

22 de agosto de 2018

CUSTOS COM SAÚDE DEVEM SOMAR 11% DO PIB NOS PRÓXIMOS 20 ANOS

Revista Apólice –21/08/2018

Levantamento revela que, globalmente, gastos com saúde cresceram cerca de 1,5% a mais que os demais custos da economia na maior parte dos países

A Constituição de 1988 prevê que saúde é um direito de toda população e a União, estados, municípios e o Distrito Federal são responsáveis em promover o atendimento por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A Carta Magna prevê ainda, que a iniciativa privada também atue na área. Os planos de saúde foram regulamentados em Lei que passou a valer em 1998 e, em 2000, o órgão fiscalizador, a ANS, passou a atuar na criação de normas, no controle e na fiscalização das empresas, observando o interesse do consumidor e dos governos.

É a ANS, por exemplo, que institui quais serviços mínimos obrigatórios os planos de saúde devem oferecer ao consumidor e controla os aumentos de valores das mensalidades cobradas pelas operadoras.

O diretor da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, Gualter Maia, lembra que a atuação da ANS é importante para impedir abusos nos preços cobrados pelos planos de saúde.

“É uma agência que tem uma ação muito importante no sentido da fiscalização. A todo momento, a gente observa as ações no sentido de evitar quem compra, quem tem o plano, possa ter prejuízos. Eu vejo que é uma agência controladora e que gera sempre proteção a esses trabalhadores”

Custos com saúde superam inflação

O problema é que os custos, ou seja, os valores que são gastos com saúde, pública e privada, estão aumentando muito no País.

Dados da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico, levantados pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), revelam que os gastos com saúde cresceram cerca de 1,5% a mais que os demais custos da economia, em média, na maior parte dos países do mundo.

No Brasil, mais de oito por cento do PIB foram gastos com saúde em 2014, e a expectativa é de que os gastos aumentem para mais de 11 por cento, em 2040.

Este ano, os gastos com saúde devem aumentar mais de 10%, 6% a mais que a expectativa da inflação, que deve fechar 2018 entorno de 4%.

De janeiro a maio, o Ministério da Saúde já contabiliza aumento de quase 6,5% com despesas, de acordo com números divulgados pelo Tesouro Nacional.

Planos coletivos são mais usados no País

Na iniciativa privada os planos de saúde coletivos, aqueles contratados e oferecidos por empresas aos trabalhadores, abrangem mais de 80% dos consumidores de saúde suplementar.

Por isso, é fundamental que a qualidade do serviço prestado pelas operadoras seja, de fato, essencial para a saúde do trabalhador, reduzindo custos para quem paga e oferece o serviço, como defende o gerente Executivo de Saúde e Segurança da Indústria, do Serviço Social da Indústria (SESI), Emmanuel Lacerda.

Ele explica que o sistema de saúde privada precisa ter gestão que priorize mais a valorização do atendimento e diminua a prática usual de procedimentos médicos exagerados, como pedidos abusivos de exames aos pacientes.

“Utilizar o plano de saúde, financiar esse sistema não, necessariamente, está representando saúde. O sistema de saúde suplementar no Brasil, ele é um sistema pautado no pagamento por volume, por utilização. Quanto mais se utiliza, mais se paga, mais aumenta as mensalidades e essa conta é dividida por todos”, explicou.

Vale lembrar, a ANS não regula os preços cobrados em planos coletivos. Nesses casos, o tipo de assistência que deve ser oferecida e os valores a serem pagos devem ser acordados entre as empresas, empregados e operadores dos planos.

Planos individuais e familiares

No total, mais de 47 milhões de pessoas são atendidas por planos de saúde no Brasil. Entre os anos de 2000 e 2014, os consumidores de saúde privada correspondiam a quase 25% da população do País. Esse número caiu nos últimos três anos para 23%.

Os gastos com planos individuais e familiares de saúde, vêm crescendo a cada ano. Em 2010, a soma dos custos pagos pelas famílias com saúde privada correspondia a quase 4,5% do PIB do país e, em 2015, esse número pulou para mais de 5%, de acordo com dados levantados pela CNI junto ao IBGE.

Os valores pagos e os reajustes dos planos individuais e familiares precisam, obrigatoriamente, de aprovação da ANS. Para o próximo ano, os planos individuais de saúde já tiveram aval da agência para reajustarem seus preços em 10%.

O aumento é menor em comparação aos reajustes praticados nos últimos três anos, que chegaram a ser de mais de 13,5%.

OBESIDADE E A UTILIZAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO

IESS –21/08/2018

Já virou lugar comum falar sobre a necessidade de se buscar e cultivar bons hábitos de saúde. Até porque os dados sobre a situação do brasileiro são alarmantes. Como [apontamos](#), a cada 6 beneficiários de planos de saúde, 1 é obeso. De acordo com o Vigitel Saúde Suplementar, em 2016, 17,7% dos brasileiros com plano de saúde eram obesos, ou seja, apresentaram índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30kg/m².

A média do brasileiro é ainda pior. Dados do Ministério da Saúde mostram que 18,9% da população acima de 18 anos nas capitais brasileiras é obesa. O percentual é 60,2% maior que o obtido na primeira vez que o trabalho foi realizado, em 2006, quando essa parcela era de 11,8%.

Em todo o mundo, a obesidade é uma das principais causas de morte e está relacionada a uma variedade de comorbidades. Além disso, a obesidade pode resultar em até 30% mais gastos com saúde do que em pacientes não obesos. Embora exista uma ampla literatura médico-econômica sobre os custos da obesidade, há poucas descrições na literatura sobre a utilização específica de recursos do Pronto-Socorro (PS).

Sendo assim, o trabalho "Obesity and emergency care in the French CONSTANCES cohort" (Obesidade e atendimento de emergência numa coorte populacional) publicado na [22ª edição do Boletim](#)

[Científico](#) avaliou e comparou as taxas de visitas de emergência da população obesa (Índice de Massa Corporal - IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$) em relação aos participantes com peso normal, levando em consideração comorbidades e situações socioeconômicas.

Utilizou-se uma coorte epidemiológica francesa denominada "CONSTANCES", uma amostra aleatoriamente selecionada de adultos franceses. Foram incluídos 21.035 participantes com peso normal e 5.003 obesos. O estudo concluiu que os participantes obesos visitaram o pronto-socorro com mais frequência do que os participantes com peso normal com uma taxa de 30,5% contra 26,7% entre os homens e 30,3% ante 24,4% entre as mulheres.

Portanto, pode-se, de fato, apontar uma relação direta entre a obesidade e a utilização de recursos de cuidados de emergência, aumentando ainda mais em casos de obesidade severa. Sendo assim, esse aumento da população obesa no Brasil de 60,2% em 12 anos impacta diretamente nos desafios dos setores de saúde, que já buscam alternativas para lidar com a maior longevidade e, conseqüentemente, aumento de comorbidades da população, entre outros fatores.

Má alimentação, pouca atividade física e sedentarismo são fatores determinantes para excesso de peso e obesidade, em conjunto com outros hábitos de vida e consumo. Portanto, é cada vez mais clara a necessidade de políticas e ações voltadas para maior conscientização de diferentes populações sobre as conseqüências do estilo de vida.

Confira a última edição do [Boletim Científico](#) na íntegra.

INFLAÇÃO MÉDICA: UMA VERDADE INCONVENIENTE - CORREIO BRAZILIENSE

FenaSaúde –20/08/2018

Confira o artigo do economista e membro do Conselho Consultivo do Sistema Nacional de Índices de Preços, Luiz Roberto Cunha

Uma das questões mais importantes hoje no Brasil é o reajuste dos planos de saúde -- tanto individuais, com 9,1 milhões de participantes, quanto empresariais, com 31,5 milhões. A variação média dos reajustes de ambos os tipos tem sido muito acima da inflação nos últimos anos. Os planos individuais, este ano, tiveram um reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de 10%. No período 2008/2016, esse reajuste atingiu 104,2%, enquanto o IPCA variou 65,2%.

No caso dos empresariais, houve, desde 2013, variação de 158,35%, bem acima da inflação acumulada pelo IPCA/IBGE no período (41,93%) e da variação dos preços dos serviços de saúde no IPCA (79,65%). O custo dos planos empresariais se tornou um dos maiores itens na folha salarial. Isso ocorre não só aqui, mas também nos Estados Unidos e na Europa. Ao analisarmos os reajustes acima da inflação, temos que entender que a inflação médica é composta por valores formados ao longo de toda a cadeia produtiva do setor. E que se trata de variação de custos, compostos por preços e quantidades. No caso dos planos empresariais, o reajuste é negociado diretamente com as operadoras.

A cadeia do setor é extensa, composta de produtores e importadores de equipamentos e insumos, produtos farmacêuticos, laboratórios, serviços de exames de imagem, médicos, hospitais. Os custos são

formados ao longo da cadeia, em processo que pode criar distorções. Estudos indicam possíveis deturpações: a) realização de exames, internações e cirurgias além dos indicados por especialistas; b) incorporação de novas tecnologias e medicamentos que elevam custos. No Brasil, a remuneração de médicos e estabelecimentos pela quantidade de serviços que realizam induz ao desperdício e à alta de custos. Ou seja, é necessário analisar a variação dos custos em toda a cadeia, sendo o financiamento de um plano a 'ponta' do sistema, baseado no mutualismo -- a divisão do risco por um grande número de pessoas.

A questão da saúde privada e dos reajustes acima da inflação é uma verdade inconveniente (título do documentário de Al Gore sobre a questão climática), que precisa ser analisada e discutida com o máximo de isenção. Mas no Brasil existem muitas outras verdades inconvenientes, que deveriam também ser enfrentadas pelo governo, Congresso e sociedade. Uma das mais importantes é a reforma da Previdência, cujo financiamento, assim como nos planos de saúde, é baseado no sistema de repartição: as contribuições dos mais jovens arcam com grande parte do custo dos aposentados, sendo essa forma intergeracional de financiamento fortemente afetada pela mudança da estrutura etária, que torna cada vez mais desfavorável a razão de dependência (relação entre as pessoas mais jovens e as mais velhas). E se, por um lado, no INSS o aumento do custo, em termos reais, das aposentadorias varia, em parte, com a evolução do salário mínimo, por outro, no caso da saúde suplementar o "custo médico-hospitalar" dos idosos é muito superior ao dos mais jovens; o problema é ainda mais grave. E são os reajustes que permitem o equilíbrio financeiro das prestadoras privadas de serviço, enquanto o aumento da dívida pública, paga pela sociedade, "equilibra" o déficit do INSS.

O atual reajuste de 10% nos planos individuais gera questionamentos na Justiça, que chegou a entender ser devida a variação de 5,72%, referente à alta dos preços dos serviços de saúde no IPCA/IBGE. Essa interpretação é tecnicamente equivocada: a) os 5,72%

correspondem à variação nos últimos 12 meses até maio do grupo Saúde e Cuidados Pessoais, que no IPCA/IBGE é composto por uma cesta de compras dos consumidores com até 40 salários mínimos, incluindo produtos de higiene pessoal; se fosse considerado o subgrupo Serviços de Saúde, mais adequado, o aumento teria de ser de 10,66%; b) no IPCA, todos os itens do subgrupo Serviços de Saúde referem-se às variações de preços (médicos, hospitais, exames...), à exceção dos próprios planos de saúde, que, nesses 10,66% dos últimos 12 meses, variaram 13,51%, pois nesse caso o IBGE considera o reajuste autorizado em 2017 pela ANS -- que representa uma variação de custos, ou seja, preços e quantidades.

Essa verdade inconveniente precisa ser uma das questões prioritárias no Brasil. Conciliar o reajuste dos planos com o crescimento das despesas médico-hospitalares é um desafio ainda mais complexo do que a Previdência.

Fonte: Luiz Roberto Cunha - Economista, professor da PUC-Rio e membro do Conselho Consultivo do Sistema Nacional de Índices de Preços. Publicado no jornal Correio Braziliense

JUSTIÇA DO DF EXCLUI PLANO DE SAÚDE DO REGIME DE SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DO ISS

JOTA –20/08/2018

Decisão define que o ISS incide sobre a renda com comissão, e não sobre a mensalidade paga ao plano de saúde

A Justiça Federal do Distrito Federal afastou o regime de substituição tributária do Imposto sobre Serviços (ISS) para que um plano de saúde recolha o próprio tributo, permitindo que a base de cálculo seja restrita à receita de comissão da operadora. A decisão proferida pela 1ª Vara de Fazenda Pública do DF em julho deste ano beneficia o plano de saúde que impetrou o mandado de segurança.

Em setores como de saúde, seguradoras e transporte aéreo, a legislação distrital estabelece o regime de substituição tributária para o ISS. A sistemática concentra o recolhimento do tributo em uma etapa da cadeia, de maneira a facilitar a fiscalização por parte da Fazenda. No caso dos planos de saúde, quem recolhe o ISS no DF são as empresas contratantes do seguro.

No processo judicial, a operadora argumentou que o imposto deve incidir somente sobre a renda com comissão, e não sobre a mensalidade total paga pelas empresas que contratam o plano de saúde. Desta forma, o cálculo deve excluir as receitas que são repassadas a terceiros como hospitais, clínicas médicas e laboratórios de exame, a título de pagamento pelos serviços prestados aos segurados.

Sócio do escritório Mannrich e Vasconcelos Advogados, que representou a operadora neste caso, o advogado Breno Vasconcelos explicou que na prática o regime de substituição tributária do ISS

impede que o tributo seja recolhido apenas sobre a receita de comissão. Isso porque as empresas que contratam os planos de saúde não têm acesso à contabilidade da operadora a fim de descontar a quantia repassada para terceiros.

Na sentença, o juiz substituto André Silva Ribeiro autorizou que a operadora deduza da base de cálculo os valores que foram repassados aos integrantes da rede credenciada. O magistrado afirmou que o imposto não pode incidir sobre duas etapas do mesmo ciclo econômico, ou seja, tanto no recebimento das mensalidades quanto no pagamento a terceiros.

Além de limitar o ISS à comissão, o juiz autorizou que a operadora recolha o próprio ISS devido como maneira de "dar efetividade à decisão". Ribeiro acrescentou que os contratantes do plano de saúde não devem reter ou recolher o imposto, e proibiu a Fazenda de impor penalidades em decorrência da decisão judicial.

Para a advogada Eliane Faro, do escritório Lima Junior Domene Advogados, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) é consolidada em relação à cobrança do ISS para planos de saúde. Segundo Faro, a Justiça do DF seguiu o entendimento dos tribunais superiores, que costumam limitar o cálculo do imposto à comissão.

O advogado Bruno Teixeira, do escritório TozziniFreire Advogados, acrescentou que a sentença proferida pela Justiça do DF é inédita ao afastar a sistemática de substituição tributária para permitir que o próprio plano recolha o ISS segundo a incidência correta.

De acordo com Teixeira, geralmente o Judiciário adapta o regime de substituição tributária para cada caso. Porém, as sentenças nem sempre esclarecem como devem agir os contratantes do plano, que em princípio têm o dever de recolher o imposto. "Imagine uma decisão que não abarca o contratante. O dever de retenção fica ou não fica?", questionou.

PLANOS DE SAÚDE PODERÃO SER OBRIGADOS A COBRIR TRATAMENTOS CONTRA O TABAGISMO

Agência Senado –20/08/2018

A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) acatou proposta, apresentada como sugestão legislativa pelo Instituto Oncoguia, para que os planos de saúde sejam obrigados a cobrir tratamentos contra o tabagismo. Segundo o texto, que começou a tramitar no Senado como projeto de autoria da CDH (PLS 363/2018),

a cobertura, além do atendimento ambulatorial, deverá incluir o fornecimento de medicamentos para quem quer se livrar da dependência de nicotina.

O Instituto Oncoguia citou uma pesquisa da Aliança de Controle ao Tabagismo (ACT) dando conta que o país dispende cerca de R\$ 20 bilhões anualmente com o tratamento de doenças relacionadas ao cigarro. Um valor 3,5 vezes superior ao que a Receita Federal arrecada sobre a tributação de produtos derivados do tabaco. A entidade ainda avalia que as próprias operadoras de planos de saúde serão beneficiadas com a medida, pois cairão seus custos relacionados ao tratamento das 50 doenças relacionadas ao consumo do tabaco.

Por fim, o Oncoguia alerta que a dependência de nicotina gera um grande desconforto psicológico e físico aos fumantes que tentam se livrar deste vício, o que diminui as chances de êxito. E que 80% dos

fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% conseguem fazer isso sozinhos, o que demanda portanto tratamento específico.

RENÚNCIA FISCAL LIGADA A SERVIÇOS DE SAÚDE BENEFICIA INDIRETAMENTE PLANOS E HOSPITAIS

Jornal do Brasil –19/08/2018

Todos os anos, um terço do orçamento do Ministério da Saúde deixa de ser arrecadado com a saúde privada em função da renúncia fiscal relativa ao Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas, consumo de medicamentos e desoneração de hospitais filantrópicos. O levantamento foi realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em parceria com a Secretaria da Receita Federal. Em dez anos (2006-2015), a soma que o Erário deixou de receber, beneficiando indiretamente empresas privadas, foi de R\$ 274,94 bilhões. A Receita ainda não compilou os dados mais recentes, mas, segundo o economista Carlos Ocké Reis, um dos autores do estudo, é improvável que o valor tenha regredido, mesmo em um cenário de contração econômica. “As pessoas não abrem mão de serviços de saúde e os valores das mensalidades e procedimentos não pararam de crescer”, justifica.

O “afago”, que ultrapassa os R\$ 30 bilhões em média a cada ano, poderia ser evitado e incorporado ao orçamento, por exemplo, se a regulação dos planos de saúde fosse mais eficiente com vistas a baixar os preços e ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços. Procurada pelo JORNAL DO BRASIL, a Receita informou que só em 2016 a renúncia oferecida à população que paga planos chegou a R\$ 9,2 bilhões. É praticamente o valor do subsídio que baixou o preço do diesel após a greve dos caminhoneiros (R\$ 9,5 bilhões).

No Brasil, cerca de 47,2 milhões de pessoas usam planos de saúde, das quais pouco mais de nove milhões contratam planos individuais e familiares. Estes serviços têm reajustes e funcionamento regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que permitiu reajustes de preços de 10% em 2018 e 13,5% nos últimos três anos. Os aumentos são muito superiores à inflação anual, na casa dos 3%, ou mesmo da inflação específica do setor de saúde e cuidados pessoais do Índice de Preços do Consumidor (IPC), de 5,72%. A política de reajustes da ANS eleva fortemente o preço das mensalidades todos os anos. No caso dos planos coletivos, que não são regulados pela agência, essas altas são ainda maiores, muitas vezes acima dos 20%. Na ponta da cadeia, o que alivia o

consumidor são as deduções no imposto de renda. Para Ocké, trata-se de um círculo vicioso, que permite abusos constantes por parte das operadoras, os chamados reajustes “expulsórios”, no jargão da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Depois das facilidades relacionadas aos planos de saúde, vêm os descontos oferecidos a quem usa hospitais e clínicas, que gira em torno dos R\$ 2 bilhões. Ocké, que também preside a Associação Brasileira de Economia da Saúde, lembra que o caso do setor hospitalar é ainda mais grave, devido à ausência de regulação. Em franca internacionalização e concentração, o mercado de hospitais e clínicas simplesmente não tem preços ou serviços regulados. “O próprio setor de planos de saúde reclama dessa situação, para se ter uma ideia. Se os prestadores diretos fossem regulados, distorções seriam corrigidas e o valor poderia ser investido no SUS, sobretudo em atenção básica e atendimento de média complexidade, que sofrem de um subfinanciamento crônico”, opina.

As áreas mencionadas incluem serviços como o Programa Saúde da Família (PSF) e as Unidades de pronto atendimento (UPA). Segundo o JB apurou, a dotação de uma UPA do tipo mais complexo, com nove médicos, custa R\$ 250 mil por mês aos cofres públicos. Assim, se os R\$ 32,3 bilhões não arrecadados em 2015 fossem incorporados ao orçamento do Ministério da Saúde, poderiam cobrir os gastos de quase 10 mil UPAs de ponta no período. Hoje, muito usuários relatam melhor atendimento em unidades desse tipo do que nos hospitais privados associados a planos de saúde, não raro com filas.

Os autores do estudo lembram que, se os descontos não podem sumir de uma hora para outra, encarecendo a vida de milhões, devem ao menos ser regulamentados, recebendo um teto ou cortes etários como acontece no caso de renúncias ligadas à Educação. Eles acusam a contradição da PEC do teto de gastos de ter congelado o investimento direto e não gastos indiretos como as renúncias tributárias, o que afeta a rede pública e protege o funcionamento da privada. Em um movimento de regulamentação, argumentam, algumas distorções poderiam ser colocadas em xeque. Duas delas são as deduções oferecidas a hospitais filantrópicos regidos sob a lógica privada e os descontos ao uso de hospitais, clínicas e consultas médicas no exterior, orçado em R\$ 903 milhões em dez anos. “Precisamos escolher se quem tem recursos para ir ao exterior deve contar com essas deduções”, diz Ocké.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PODE SER RESOLVIDA PELA CONCILIAÇÃO, DIZ MINISTRO SALOMÃO

Consultor Jurídicos –18/08/2018

Os conflitos que envolvem o acesso da população à saúde, seja na seara pública ou na privada, podem ser resolvidos por meio das soluções extrajudiciais, como conciliação. A opinião é do ministro do Superior Tribunal de Justiça Luis Felipe Salomão. Ele participou do evento Summit Saúde 2018, promovido pelo jornal O Estado de S. Paulo nesta sexta-feira (17/8), na capital paulista.

Salomão disse que é inegável o processo de judicialização no Brasil, que decorre de uma série de fatores, como a massificação de atendimentos, o incremento da tecnologia e a precariedade do atendimento na rede de saúde pública.

“É um problema com raízes profundas, com múltiplas tentativas de solução. Alguns números falam em aumento de 600% de ações contra planos de saúde privada. Devemos imaginar soluções, pois sabemos o tamanho do problema”, disse Salomão, que julga conflitos da saúde suplementar na 2ª Seção, de Direito Privado, do STJ.

Uma dessas soluções, segundo o ministro, são os NATs, núcleos de apoio técnico do Judiciário, que nasceram de uma iniciativa do Conselho Nacional de Justiça a partir de uma experiência bem sucedida no Rio de Janeiro.

Porém, segundo o ministro, essa solução só trata dos litígios já existentes. "Precisamos trabalhar a fase anterior ao litígio. Antes que ele se torne um caso judicial. Temos hoje um ambiente muito favorável para as soluções extrajudiciais", apontou, citando o Código de Processo Civil, a Lei da Mediação e a Lei da Arbitragem (da qual é um dos criadores).

"Tem diversas soluções que estão sendo pensadas no mundo inteiro, de prevenção ao litígio. Alguns países com forte iniciativa pública na área da saúde, como Uruguai e França, desenvolveram um sistema de ombudsman médico que funciona com muita eficácia. O próprio setor se autorregula, cria mecanismos com credibilidade para resolver o problema e evita litígios", disse Salomão.

Segundo o ministro, no Brasil isso poderia ser iniciado, mas ele não seria um tipo de call center ou balcão de reclamação: "É alguém com capacidade de diálogo com o paciente, com seus familiares, que seja um prevenidor de problemas, um divulgador de informações".

Salomão também citou como alternativa a mediação on-line por meio das câmaras de mediação, que poderiam ser acionadas mediante cláusulas previstas em contratos. "O índice de solução é de perto de 90% nos contratos em que já foram implementados", contou.

O ministro finalizou sua fala comentando brevemente o que tem sido julgado no STJ. No setor público, as demandas giram em torno de fornecimento de medicamento. Já na área dos planos de saúde e administradoras de benefícios, o problema maior, de acordo com Salomão, é o benefício não estabelecido no contrato. Ele disse que 43% dos problemas surgem daí.

"Num segundo momento, mais específico, tem a questão do idoso, o reajuste por faixa etária, já julgamos a questão dos tratamentos experimentais. Estamos discutindo agora o medicamento off label (uso em situações divergentes da bula de um medicamento registrado na Anvisa).

"No mundo todo se discute isso, maior exemplo é a aspirina", disse o ministro. "Temos, sim, um campo extraordinário para ampliar a prevenção de litígios", concluiu.

Conhecimento específico

Por sua vez, o ministro do STJ Antonio Saldanha contou que, quando era desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, era responsável pela gestão da associação que foi formada para cuidar dos planos de saúde dos juizes cariocas e de seus familiares, que cuidava de cerca de cinco mil pessoas.

Pela preocupação com o aumento dos sinistros, foi criada uma comissão técnica da associação para avaliar os pedidos de atendimento dos segurados. Saldanha disse que os juizes, assim como a população em geral, não confiavam nesses pareceres quando atendimentos lhes eram negados.

"O associado chegava dizendo seu problema, e muitas vezes o médico especialista dizia que não tinha pertinência. O juiz ficava

bravo. Fomos aperfeiçoando e tentando melhorar a abordagem com o associado. Usou-se a medicina baseada em evidência. Faziam pesquisa aprofundada. Mesmo assim os juizes duvidavam, continuavam confiando nos seus próprios médicos", contou o ministro.

O magistrado vê essa mesma situação com os planos de saúde, "só que de forma muito mais acirrada". "O que um juiz sabe de medicina? Nada. De planos? Um pouco. Vivenciei o recrudescimento da judicialização da saúde."

Saldanha disse que a Constituição deu um tratamento absolutamente abrangente à saúde, devendo ela ser integral e universal. Mas segundo o ministro, o artigo 196 da Carta Magna "é um negócio irrealizável".

"Todos serão maltratados igualzinho no mesmo hospital", disse secamente como é a realidade. E emendou: "Mas a saúde integral vai desde o tratamento inicial psicológico até a equoterapia. Nenhum país do mundo tem saúde integral. Isso é utopia", afirmou.

Embrião dos NATs

Saldanha destacou que, quando juiz estadual, as demandas no Rio começaram a chegar, e as decisões judiciais saíram da curva do que seria aceitável.

"Seria inexistível esperar que o juiz fosse fazer de forma diferente. Qual juiz que não vai dar uma liminar numa madrugada de plantão com uma mãe desesperada com um filho que precisa ser internado na UTI?", indagou à plateia. "Juiz não pode negar jurisdição. Tem que decidir alguma coisa."

Ele disse que houve casos de juizes que determinaram a prisão de médicos que comandavam UTIs e descumpriam as decisões judiciais. Os médicos diziam que haviam pacientes em estado mais grave do que o autor da ação. "O médico mandava a lista de internados pro oficial de Justiça levar para o juiz e dizer para sua excelência escolher da lista qual paciente que ia morrer para dar lugar na UTI", afirmou o ministro do STJ.

Com todos esses problemas da judicialização cada vez mais crescente, ele e os colegas do tribunal se reuniram com o governo do Rio e propuseram a criação de um núcleo que fornecesse subsídios técnicos para que os juizes pudessem decidir com mais cautela.

O governo do estado pagava, mas o tribunal era quem escolhia os médicos, "para dar isenção", disse. Era formado por farmacêuticos, médicos e até nutricionistas, que faziam plantão 24 horas no tribunal. Os pareceres eram bem fundamentados e havia pertinência com base em evidência.

"Isso arrefeceu as liminares. Desanimou aquele setor oportunista da advocacia e também de médicos. Chegou ao ponto de em duas horas o juiz ter parecer sobre determinados procedimentos. Tem até hoje no Rio de Janeiro com muito sucesso", ressaltou.

PRORROGADA CONSULTA PÚBLICA SOBRE O PROCESSO DE REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

ANS –17/08/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou na edição desta sexta-feira (17) do Diário Oficial da União a prorrogação da Consulta Pública nº 69, que trata do processo de atualização do Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde. Com a medida, haverá mais 30 dias para o envio de contribuições por parte da sociedade.

O objetivo dessa consulta pública é subsidiar a elaboração de uma resolução normativa para regulamentar o processo administrativo da atualização da listagem mínima de cobertura obrigatória dos planos de saúde. O assunto vem sendo discutido internamente desde outubro do ano passado, no âmbito de um grupo de trabalho que envolveu todas as diretorias da ANS.

O Rol é a lista mínima de procedimentos que os planos de saúde são obrigados a cobrir para assegurar a prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de todas as enfermidades que

compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS). É obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei. Desde 2010, a lista é atualizada a cada dois anos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde,

sempre obedecendo a critérios científicos comprovados de segurança, eficiência e efetividade.

O envio das sugestões deverá ser feito mediante preenchimento de formulário online no portal da ANS até o dia 17/09/2018.

[Acesse a Consulta Pública e confira os documentos disponíveis](#)

DECISÃO QUE IMPEDE CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO ABRE PRECEDENTE

O Globo –16/08/2018

É a segunda decisão deste tipo neste ano

RIO - Embora a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) de impedir a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo por parte de uma operadora não mencione repercussão geral — ou seja, não se aplica automaticamente a casos semelhantes —, advogados e entidades do setor acreditam que o parecer abre precedente para outros consumidores.

De acordo com o processo analisado pela Terceira Turma do STJ, o plano de saúde coletivo foi contratado por empresa familiar na qual trabalhavam um casal e sua filha, sendo que o pai se encontra em estado vegetativo decorrente de acidente.

Rodrigo Araújo, advogado especializado em Direito à Saúde do escritório Araújo Conforti Jonhsson, observa que esta é a segunda decisão, neste ano, no STJ, que impede o cancelamento unilateral imotivado e que o entendimento da Justiça está mudando em relação aos processos que questionam o cancelamento por parte das operadoras de planos com até 29 vidas.

- Isso já abre um precedente. As operadoras pararam de oferecer contratos individuais porque os coletivos são menos protegidos e, portanto, mais vantajosos. As decisões servirão de jurisprudência para analisar o cancelamento unilateral e imotivado dos planos coletivos com até 30 beneficiários, situação muito comum até então, principalmente quando um dos beneficiários passa a precisar de um tratamento de alto custo - avalia Araújo.

A decisão preocupa entidades de planos de saúde. Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), "a decisão do STJ contraria as regras de contratação de plano coletivo empresarial por pequenas e médias empresas, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)".

A FenaSaúde lembrou ainda que a resolução estabelece que o contrato pode ser rescindido unilateralmente, de maneira imotivada, após um ano de vigência e na data de aniversário, mediante notificação prévia de 60 dias. A operadora deverá apresentar ao contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Em nota, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que a contratação de plano de saúde por empresário individual, regulamentada em dezembro de 2017, visa proteger o beneficiário de planos de saúde e garantir mais segurança jurídica e transparência ao mercado.

A resolução normativa nº 432, diz a ANS, combate abusos relacionados a esse tipo de contratação, como a constituição de empresa exclusivamente para este fim, e estabelece definições claras para a aquisição do serviço — entre elas a exigência de regularidade junto à Receita Federal pelo período mínimo de seis

meses. Outro ponto importante da normativa trata do estabelecimento de regra para os casos de rescisão unilateral pela operadora: o contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após um ano de vigência, na data de aniversário e mediante notificação prévia de 60 dias.

A nota destaca ainda que "o detalhamento de contratos é de informação somente da operadora contratada — a distinção não é feita pela reguladora em seus sistemas. Mas é possível observar os contratos que contabilizam poucos beneficiários associados ao plano de saúde: os dados mais recentes da ANS sobre o tema apontam que 11,5% dos beneficiários de planos médico-hospitalares em fevereiro/2018 estavam em planos coletivos com até 30 vidas".

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) também expressou sua preocupação, afirmando que a decisão pode acarretar em mais desequilíbrios ao setor de saúde suplementar, "na medida em que pode restringir ainda mais o acesso da população ao sistema".

Em nota, a associação diz que os planos coletivos para microempresas familiares têm tido grande atenção do sistema. "Nesse sentido, é importante lembrar que para tentar coibir a criação dos falsos planos coletivos, a ANS publicou a Resolução Normativa 432".

Segundo a nota, há toda uma normatização para garantir os direitos dos beneficiários, bem como para manter o equilíbrio dessas carteiras. "Infelizmente, o resultado da prestação jurisdicional nessas hipóteses acaba por impactar de maneira negativa o setor como um todo.

A Abramge destaca "o quão salutar é o momento para o surgimento de microempreendedores, o que inclui atividades familiares, tendência essa que tem encontrado espaço importante na economia e na sociedade".

"Por fim, não se pode duvidar que a mencionada decisão do STJ traz insegurança jurídica ao sistema, na medida em que impacta em contratos vigentes e altera relacionamentos jurídicos", afirmou.

Relatora aplica regra de contrato individual

A relatora do caso no STJ, ministra Nancy Andrichi, reconheceu que a operadora pode rescindir o contrato coletivo de forma unilateral e imotivada, mas entendeu tratar-se de um contrato coletivo atípico. Por isso, ela aplicou o tratamento conferido aos planos individuais familiares, nos quais é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo nos casos de fraude ou não pagamento da mensalidade.

A ministra levou em consideração o fato de serem apenas três os beneficiários do contrato coletivo. Segundo ela, "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".

Segunda decisão favorável no STJ

O caso analisado em março pelo STJ é mais amplo e não se limitou aos contratos empresariais considerados "familiares", mas sim a todos os contratos empresariais com até 30 beneficiários. O STJ concluiu que os contratos coletivos com até 29 vidas têm natureza híbrida, ora se assemelhando aos contratos coletivos de planos de saúde e ora se assemelhando aos contratos individuais, especialmente pela previsão de carência no momento da contratação.

Contratos coletivos substituem planos individuais

Na prática, com a ausência de planos familiares comercializados no mercado, tem sido cada vez mais recorrente a abertura CNPJs para vincular toda a família em contratos coletivos empresariais.

- A Justiça entendeu que o problema era uma relação fictícia entre duas empresas. A lei separa a relação contratual entre duas empresas da relação entre uma empresa e uma pessoa física. Se você cria a separação pela vulnerabilidade e pela diferença do poder

de barganha, não faz sentido não aplicar a proteção de planos individuais em um caso em que o plano é basicamente familiar - explica Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora em saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).

Para a Renata Severo, advogada especializada em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, cada caso continua sendo analisado separadamente, mas servirá de parâmetro para a primeira e segunda instância:

- A decisão é muito importante para os consumidores e, sem dúvida, abre precedente pra outros casos. Objetivamente, esse contrato é empresarial e o plano poderia fazer o cancelamento, mas a ministra do STJ entendeu que não há duas empresas discutindo os termos de plano de saúde, mas uma empresa que é o plano de saúde contra uma família que tem baixo ou nenhum poder de barganha e ainda com um deles doente - ressalta Renata Severo.

INDICADOS PARA REGULADORAS PODERÃO TER QUE CUMPRIR QUARENTENA

Agência Senado –16/08/2018

Os indicados para as diretorias das agências reguladoras deverão ter cumprido um período mínimo de três anos sem vínculo com empresas do setor regulado para assumir o cargo. A exigência está prevista no Projeto de Lei do Senado (PLS) 69/2018, do senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB), que está pronto para ser votado na Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O texto modifica a lei que trata da gestão de recursos humanos das agências (Lei 9.986, de 2000) para incluir o requisito: somente poderão assumir vagas de diretor pessoas que há pelo menos três anos não tenham ocupado cargo ou função de direção em entidades reguladas pela agência para a qual estão sendo indicadas. Ou seja, quem trabalhou há menos de três anos numa empresa de seguro de saúde ou numa empresa de aviação não poderá assumir cargo de direção na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou na Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), respectivamente.

A intenção do autor é evitar que as diretorias adotem posições de interesse das empresas em detrimento do interesse público. Ou seja, evitar a chamada "captura" do agente regulador, que, quando acontece, leva a instituição a atuar como representante dos interesses das empresas, desconsiderando os usuários do serviço ou o próprio Estado, explica o senador.

Cássio Cunha Lima afirma ainda que é imprescindível que as agências detenham competência técnica, independência política e administrativa, autonomia financeira e garantia de atuação livre para que as decisões sejam tomadas com imparcialidade, de forma a preservar a qualidade dos serviços prestados e o equilíbrio do mercado.

A proposta original era restrita à Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regula os planos de saúde. Mas a relatora na CAS, senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM), decidiu estender a exigência para todas as agências reguladoras em seu substitutivo.

— O temor de que tais influências ocorram existe e é manifestado por diversas entidades da sociedade civil — afirmou Vanessa.

OPERADORAS DE SAÚDE DEVEM INVESTIR NA MODERNIZAÇÃO DOS CORRETORES

Revista Apólice –15/08/2018

Tecnologia chega e corretores têm que se adaptar para não perder espaço no mercado

Se o crescimento das operadoras está nas mãos da área comercial, os corretores têm que acompanhar o futuro, que chega em alta velocidade no quesito tecnologia. Para a diretora da Viacorp Administradora de Benefícios e Assessoria em Seguros e presidente da Associação das Corretoras de Seguros de Planos de Saúde (Acoplan), Rosa Antunes, as operadoras destinam milhões para tecnologia e não investem uma mínima porcentagem para inserir o corretor no mundo digital. "Tudo que eu sei, atuando com várias operadoras de planos de saúde, é mérito meu e interesse próprio em correr atrás. Leio muito, assisto a muitos cursos online, mas nem

sempre é um bom conteúdo ou um material específico do nosso setor. Na venda de planos de saúde ainda tem corretor que não sabe emitir uma proposta, as operadoras deveriam ter vídeo-aulas sobre todos os processos da venda e de cada ferramenta existente, dos produtos exclusivos e de como usar".

Para a especialista, os corretores de saúde têm mais dificuldade em encontrar a qualificação. "Observo que, principalmente em saúde, o corretor está bem mais distante do mundo da tecnologia porque não houve uma preocupação das operadoras em inserir os vendedores no mundo digital, mas nunca é tarde. Os corretores de seguros habilitados pela Susep para atuação em todos os ramos estão tendo mais acesso a encontros, palestras, workshops e transmissões ao vivo que vêm das seguradoras. O presidente de uma grande seguradora palestrou recentemente e foi muito feliz em sua colocação: 'Do que adianta ser uma seguradora digital se os corretores não forem digitais?'".

O fato de o corretor não estar inserido no ambiente online também atrapalha todo o ciclo de vendas. "O cliente deixa de usufruir do investimento feito para encantar, facilitar e elevar a operadora ao patamar que ela de fato está. Por outro lado, se ele estiver inserido

pode ser um facilitador de acesso, prestando assistência ao cliente nas dificuldades e melhorando as ferramentas com sugestões que ainda não foram pensadas”, analisa. Para reverter o quadro, Rosa acredita que as operadoras e seguradoras precisam criar cursos

obrigatórios com o foco em tecnologia. “É do interesse das operadoras ter uma qualificada força de distribuição, os corretores são os braços da empresa na ponta, elo com os clientes, e não podem ficar esquecidos nos investimentos em melhorias”.

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