

15 de agosto de 2018

PLANOS DE SAÚDE LIDERAM RANKING DE JULGAMENTOS DE SP EM 2017

Veja –15/08/2018

A Seção de Direito Privado julgou 25.146 processos relacionados a planos de saúde em 2017, uma alta de 15% em relação a 2016

Os planos de saúde ultrapassaram os serviços bancários no ranking de temas mais julgados pela Seção de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo em 2017. Os dados fazem parte do Anuário da Justiça São Paulo 2018, publicado pela revista Consultor Jurídico, que será lançado nesta quarta-feira, 15.

De acordo com o levantamento, a Seção de Direito Privado julgou 25.146 processos relacionados a planos de saúde em 2017, uma alta de 15% em relação a 2016. Na maioria dos processos, os usuários dos planos de saúde vão à Justiça para reclamar da recusa por parte das operadoras do pagamento de próteses, cirurgias e altos custos para internação de emergência. Também fazem parte dos temas reclamados os índices de reajuste das mensalidades, aumento de preço por faixa etária e encarecimento do plano de saúde por sinistralidade.

Na Seção de Direito Público, foram julgados 14.066 casos referentes a saúde em 2017, praticamente o mesmo número de 2016 (14.111). Quase 10 mil deles foram pedidos de medicamento. Outros julgamentos são de pedidos de tratamento ou de ressarcimento por procedimentos que não são oferecidos pelo SUS.

Para a especialista em relações de consumo Fabioli Meira, esses números evidenciam distorções tanto da parte das operadoras quanto do entendimento dos consumidores. “Há operadoras que realmente não cumprem o contrato. Por outro lado, há consumidores que acreditam possuir coberturas que não fazem parte da contratação e acabam judicializando a questão”, afirma a sócia-coordenadora do departamento de Relações de Consumo do Braga Nascimento e Zilio Advogados.

De acordo com o levantamento, o estado de São Paulo gasta mais de 1 bilhão de reais por ano com condenações judiciais em matéria de saúde pública. União, estados e municípios, somados, gastam 7 bilhões de reais ao ano para cumprir decisões judiciais, segundo o Ministério da Saúde.

A maioria das ações da área de saúde que chega à Seção de Direito Público é julgada favoravelmente ao usuário, segundo Luciano Santoro, doutor em direito penal e mestre em direito das relações sociais pela PUC. Isso ocorre porque nem sempre os magistrados possuem conhecimento técnico para avaliar a existência de tratamentos mais baratos ou que estão na lista do SUS e têm o mesmo efeito. Além disso, ele lembra, o direito à saúde está previsto na Constituição Federal, e por isso os desembargadores entendem que ele não pode ser negado.

Uma saída para reduzir a judicialização, afirma Santoro, seria a multiplicação de programas como o AcessaSUS, que tem o objetivo de garantir a cobertura de medicamentos e tratamentos antes que os pedidos cheguem ao Judiciário. Os acordos firmados em 2017 pelo Acessa SUS diminuíram em 70% as ações que a Defensoria Pública de São Paulo costumava propor no Judiciário. De fevereiro a junho de 2017, apenas 17% dos pedidos que chegaram ao órgão foram judicializados.

Consumidores x planos de saúde

Para Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), é preciso diferenciar a chamada judicialização da saúde no SUS daquela dos planos de saúde. “O termo foi criado para falar de como cidadãos vem cada vez mais tentando resolver através do Poder Judiciário problemas que, no caso da saúde pública, antes eram resolvidos exclusivamente na esfera administrativa – ou não resolvidos de maneira nenhuma, apenas procrastinados.”

No caso dos processos contra planos de saúde, Navarrete afirma que a “judicialização tem sido um forte indicativo de vazios regulatórios da ANS”. “Um estudo feito pela Faculdade de Medicina da USP concluiu que, com exceção dos temas “negativa de cobertura” e “reajuste por mudança de faixa etária”, os demais eram todos relacionados a aspectos próprios da regulamentação de planos coletivos, mais flexíveis do que a dos individuais. A pesquisa concluiu que o fato de a ANS não interferir em temas relacionados a reajustes e resilição de contratos coletivos não só tem estimulado a coletivização do setor como também está trazendo grande impacto nos conflitos judiciais.”

Por outro lado, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) diz que países como Inglaterra, Alemanha, França e Canadá criaram metodologias para se estabelecer aquilo que é justo fornecer, partindo do princípio de que não é viável dar acesso irrestrito a tudo e a todos. “Este cenário de judicialização da saúde não é interessante para ninguém: sociedade, consumidores e contribuintes, já que os preços das coberturas necessitam ser majorados, para que todos esses novos “riscos” criados sejam cobertos; enquanto muitas pessoas não têm acesso nem a uma assistência básica, outros cidadãos realizam tratamentos caríssimos, até mesmo no exterior”, diz a Abramge.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) critica a atuação de escritórios de advocacia que influenciam seus clientes a buscar direitos indevidos. “O fato de os planos de saúde liderarem as reclamações na Seção de Direito Privado, do Tribunal de Justiça de São Paulo, relativas a 2017, certamente tem a ver com essa influência e, indubitavelmente, com a era da crescente judicialização que ocorre na sociedade brasileira”, afirma a entidade em nota.

O resultado dessa judicialização, segundo a FenaSaúde, é “a prevalência de benefícios individuais sobre o direito coletivo do grupo de beneficiários, que acabam por arcar, indevidamente, com esse custo adicional, que, por sua vez, recai sobre o percentual de reajuste dos planos de saúde definido anualmente”.

‘ANS FAZ EXORBITÂNCIA NORMATIVA AO ESTABELECEER RESTRIÇÕES A GRUPOS VULNERÁVEIS’

JOTA –15/08/2018

Durante julgamento, ministra do STJ chamou atuação da agência de ‘odiosa restrição de direitos fundamentais’

Durante sessão da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) na terça-feira (14/8), a ministra Nancy Andrighi fez críticas à atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. As declarações foram feitas durante acréscimo que a ministra proferiu em um recurso do qual é relatora.

“É inegável a importância das agências reguladoras, mas não se pode olvidar a competência de uniformização desta Corte inclusive para afastar retrocessos que, travestidos de legalidade, transformam suposta proteção ao sistema de saúde em atos de odiosa restrição de direitos fundamentais”, disse.

O recurso que estava sendo julgado discute se é admissível a separação do plano de saúde coletivo em categorias – trabalhadores ativos e inativos – nos termos da Lei 9.656/98, a Lei dos Planos de Saúde. No caso, uma operadora recorre de decisão que manteve funcionário demitido em plano com as mesmas condições de valores e cobertura de quando ainda era ativo na empresa.

Ao longo de sua fala, Nancy registrou uma “exorbitância normativa por vezes praticada pela ANS ao disciplinar os planos de saúde

privados, sobretudo ao estabelecer restrições a grupos vulneráveis”. O recurso começou a ser julgado em março deste ano pelo STJ.

“O que eu quero, acho necessário, é o olhar humanizado da saúde suplementar e a interpretação da legislação infraconstitucional especialmente quanto aos atos normativos das agências reguladoras”, afirmou.

Em sua fala, a relatora também elogiou decisão da presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, que em 16 de julho suspendeu resolução da ANS sobre novas regras para a cobrança de coparticipação e de franquia em planos de saúde. Andrighi citou trecho do “irrepreensível” entendimento de Cármen, para quem “saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro. Direitos conquistados não podem ser retrocedidos sequer instabilizados”.

Andrighi lembrou que, após liminar concedida pela presidente do Supremo na ADPF 532, a ANS revogou a decisão que aprovou a Resolução Normativa 433/2018, o que levou a uma perda do objeto da ação proposta pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

Ainda de acordo com a ministra Nancy Andrighi, permitir que funcionários aposentados ou ex-funcionários tenham um plano diferente – sobretudo no preço – contraria a Lei da Previdência Social ao autorizar a manutenção com condições de reajuste diferenciadas daquelas verificadas no plano privado contratado para os empregados ativos.

“Estou muito preocupada com este processo, porque aqui está a segurança dos aposentados e demitidos”, afirmou. Após o aditamento, o ministro que abriu a divergência, Ricardo Villas Bôas Cueva pediu vista para analisar os argumentos levados pela relatora. O julgamento ficou suspenso. Cueva tem até 60 dias para pautar o caso novamente.

FENASAÚDE DEFENDE ESFORÇO CONJUNTO DE TODA A CADEIA DO SETOR PARA REDUZIR DESPESAS

FenaSaúde –14/08/2018

Audiência pública da Comissão de Direitos Humanos do Senado discutiu políticas de Estado em relação ao SUS e à Saúde Suplementar

A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado realizou, nesta segunda-feira (13), uma audiência pública sobre os impactos das políticas de Estado diante da Saúde Suplementar e suas consequências no SUS.

O diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, participou da audiência como representante da entidade e externou o posicionamento da Federação em relação aos temas tratados. Ele lembrou de início que a missão do setor suplementar é contribuir para a saúde de quem vive no Brasil, “ao lado do SUS e com o SUS”. Afirmou, porém, que o único ponto de contato atualmente existente hoje entre os dois sistemas é o ressarcimento ao SUS por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde. “É pouco. Precisamos pensar e achar caminhos para estreitar essa relação e aumentar a interação entre os dois”, disse.

Ao lembrar que um sistema de saúde depende de diversos fatores, Cechin afirmou que “é vã a busca pelo melhor sistema de saúde, pois

este não existe”. “O Brasil escolheu um sistema público que cuida de todos, e que apresenta resultados impressionantes em várias áreas. Mas há percalços no caminho, como a questão da gestão do gasto, que terá que ser melhorada, e o subfinanciamento crônico. Não obstante esses percalços, o SUS é elogiado até no exterior, mas é também criticado pelo que ainda não consegue fazer. Aí é que entra o importante papel da Saúde Suplementar.” Nesse ponto, o diretor da FenaSaúde lembrou que o SUS é um direito de todos, financiado pelos impostos, enquanto a Saúde Suplementar é de adesão voluntária e se sustenta com o pagamento de mensalidades. “Os planos têm o papel de contribuir para a universalização da saúde, oferecendo suporte médico e dentário, com qualidade e responsabilidade. Atualmente, é o principal financiador da centena de hospitais privados de ponta.”

José Cechin afirmou que, com a crise da saúde pública, os planos de saúde se veem cada vez mais como promotores e gestores de saúde, “mas também são vítimas de abusos por parte de inescrupulosos, que realizam procedimentos desnecessários, em busca de dinheiro fácil”.

Para a FenaSaúde, faz-se necessário unir esforços em toda a cadeia da saúde (profissionais, laboratórios, fabricantes de medicamentos e de insumos, clínicas e hospitais) para reduzir os custos do setor, em benefício da saúde dos brasileiros. No acumulado de 2008 a 2017, ante um IPCA acumulado de 69,9%, a despesa assistencial per capita cresceu 169,3%, e a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), 230%. “Não existe uma bala de prata, é preciso envolver todos. Só assim poderemos reduzir essas despesas que hoje estão nos assustando”, afirmou Cechin.

Também participante da audiência, o gerente-geral regulador da Estrutura dos Produtos da Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rafael Pedreira Vinhas, afirmou que a Agência está disposta a discutir o tema do cálculo do reajuste dos planos de saúde, acrescentando que o órgão já promoveu uma audiência pública a respeito. Ele explicou a diferença conceitual entre os índices de inflação da economia, como o IPCA, que medem apenas a alta dos preços, e a Variação dos Custos Médico-Hospitalares, que medem o aumento dos custos da saúde e que levam em conta, além do preço, a frequência de utilização.

Vinhas lembrou que as operadoras de planos de saúde precisam estar equilibradas do ponto de vista econômico-financeiro e que isso é levado em conta pela ANS tanto na precificação inicial dos planos quanto no cálculo do reajuste anual da assistência médico-hospitalar, levando em conta ainda o pacto intergeracional, pelo qual os beneficiários mais jovens financiam os mais idosos. "Os cálculos passam por um tratamento estatístico robusto. É importante consagrar o cuidado técnico no cálculo do reajuste, para que não

traga desequilíbrios ao setor. Que o reajuste seja sustentável e tenha transparência", afirmou.

Em sua fala, Maria Inez Pordeus Gadelha, chefe de gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, afirmou que, enquanto o SUS atua primordialmente no nível primário de atendimento, a Saúde Suplementar atua mais no terciário e quaternário, oferecendo procedimentos de complexidade mais alta. "O SUS não é uma estrutura, é um conjunto de ideias, premissas, diretrizes", afirmou ela.

A audiência pública foi presidida pelo senador Paulo Paim (PT-RS) e teve ainda a participação de Christiane Gonçalves dos Santos Lavorado Alves, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz; Eduardo Nunes de Queiroz, defensor público federal e membro do Conselho Nacional dos Direitos Humanos da Defensoria Pública da União; Diego Cherulli, diretor de Assuntos Parlamentares do Instituto Brasileiro de Direito Previdenciário (IBDP) e vice-presidente da Comissão de Seguridade Social da OAB-DF; e Leandro Farias, do Movimento Chega de Descaso.

PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS GANHAM 1,5 MILHÃO DE BENEFICIÁRIOS

IESS –14/08/2018

Na última semana, divulgamos a mais recente edição da [NAB](#), que mostra os números de beneficiários de planos de saúde entre os meses de junho de 2017 e o mesmo mês de 2018. Com leve variação negativa no número de beneficiários de planos médico-hospitalares ao longo do primeiro semestre, o setor começa a demonstrar estabilidade, a despeito da grande perda de beneficiários nos últimos anos. Como uma tendência em todas as edições 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 mais 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 março e junho de 2018, o aumento foi de 3,1%. Ou seja, mais de 700 mil novos vínculos deste tipo de plano.

Entre as regiões, o destaque positivo desta vez foi o Centro-Oeste. No período de 12 meses encerrado em junho, a região foi a que apresentou maior crescimento proporcional. A entrada de mais de 100 mil novos beneficiários representou alta de 8,4%.

Já em números absolutos, a região Sudeste apresentou aumento de mais de 865 mil beneficiários. Nessa região o destaque é o Estado de São Paulo, que apresentou aumento de 470.931 beneficiários no mesmo período, alta de 6% no período de 12 meses encerrado em junho de 2018. Em todo o país, apenas Roraima apresentou queda no período analisado, com 228 vínculos a menos quando comparado com junho de 2017.

O bom resultado no período elevou a taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos em todo o país para 11,2%. Em junho do ano passado, a taxa era de 10,6%. 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 no país.

Portanto, ainda há muita 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.

PLANOS DE SAÚDE DEVEM CRESCER POUCO MAIS DE UM QUARTO DO PREVISTO

Gazeta do Povo –13/08/2018

Pico de mais de 50,4 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, atingido em 2014, não deve se repetir a curto prazo

Segundo especialistas, o pior já passou para os planos de saúde. Isto é, perdas de clientes na casa do milhão não devem mais se repetir. Ainda assim, as projeções para o fim de 2018 apontam para pouco mais de um quarto do crescimento estimado por entidades da área no primeiro semestre. A explicação é simples: o setor é levado a reboque pelo mercado de trabalho, que parece ainda estar saindo de um longo coma.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa cerca de 40% do setor, sobretudo operadoras do tipo seguradoras, baixou suas expectativas de 700 mil a 1 milhão de

novos usuários em 2018 para cerca de 250 mil. Foi o que disse o diretor-executivo da entidade, José Cechin, à coluna Mercado Aberto da Folha de S.Paulo na semana passada. Em nota enviada à Gazeta do Povo, a FenaSaúde ressalta que houve um leve aumento no número de planos coletivos empresariais (que representam dois terços do setor) durante o primeiro semestre em comparação aos individuais e coletivos por adesão. E é normalmente dos coletivos empresariais mesmo que o setor depende para se alavancar.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que o número de beneficiários de planos coletivos empresariais passou de 31,37 milhões para 31,52 milhões entre junho de 2017 e junho de 2018. Ao mesmo tempo, a quantidade de beneficiários de planos coletivos por adesão e de planos individuais caiu de 6,46 milhões para 6,43 milhões e de 9,28 milhões para 9,12 milhões, respectivamente, no mesmo período. Hoje, o país tem 47,23 milhões de usuários de plano de saúde (cerca de 155 mil estão sem a informação sobre o tipo de plano que possuem nas bases da ANS).

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), que representa operadoras do segmento de medicina e odontologia de grupo e cerca de 30% do setor, é um pouco mais otimista: projeta um acréscimo de 379 mil usuários de planos de saúde no país até o fim

deste ano. Com isso, o Brasil encerraria 2018 com 47,5 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares. Entre os fatores para considerar esse número estão perspectivas de mais vendas e contratações na indústria no segundo semestre, explica o economista-chefe da Abramge, Marcos Novais.

Neste ano, a entidade começou a medir também o churn rate ou taxa de cancelamento de contratos, que considera não só quem cancelou o contrato e deixou de ter plano de saúde como quem cancelou o plano e aderiu a um produto de outra operadora. Segundo a Abramge, entre fevereiro e abril deste ano, houve uma redução no churn rate dos planos coletivos empresariais de 2,4% para 2,3%, e nos planos individuais de 1,5% para 1,4%. Os planos coletivos por adesão têm uma taxa estável, em 1,6%. Esses dados mostram que menos contratos estão sendo cancelados, o que reforçaria, segundo Novais, que o pior já passou. Para os próximos dois anos, a Abramge projeta o ganho de cerca de 1,7 milhão de novos usuários.

Ainda assim, Novais não acredita que o pico de 50,4 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, atingido em 2014, deva se repetir a curto prazo. "No médio ou longo prazo [no entanto] nós vamos voltar para esse número. A grande questão é para além dos 50 milhões e o que vai precisar mudar no produto para isso", ressalta o economista-chefe da Abramge.

Ele acredita que só mudanças significativas poderão levar o setor a patamares inéditos. "A gente vai precisar transformar o produto em

um produto mais factível para a média da população brasileira. Mas não adianta a gente ofertar algo que fique abaixo das expectativas do consumidor. A gente tem que entender melhor a demanda e construir esse novo produto", diz Novais, dando a entender que será preciso ir além das discussões já em andamento sobre o cálculo do reajuste dos planos individuais e a regulação da franquia e da coparticipação no setor. Ele diz que o patamar dos 50,4 milhões é conhecido e totalmente possível de ser alcançado de novo porque o custo per capita é também conhecido.

A FenaSaúde não defendeu mudanças na nota enviada à Gazeta do Povo, mas sabe-se que a entidade tem acompanhado de perto os grupos de discussão acerca dos temas já citados. A representante das seguradoras não deixou de salientar, no entanto, que, embora o setor tenha perdido beneficiários em razão da crise isso não aliviou o custo dos planos e saúde.

"Apesar da redução de 1,6% de beneficiários em 2017, o número de procedimentos realizados teve alta de 3,4% em relação ao ano anterior, chegando a mais de 1,5 bilhão, com custo total de R\$ 145 bilhões, representando uma variação de 9,8% com relação a 2016. O crescimento acelerado dos custos é contínuo e preocupa não apenas os pagadores (pessoas físicas e pessoas jurídicas), mas também as operadoras de planos de saúde por se tratar de um grave problema da saúde suplementar, que deve ser enfrentado para manter a sustentabilidade do setor a longo prazo", disse a entidade.

INCENTIVO FISCAL E POLÍTICA DE PREÇOS DE PLANOS DE SAÚDE AGRAVAM A SITUAÇÃO DOS SUS, DIZEM DEBATEDORES

Agência Senado –13/08/2018

Os incentivos concedidos ao setor privado de saúde por meio de desonerações tributárias representam gastos indiretos do Estado, que podem até diminuir o fomento à saúde pública no Brasil, disseram os convidados para audiência pública da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) nesta segunda-feira (13). A iniciativa da reunião foi do senador Paulo Paim (PT-RS).

Segundo Christine Alves, doutora em saúde coletiva e servidora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), o estímulo do governo ao setor de saúde complementar ultrapassou R\$ 592 bilhões em 2016, com desonerações de impostos como ISS, PIS/Cofins, entre outros, e isso afeta o Orçamento do país, trazendo prejuízos especialmente para os mais carentes.

— Todo e qualquer benefício tributário reduz a arrecadação nacional e promove o cerceamento dos direitos sociais. Isso acontece em qualquer setor da economia — afirmou.

De acordo com ela, as ineficiências do Estado na saúde pública não podem ser utilizadas como justificativa para a política de renúncia fiscal ao setor privado. Para Christine Alves, apesar de todo o estímulo do governo, os planos de saúde não auxiliam na redução da demanda ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Paim disse ainda que, com o aumento abusivo do valor das mensalidades, a população tem optado por deixar os planos de saúde para recorrer ao SUS.

Regulação

O coordenador do Movimento Chega de Descaso, Leandro Farias, criticou a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ele comentou o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), de março deste ano, que apontava distorções, abusos e falta de transparência na metodologia de cálculo dos índices de reajustes e cobranças sugeridos anualmente pela agência reguladora.

— O Ministério da Fazenda já contestou a metodologia utilizada pela agência, que é a mesma desde 2001. As justificativas do aumento das mensalidades são a frequência de utilização, o envelhecimento da população, as despesas administrativas, como salários e tributos, a incorporação de tecnologias e o valor dos procedimentos médicos — afirmou.

Defesa da ANS

O gerente-geral regulador da Estrutura dos Produtos, da Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos da ANS, Rafael Vinhas, defendeu a política de reajustes dos planos. Segundo ele, desde 2006, há equilíbrio entre os custos médicos hospitalares e os índices das mensalidades autorizados pela agência, ou seja, não haveria "lucros exacerbados".

— A regulação de preço e reajuste acontece de acordo com as premissas de sustentabilidade, transparência e concorrência — defendeu.

PLANOS DE SAÚDE FAMILIARES NÃO PRECISAM DE CONTRATO COLETIVO, DECIDE STJ

Consultor Jurídico –11/08/2018

Planos de saúde para microempresas familiares não precisam ser regulados por contratos coletivos porque falta uma "população" de beneficiários. Assim entendeu a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao reativar plano de saúde vendido pela Unimed Porto Alegre a uma pequena empresa.

A ministra Nancy Andriahi, relatora do caso seguida de forma unânime pelos demais membros da turma, ressaltou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) permite a rescisão do contrato coletivo após a vigência de um ano do plano e de prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias, sob pena de multa de R\$ 80 mil.

Já a Lei dos Planos de Saúde (9.656/98), lembrou a ministra, trata de forma diferente as relações dos planos individuais e familiares, ao vedar a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, a não ser em caso de fraude ou falta de pagamento de mais de duas mensalidades, com notificação ao consumidor até o quinquagésimo dia inadimplência.

“Para além da circunstância fática de se tratar de contrato coletivo empresarial, deve ser ressaltado que a pessoa jurídica contratante é uma microempresa familiar e são apenas três os beneficiários do contrato”, afirmou a relatora. “Essa informação demonstra que, sob a ficção de a contratação ter ocorrido entre duas pessoas jurídicas de igual força no mercado, em verdade, ocorreu a estipulação de um contrato em favor de um núcleo familiar sob a figura de microempresa”, concluiu.

Com isso, a Nancy Andriahi afirmou que o plano em análise não seria configurado como empresarial, mas sim familiar. O quadro clínico de um dos integrantes do plano também foi destacado na decisão. “Quando surge uma peculiaridade relevante a justificar um tratamento diferenciado, é indispensável estabelecer um raciocínio jurídico que ultrapassa a mera subsunção do fato à norma, para estabelecer um juízo analógico diante do que Castanheira Neves denomina como um confronto entre problemas”, destacou a ministra.

Ela entendeu como abuso de direito a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo com apenas três beneficiários. “A resposta a situação de abuso encontra-se na aplicação excepcional da proteção conferida aos planos de saúde individuais, pois de acordo com as concretas peculiaridades da hipótese em julgamento, a

contratação ocorreu na modalidade familiar e não coletiva, como formalmente aparece”, explicou.

Ao decidir por dar provimento ao recurso especial, condenando a empresa de restaurar o plano de saúde, a ministra disse que não há na decisão nenhuma intenção de desnaturar os contratos coletivos celebrados por empresas de pequeno porte e que as diferenciações entre os planos coletivos e familiares permanecem os justificados pela ANS.

“No particular, tão somente as peculiaridades objetivamente evidenciadas pelas instâncias ordinárias exigiram uma solução adequada ao conflito de direito material estabelecido entre os litigantes.

O recurso especial foi interposto contra a rescisão unilateral feita pela Unimed do plano coletivo de uma microempresa com quadro composto de um casal e sua filha. Justificam que o homem passou por um episódio de violência e, por causa de um traumatismo craniano, entrou em estado vegetativo. Argumentam que o temor se agravou com o anúncio de que a empresa não prestaria mais a assistência contratada.

Sinistro

A Unimed havia justificado a rescisão do contrato com o aumento da sinistralidade do plano de saúde contratado gerada por uma “situação que gerou grave desequilíbrio financeiro” à companhia. No primeiro grau, o juiz Alexandre Kreutz, da 13ª Vara Cível de Porto Alegre, julgou procedente a ação dos consumidores, confirmando a tutela concedida anteriormente.

Já a 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul havia reformado a sentença, permitindo o cancelamento unilateral do plano com base na norma da ANS afastada pela ministra Nancy Andriahi no julgamento do recurso especial.

MAIS DE 66 MIL PESSOAS ABANDONARAM PLANOS DE SAÚDE EM 12 MESES

Correio Braziliense –10/08/2018

Desemprego elevado e fortes aumentos no valor das mensalidades tornam convênios médicos inacessíveis para um número cada vez maior de brasileiros, de acordo com dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

O número de beneficiários de planos de saúde continua caindo em razão da crise econômica, da diminuição da renda e do encarecimento das mensalidades dos convênios. De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em um período de 12 meses, de junho de 2017 a junho de 2018, 66.502 mil contratos de assistência médica foram cancelados no país. Atualmente, o número de beneficiários desses planos, no Brasil, é de 47,2 milhões.

Segundo dados da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do IESS, o número de beneficiários caiu em todos os meses do primeiro semestre de 2018. Em junho, último mês analisado, também houve queda em comparação ao mesmo período no ano passado.

Inicialmente, a Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) previa uma ligeira alta, de 0,1%, no setor, na primeira metade do ano. No entanto, acabou por rever a estimativa para recuo de 0,1% no número de beneficiários dos convênios médicos.

Segundo Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS, a revisão dos dados pela ANS não configura incorreção. “Não se trata de qualquer tipo de erro ou desconfiança no que se refere à ANS. As

variações próximas de zero devem ser vistas com cautela, pois, além da baixa oscilação, é comum que a agência reguladora revise os dados de beneficiários periodicamente devido a retificações feitas mensalmente pelas próprias operadoras de seguros e de planos de saúde”, explicou.

De acordo com Rodrigo Araújo, advogado especialista em Planos de Saúde, o encolhimento do mercado dos planos se explica pela crise econômica, que elevou o desemprego e atingiu fortemente a população brasileira. “O número de beneficiários tem caído já faz tempo, desde o início de 2015. Nos últimos três anos, os constantes reajustes das mensalidades foram as maiores queixas dos usuários, já que esses aumentos sempre foram superiores à inflação. Com o aperto no bolso, e novos reajustes anuais consumindo uma fatia maior da remuneração, o brasileiro precisa optar por priorizar gastos com educação, alimentação e moradia”, disse.

É o caso de Paula Silvana, 50 anos, administradora. “Eu já deixei de ter plano de saúde devido à forte alta no preço cobrado. A minha antiga operadora também não era muito aceita na rede hospitalar, o que dificultava ainda mais. Era um gasto desnecessário. No entanto, ontem, tive que contratar novamente um plano por necessidade, e buscando sempre o melhor preço. Encontrei franquias de até R\$ 1.300. Como é algo pontual, cancelarei o contrato logo que não precisar mais dele. Está um absurdo”, reclamou.

Quem tem cobertura hospitalar por meio de contratos do tipo coletivo empresarial também contesta o serviço. É o caso de Lúcio Souza, 76, aposentando. “É muito caro, pelo que é oferecido. Às vezes, você precisa esperar um mês para ser atendido”, queixou-se Souza. Ele afirma que, se não possuísse o benefício, continuaria a arcar, individualmente, com a cobertura. “Apesar do altíssimo valor, eu pagaria. Em uma certa idade, é preciso ter cuidado. Para se ter ideia, daria algo em torno de R\$ 3 mil para mim e minha esposa. Meus dois

irmãos cancelaram o plano de saúde por não terem condições de assumir os gastos”, explicou.

Aumento no DF

No Distrito Federal, em comparação a 2017, houve aumento de 3.720 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares. O tipo coletivo empresarial foi o principal responsável pela alta. Já Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo foram as três unidades da federação que registraram as maiores perdas: 60.272, 52.021 e 48.537, respectivamente.

OPERADORAS VENDEM ALTERNATIVAS A PLANO DE SAÚDE COM FOCO EM PEQUENAS EMPRESAS

O Globo –10/08/2018

Cresce oferta de cartões pré-pagos e descontos para serviços ambulatoriais básicos. Segmento é pouco regulado

RIO - Um mercado alternativo aos planos de saúde começa a crescer no país oferecendo cartões pré-pagos e de descontos para exames, consultas e compra de remédios. O foco são 2,7 milhões de pequenas e médias empresas, que não são obrigadas por convenção trabalhista da categoria a oferecer planos de saúde aos funcionários. A estimativa é que estas companhias empreguem 30 milhões de pessoas.

O exemplo mais recente de investida neste segmento é o lançamento do Ticket Saúde, cartão digital de benefício pré-pago, que é carregado pela empresa mensalmente para acesso de funcionários a serviços de saúde. A Ticket, que é líder do setor de refeição-convênio — com mais de 130 mil empresas clientes —, lançou o serviço como alternativa para redução dos gastos com o benefício de saúde pelas companhias.

A expansão do negócio vem na esteira do aumento dos custos no setor e da redução de mais de três milhões de usuários dos planos de saúde desde 2014. Hoje, um em cada quatro brasileiros tem plano, e 80% dos contratos são empresariais.

No cartão pré-pago, o usuário pode acompanhar o saldo e o extrato por um aplicativo. Se o crédito acabar e ele precisar passar por um exame ou consulta, o usuário tem de recarregar o cartão. Não há cobertura hospitalar, de internação ou de emergência.

— O benefício-saúde é uma das grandes preocupações das empresas pelo seu alto custo. Nos últimos anos, a inflação dos planos subiu, e o custo do benefício passou a representar até 12% da folha de pagamento — diz Felipe Gomes, diretor-geral da Ticket.

Foco na pequena empresa

Outros modelos em operação no mercado oferecem um cartão de descontos, que mediante pagamento de mensalidade por funcionário, promete preços menores numa rede credenciada de médicos,

Carneiro, do IESS, acredita ser possível uma retomada ainda no segundo semestre deste ano. “Claro que as projeções iniciais para 2018 eram mais otimistas, mas o setor ainda espera encerrar o ano com um crescimento em torno de 250 mil novos vínculos”, afirmou.

Para 2019, o IESS prevê um crescimento superior a 1%. No entanto, na visão do advogado Rodrigo Araújo, é necessário cautela na previsão. “Essa expectativa de crescimento de 1% é normal, já havia essa perspectiva. No entanto, o que vai ditar isso será a melhora da economia nacional e a retomada do consumo, que não será algo imediato”, disse.

clínicas e laboratórios. É o caso dos produtos oferecidos por Doutor Já e Doutor1 2 3.

— Nosso foco são as micro e pequenas empresas que não podem pagar plano de saúde, mas querem dar um benefício para o colaborador — diz Gustavo Valente, fundador do Doutor Já.

Sandra Dias, executiva de Comunicação da Doutor123, está de olho no mesmo segmento:

— Essas empresas são um público bastante promissor.

O advogado Rodrigo Araújo, especializado em Direito da Saúde do escritório Araújo Conforti Jonhsson, alerta, no entanto, que esse tipo de produto não tem regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

— Esses serviços não têm as mesmas garantias dos planos de saúde. De qualquer forma, têm de atender ao Código de Defesa do Consumidor.

Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Operadoras de Planos de Saúde (Abramge), queixa-se que, enquanto a saúde suplementar é regulada, este segmento alternativo, que inclui cartões pré-pagos e de descontos, cresce praticamente sem regras.

Para Solange Mendes, presidente da FenaSaúde, que representa as seguradoras, esses serviços colocam a medicina na prateleira, como se estivesse no mercado.

Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), avalia que os serviços podem ser úteis em situações pontuais, mas não atendem integralmente o indivíduo. Ela destaca que a publicidade precisa deixar claro que estes produtos não são planos de saúde.

Entenda a regulação

Cartões pré-pago e de desconto não são plano de saúde, na avaliação da ANS. Não têm garantias previstas na lei e não se submetem a regras como cobertura do rol de procedimentos e prazos de atendimento.

Se um produto com estas características for vendido como plano de saúde, o consumidor tem direito a rescindir o contrato.

O Banco Central também não regula cartões pré-pagos com fins específicos, como saúde e alimentação.

CONSULTAS E CIRURGIAS POR PLANOS DE SAÚDE SÃO SUSPENSAS POR ORTOPEDISTAS NO CEARÁ

O Povo Online –09/08/2018

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia do Ceará alega que não há diálogo com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, representante de 22 convênios de saúde no Ceará

Médicos ortopedistas e traumatologistas suspenderam consultas e cirurgias por planos de saúde. A decisão veio em assembleia dos especialistas, em parceria da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia do Ceará (SBOT-CE) com o Sindicato dos Médicos do Ceará (Simec). A categoria alega que luta pela atualização dos valores dos honorários desde novembro de 2017 e reclama de falta de diálogo por parte da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), que representa 22 convênios de saúde no Estado.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia do Ceará, as cirurgias mais afetadas são as de próteses das articulações (artroplastia primária) do quadril e do joelho e as cirurgias

de revisão de artroplastia do quadril e do joelho. A instituição estima que cerca de 1,2 milhão de clientes de planos de saúde, que têm planos atualizados, podem ser prejudicados só no Estado.

O presidente da SBOT-CE, Tiago de Moraes Gomes, destaca que os profissionais seguem sem valor revisado mesmo quando os beneficiários dos planos precisam pagar o reajuste das mensalidades todo ano. "Os valores defasados tornam alguns procedimentos inviáveis e o médico acaba tendo que pagar para trabalhar. Por isso, alguns atendimentos foram suspensos e a população foi atingida", afirma.

"Após diversas tentativas de acordo, sem sucesso, a categoria se viu sem saída e decidiu paralisar as atividades, tendo em vista não ser mais possível exercer um trabalho de excelência diante desse cenário", afirma o presidente do Simec, Edmar Fernandes.

Em nota, a SBOT-CE, com o apoio do Sindicato dos Médicos, "repudia veementemente a atitude da Unidas, que se define como uma empresa que visa à melhoria da qualidade de vida da população, mas se mostra intransigente nas negociações que visam, de forma justa, conceder melhorias aos médicos e aos seus beneficiários".

O POVO Online tentou contato com a Unidas por telefone na tarde desta quinta-feira, 9, mas ligações não foram atendidas. A reportagem fez contato com a assessoria de imprensa da instituição por e-mail e aguarda retorno.

ANS FAZ ENCONTRO COM CONTRATANTES DE PLANOS COLETIVOS

O Globo –09/08/2018

Evento, dia 30, vai discutir como essas companhias pode influenciar a regulação do setor

RIO – Dos 47 milhões de contratos da saúde suplementar, 31,5 milhões são de planos empresariais. Já os coletivos por adesão representam apenas 6,4 milhões. Ou seja, os planos contratados por empresas representam 67% do mercado. Como esses contratantes - na maioria empresas - podem influenciar na regulação do setor é o tema do evento que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza no próximo dia 30. Inicialmente, o encontro estava previsto para o dia 30 deste mês.

A agenda - "Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias?" - acontece uma semana antes da audiência pública na qual será reaberto o debate sobre franquia e coparticipação marcada para 4 de setembro. A Resolução Normativa 433, suspensa na semana passada, previa teto de 40% para coparticipação, que poderia chegar a 60% nos planos empresariais, caso houvesse acordo com os trabalhadores.

Nos últimos dois anos, o investimento médio em saúde por funcionário subiu para R\$ 271,21, um aumento de 21%, segundo pesquisa da consultoria Mercer Marsh Benefícios, que entrevistou 690 empresas de diversos setores, em que dois terços delas têm o faturamento anual superior a R\$ 100 milhões. Atualmente, o plano de saúde é o segundo custo administrativo das empresas, perdendo apenas para a folha de pagamento.

Ao todo serão oferecidas 90 vagas. As inscrições podem ser feitas até o dia 24 deste mês pelo e-mail eventos@ans.gov.br. O evento vai acontecer das 09h às 17h, no Auditório da Ancine, na Av. Graça Aranha, 35 – Centro do Rio de Janeiro.

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

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

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

Milliman

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

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br