permitido, bastando vontade política de alocar recursos suficientes, e o eventual desrespeito à questão fiscal não teria consequências desastrosas, como as que o Brasil vem vivendo nos dois últimos anos.

Parece óbvio que todo atendimento privado dispensa a mesma assistência oferecida pelo setor público – uma pessoa a menos nas filas do SUS. Aparentemente, a maior limitação do sistema público é o acesso à média e alta complexidade. Por isso o plano acessível deve contemplar todas as coberturas usuais dos planos existentes e pode custar menos se forem permitidas as condições já listadas no documento enviado à ANS: coparticipação, franquia, regras claras de reajuste que assegurem a economicidade da carteira e estimulem ganhos de eficiência, prazos de atendimento compatíveis com a disponibilidade de infraestrutura regional, entre outras. Uma medida importante é o recurso ao médico de família, que é o coordenador dos cuidados assistenciais. A coordenação do cuidado é essencial para evitar conflitos de tratamentos, especialmente nas idades avançadas, em que as pessoas têm múltiplas doenças crônicas. E o Brasil caminha aceleradamente para ser um país de idosos.

A discussão frutífera requer que se abandonem, ainda que momentaneamente, posições dogmáticas ou derivadas de princípios não fundamentados, que não encontram respaldo na nossa experiência histórica ou de outras nações. Pode ser que ao final da jornada se chegue à conclusão da inviabilidade de planos mais em conta; nesse caso teremos de continuar pagando preços altos, até incompatíveis com a renda de muitas pessoas e empresas, e, assim, depender cada vez mais do sistema público. Mas pode ser que se encontre um caminho para o combate à escalada de custos dos planos e, em paralelo, se desenvolva uma assistência à saúde privada ainda mais humanizada e assertiva.

**José Cechin é diretor executivo da FenaSaúde**

## **REGRAS DE COPARTICIPAÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE SÃO DEBATIDAS**

Valor Econômico –01/04/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) começou a receber na sexta-feira (31) sugestões para a consulta pública referente à proposta de norma sobre coparticipação e franquia nos planos de saúde. A resolução busca dar maior segurança aos consumidores de planos de coparticipação e franquia, além de mais transparência no ato da compra desses produtos.

A proposta de norma foi debatida durante audiência pública realizada no dia 20 deste mês, no Rio de Janeiro, e publicada no último dia 24 no "Diário Oficial da União" (DOU).

De acordo com a ANS, a coparticipação é um valor pago à parte pelo beneficiário de plano de saúde pela utilização de um procedimento. Neste modelo de contratação de planos de saúde, o valor da mensalidade costuma ser menor do que aqueles sem coparticipação. Já a franquia é o valor limite, estabelecido no contrato de plano de saúde de coparticipação, para o beneficiário arcar para ter cobertura.

A comercialização de produtos com coparticipação ou franquia é uma opção das operadoras de planos de saúde. Portanto, não é obrigatória. Atualmente, 33% dos planos de saúde comercializados

utilizam esses mecanismos e 50% dos beneficiários têm planos com coparticipação ou franquia.

A diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Martha Oliveira, afirmou que a norma em vigor é antiga e precisa ser aprimorada em alguns aspectos. Novas regras vêm sendo discutidas desde 2010.

Um desses aspectos é a falta de limite de exposição financeira, ou seja, até quanto pode ser cobrado em uma mensalidade com coparticipação. Não há, também, uma definição de quando a coparticipação e a franquia não podem incidir. "Em teoria, pode incidir em procedimentos preventivos, em doenças crônicas. Então, a gente traz essa proteção. São vários itens que a norma anterior, até por ser de muito tempo atrás, do início da regulação, não conseguiu englobar tudo."

A nova norma traz mais transparência para os consumidores, avalia Martha. Um exemplo é a definição de que precisam estar estipuladas todas as definições da coparticipação ao contratar o plano de saúde. "Hoje, o consumidor compra o plano de saúde e não sabe sequer se tem ou não tem coparticipação, não sabe qual é esse percentual. Se for usar um procedimento, ele não tem a menor ideia do quanto vai ser aquele percentual no final do mês".

Pela nova norma, as regras de cada plano devem estar disponíveis também no site das operadoras, onde os beneficiários de planos possam fazer as simulações.

As contribuições à consulta pública devem ser enviadas até o dia 2 de maio, por meio do formulário eletrônico disponível no site da ANS, onde a documentação sobre o assunto pode ser acessada.

## **CONSULTA PÚBLICA SOBRE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA**

ANS –31/03/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) começa a receber na sexta-feira (31/03) as contribuições para a consulta pública que trata da proposta de Resolução Normativa sobre coparticipação e franquia nos planos de saúde. O envio das sugestões pode ser feito até o dia 02/05 através do formulário eletrônico disponibilizado no portal da ANS juntamente com a documentação sobre o assunto ([acesse aqui](#)).

A proposta de normativa foi debatida durante audiência pública realizada no dia 20/03, no Rio de Janeiro. Na ocasião, estiveram presentes mais de 170 participantes representando 94 entidades, entre órgãos de defesa do consumidor, prestadores, operadoras de planos de saúde e demais instituições relacionadas ao setor.

Com a resolução, a ANS quer dar mais segurança e transparência aos mecanismos de coparticipação e franquia, instrumentos de regulação que podem ser utilizados pelas operadoras nos produtos que disponibilizam ao mercado. A proposta define e determina regras de uso para esses mecanismos, prevê o estabelecimento de um percentual máximo de coparticipação a ser cobrado sobre os valores dos procedimentos e obriga as operadoras a disponibilizarem informações para orientar o beneficiário antes, durante e depois da contratação de um plano em que seja utilizado esse tipo de instrumento.

A comercialização de produtos com coparticipação ou franquia é uma opção das operadoras de planos de saúde, não sendo, portanto, obrigatória. O tema está em debate na ANS desde 2010. Atualmente, 33% dos planos de saúde comercializados utilizam esses mecanismos e 50% dos beneficiários têm planos com coparticipação ou franquia.

## NOVAS NORMAS ÉTICAS NA JUSTIÇA TENTAM INIBIR MÁFIA DAS PRÓTESES

Folha de São Paulo –30/03/2017

A partir de janeiro de 2018, as indústrias de dispositivos médicos (órgãos e próteses) deixarão de financiar viagens de médicos a congressos como forma de evitar conflitos de interesse nessas relações.

Só serão permitidos cursos de treinamento (sobre o funcionamento de novos dispositivos e equipamentos, por exemplo) dentro de centros das próprias indústrias.

A medida consta no novo código de conduta do setor e vem na esteira do escândalo da “máfia das próteses”, um esquema de corrupção que superfaturava compras de Opções (órgãos, próteses e materiais médicos) e que é investigado pela Polícia Federal há dois anos.

Entre as más práticas, envolvendo médicos, empresários, diretores de hospitais e fabricantes de materiais, há o pagamento a médicos pelo uso de materiais em cirurgias, algumas desnecessárias.

Segundo Carlos Goulart, presidente da Abimed (associação que representa a indústria de produtos para a saúde), desde 2014 o setor vem discutindo medidas para evitar conflitos de interesse.

Goulart diz que a Abimed apoia projetos de lei que criminalizem o recebimento de vantagens indevidas. “Isso nunca foi permitido [pela Abimed]. Pode não ser ilegal, mas é imoral”, diz.

Paulo Fraccaro, superintendente da Abimo (associação da indústria de artigos médicos e odontológicos), afirma que o escândalo da máfia das próteses trouxe uma urgência para a adoção de novas normas éticas. “Muitos fabricantes ignoravam as práticas adotadas por distribuidores e só agora perceberam que também têm responsabilidade.”

É esse o principal argumento de uma ação judicial da Abramge (associação de planos de saúde) contra oito fabricantes multinacionais de dispositivos médicos.

Segundo a denúncia, por meio de suas subsidiárias e distribuidoras no Brasil, as empresas pagaram propinas a médicos (de até 30% do valor do produto) e a hospitais, com a intenção de influenciá-los a usar seus dispositivos.

As empresas negam as acusações, dizem que estão comprometidas com a ética e que se defenderão nos tribunais.

Pedro Ramos, diretor da Abramge, afirma que a ação tem como base mais de 3.000 documentos resultantes de dois anos de investigação. A estimativa é que o prejuízo causado aos planos ultrapasse US\$ 100 milhões.

Durante o 4º Fórum Saúde do Brasil, Ramos disse acreditar que a solução para a corrupção no setor está em acordos feitos diretamente entre planos e indústria, de forma a barrar empresas que praticam preços irregulares e dão margem à corrupção. “O que encarece o produto é a cadeia da propina.”

### AUTORREGULAÇÃO

Após as denúncias, o setor também se organizou para criar uma espécie de autorregulamentação. A iniciativa, do Instituto Ética Saúde, conta com 240 empresas-cerca de 60% das maiores. Há um canal de denúncias, que analisa as queixas e as encaminha aos órgãos competentes, como o Ministério Público.

Até dezembro de 2016, haviam mais de 1.200 denúncias envolvendo médicos, distribuidores, hospitais, importadores, fabricantes e operadoras de planos de saúde. “Uma empresa vigia a outra”, diz Gláucio Pegurin Libório, presidente do instituto.

Quando as denúncias envolvem associados, eles são chamados para se defender e, dependendo da gravidade, o caso é encaminhado ao Ministério Público. O instituto tem autonomia para decidir se aplicará ou não sanções (de advertência a exclusão).

Para Libório, a autorregulação permitiu um cadastro positivo de empresas que trabalham dentro da ética. “Estamos longe do ideal. Envolve uma mudança de cultura que já vem de 25, 30 anos.”

Paulo Fraccaro lembra que essa nova fase inclui até a conscientização de que trabalhar dentro de princípios éticos pode levar à queda nas vendas. “Muitos usuários estavam acostumados a receber gratificações por fora e podem buscar outros fornecedores.”

## LAUDO PARA AJUDAR JUÍZES EM CAUSAS DE SAÚDE COMEÇA A SER USADO

FenaSaúde –29/03/2017

O Ministério da Saúde gasta, por ano, R\$ 7 bilhões em medicamentos e procedimentos de assistência à saúde em decorrência de ações judiciais no âmbito da União, dos estados e dos municípios.

A partir de maio, as decisões dos magistrados nessas ações judiciais serão amparadas em laudos técnicos, elaborados por especialistas na chamada evidência científica. O projeto, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em parceria com o Ministério da Saúde e outras instituições, prevê a capacitação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) vinculados aos tribunais, para uso do sistema que vai subsidiar os magistrados de todo o país em ações judiciais na área de saúde. Já existem 30 notas técnicas sobre medicamentos elaboradas pelos Núcleos e prontas para serem disponibilizadas ao Judiciário do país.

O projeto foi adotado no ano passado pela presidente do CNJ, ministra Cármen Lúcia, e vem sendo desenvolvido pelo Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ, supervisionado pelo conselheiro Arnaldo Hossepian. Nesta segunda-feira (27/3), integrantes do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ, estiveram reunidos na sede do CNJ ajustando formulários que serão utilizados pelos juízes para encaminhar os pedidos de notas técnicas aos especialistas. As notas técnicas, com base nas informações nacionais, terão de ser enviadas no prazo máximo de até 72h os magistrados.

Nesses formulários estão informações como: tipo de moléstia; qual o medicamento, procedimento ou prótese que pedido; se foi verificada a previsão no Sistema Único de Saúde (SUS). O formulário estará disponibilizado no Portal do CNJ e serão usados para as análises dos pedidos judiciais na aquisição de medicamentos, equipamentos, gastos com cirurgias e internações. Inicialmente, o projeto deverá funcionar de maneira “piloto” em dois tribunais.

400 mil processos – A implementação das ferramentas técnicas tem como objetivo contribuir para que os magistrados possam julgar de maneira mais segura e qualificada as ações de saúde que tramitam na Justiça, assim como prevenir a excessiva judicialização da saúde no país. Atualmente, há cerca de 400 mil processos ligados ao tema tramitando nos tribunais brasileiros, envolvendo desde pedidos de medicamentos, passando por cirurgias, até litígios contra planos de saúde.

A ideia do CNJ é criar um grande banco de dados à disposição dos magistrados, a partir dos laudos produzidos pelos NATs, com análises baseadas em evidências científicas, garantidas pelo Centro Cochrane do Brasil.

“Enquanto não temos condições de dar ao juiz de direito conhecimento técnico, baseado em evidência científica, de que aquilo de que aquilo que está sendo pedido não é pertinente, é natural que o potencial risco de vida de alguém e o indeferimento da liminar, que ele defira a liminar”, afirmou o conselheiro Arnaldo Hossepian.

Uma próxima reunião do Comitê do Fórum da Saúde, Ministério da Saúde e Hospital Sírio-Libanês, marcada para o dia 24 de abril, deverá estabelecer os parâmetros para o funcionamento das tutorias, que irão capacitar os NATs dos Tribunais espalhados por todo o país.

O desembargador João Pedro Gebran Neto, do TRF-4, integrante do Fórum, participou da reunião desta segunda-feira por videoconferência. Também participaram do encontro as diretoras do Ministério da Saúde Maria Inez Pordeus Gadelha, do Departamento de Atenção Especializada, Clarice Petramale, assessora da Secretaria Executiva do MS, e Tacila Pires Mega, analista técnica do Conitec.

Histórico – A iniciativa do Conselho se deu a partir da assinatura de um termo de cooperação com o Ministério da Saúde, que estabeleceu parceria para a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os juízes que se deparam com demandas relacionadas à saúde e a capacitação dos alimentadores desse sistema. O sistema foi desenvolvido em parceria pelos departamentos de tecnologia do CNJ e do Tribunal Federal da 4ª Região (TRF-4, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná).

Caberá ao CNJ resguardar as informações e torná-las acessíveis aos juízes. Ao longo de três anos, o hospital Sírio-Libanês investirá, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, cerca de R\$ 15 milhões, para criar a estrutura da plataforma e capacitar os profissionais que atuam nos NATs existentes no Brasil e selecionados pelo projeto.

Em setembro de 2016, o CNJ aprovou a Resolução n. 238, determinando regras para a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde, bem como a especialização de varas em comarcas com mais de uma vara de fazenda pública. Entre as atribuições dos comitês está a de auxiliar os tribunais na criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituídos de profissionais da saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências.

## A INCOMPLETA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Saúde Business –29/03/2017

A regulamentação das operadoras de planos de saúde no Brasil trouxe avanços na profissionalização. Havia injustiças gritantes, como a oferta de planos sem cobertura básica – para patologias cardiovasculares por exemplo – que afligiam os consumidores e eram verdadeira aberração.

Por outro lado, ampliada a análise sobre a saúde suplementar como um todo, vê-se que a regulamentação foi parcial e prejudicial aos compradores de serviço – e ao beneficiário. Em primeiro lugar, é preciso lembrar que a atividade não envolve apenas as operadoras de planos de saúde. O trabalho de uma operadora é muito semelhante àquele de uma seguradora, que em última análise assume o risco do sinistro e para isso é remunerada pela empresa/cidadão de acordo com o perfil atuarial de cada um. Cabe a ela indenizar os eventos cobertos, ocorridos dentro das condições estabelecidas em lei e nos contratos.

Mas o setor de saúde suplementar, como já dito, é bem mais amplo. Para garantir o atendimento às demandas da população, entram em cena outros atores, além das operadoras: a indústria farmacêutica; os profissionais do setor; os hospitais; os laboratórios; as clínicas, e as indústrias de órteses, próteses e materiais, entre outros. Na prática, a operadora é uma intermediária do setor, atuando entre os prestadores de serviço de saúde e os cidadãos.

Esses últimos, não satisfeitos com os serviços oferecidos pelo estado, optam por adquirir o direito de acessar os serviços privados e suplementares aos já oferecidos pelo SUS.

Aí reside o problema. O legislador brasileiro promoveu uma regulamentação incompleta do setor e deixou protagonistas de fora das normas. As operadoras tem prazos a cumprir e coberturas a oferecer, o que garante a qualidade no atendimento. Mas o restante do segmento atua livremente.

O resultado é que fornecedores de serviços e produtos praticam preços e condições definidos por eles, usando a lei da oferta e da procura e muitas vezes abusando do poder econômico por meio de monopólio a seu bel prazer. A operadora, única que opera sob regulação, atua desprotegida e sofre com enorme desvantagem, perdendo poder de barganha. Há inúmeras formas de fornecedores pressionarem as operadoras, com ações de comunicação, registro de queixas nos órgãos reguladores ou até com o uso inadequado do Judiciário. Guiados pela boa intenção da parte do julgador, que atua sem suporte de médicos e/ou enfermeiros e farmacêuticos para tomar suas decisões, os tribunais determinam o pagamento de valores extorsivos por produtos muitas vezes desnecessários. Exemplar é o caso da máfia das órteses e próteses, que drena bilhões de reais em recursos do SUS e das operadoras de planos de saúde.

Os dados divulgados pela própria ANS mostram o resultado desse desequilíbrio. Em 2003, segundo o Atlas Econômico Financeiro da Saúde Suplementar, o Brasil tinha 1639 operadoras de saúde. Hoje o número caiu pela metade. Na época, a maioria das operadoras oferecia planos individuais. No futuro não muito distante, é possível que essa modalidade desapareça.

Há necessidade de união do setor para discussão de formas para enfrentar estes problemas. A proposta de criação de produtos com cobertura reduzida para atrair clientes vai provocar judicialização ainda maior do setor, o que é prejudicial para todos. Em vez disso, é preciso discutir soluções que envolvam toda a cadeia da saúde suplementar. A busca de soluções para o setor da saúde privada no País, um dos maiores do mundo, é essencial e urgente.



## TRANSPARÊNCIA NA SAÚDE DEVE COMEÇAR NO GOVERNO

Folha de São Paulo –24/03/2017

Suporte tecnológico e acompanhamento da cadeia de fornecimento de produtos de saúde e da própria atividade médica são formas de aumentar a transparência de dados, segundo os participantes do primeiro debate do 4º Fórum Saúde do Brasil, realizado na segunda (27), em São Paulo.

A questão torna-se ainda mais importante em um momento de crise como o atual, em que o setor de saúde suplementar perdeu dois milhões de usuários, lembrou Cláudia Colluci, colunista da Folha, que mediou conversa entre Sérgio Ricardo Santos, CEO da Amil Saúde, Carlos Alberto Pereira Goulart, presidente da Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde) e Mauro Aranha, presidente do Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo).

Santos, da Amil, afirmou que falta ao setor desenvolver uma visão estratégica para avaliar e diminuir o impacto de todos os fatores que são consequência da falta de transparência.

Entre esses fatores, estão as fraudes, abusos e desperdícios, segundo Santos. "O encolhimento do setor de saúde suplementar afeta a sustentabilidade do sistema, mas também obriga a ter mais transparência, para rever decisões e gestão", afirmou o CEO da Amil.

Ele defendeu investimento em tecnologias de informação para tornar a comunicação entre clientes, operadoras e prestadores de serviços mais evidente.

A questão da precificação dos produtos de saúde, atualmente debatida no Congresso, foi abordada por Goulart, presidente da Abimed.

Maior transparência em toda a cadeia que leva os produtos do fabricante ao consumidor final é a forma de enfrentar o problema da grande diferença de preços de materiais, como a vista no caso da máfia das próteses.

Uma parte da diferença de preços é criada por questões legítimas, como dificuldade de estoque, afirmou Goulart, mas há várias práticas ilícitas no setor.

"A cadeia de fornecimento justifica parte da diferença de preços. O que ela não consegue justificar, vai para a polícia", disse Goulart.

### MÉDICOS E A INDÚSTRIA

Ao mesmo tempo, ele enfatizou a necessidade de maior transparência nas relações entre médicos e indústria e a importância de diminuir os conflitos de interesse entre as duas partes. "Reduzir conflitos de interesses é uma questão ética fundamental", afirmou Goulart.

Segundo Aranha, do Cremesp, desde 2015 o conselho obriga o médico a declarar vínculo com a indústria. "O próximo passo é garantir aos pacientes acesso a essa declaração", disse Aranha.

Desde 2014, 30 médicos do Estado de São Paulo foram julgados em processos éticos relacionados a órteses, próteses e materiais especiais, afirmou o presidente do Cremesp. O conselho recebe anualmente cerca de 3.000 denúncias ao todo, e 15% delas se tornam processos éticos-disciplinares, segundo Aranha.

"No ano passado, foram feitas quase 30 cassações de registros de médicos relacionadas a diferentes assuntos", afirmou.

Porém a proliferação de escolas médicas tem dificultado as ações dos conselhos. "Temos hoje em torno de 46 escolas abertas em todos o Estado, várias com critérios escusos. E o sindicato das escolas privadas ganhou uma ação tirando a obrigatoriedade do exame do Cremesp para os egressos da faculdade".

Aranha defende a transparência em todos os setores, públicos e privados, como forma de resolver o buraco da saúde. "Nos últimos três anos, há um movimento para destruir o SUS. A transparência deve começar no Ministério da Saúde."

É preciso informar e envolver a sociedade, diz ele. "A população está mobilizada no combate à corrupção em vários setores, mas não em saúde ou educação", afirmou Aranha.

---

**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)