

20 de Setembro de 2017

**DEFENSORIA TEME
RETROCESSOS DE DIREITOS COM
PLANOS ACESSÍVEIS**

O Globo – 19/09/2017

Redução de garantias ao consumidor também pode vir de mudança na lei do setor, diz especialista

RIO - A aprovação da comercialização dos chamados planos acessíveis sem ampla discussão com a participação dos diversos setores envolvidos com a área de saúde, incluindo a população, pode resultar em retrocesso em direitos do consumidor, alerta Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio.

— Não há como admitir retrocesso nos direitos conquistados pelo consumidor. Os planos acessíveis têm questões que vinham sendo discutidas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como a norma de participação e franquias que vêm sendo revistas, sobre consultas a uma junta médica, mecanismos fiscalizatórios. A ANS reuniu diversas apresentações e estudos num relatório sobre o assunto apresentado na semana passada. Mas não autoriza a comercialização desses planos, como anunciou o Ministério da Saúde — pondera Patrícia.

Patrícia participou do seminário do segundo dia do ciclo de seminários Novos modelos para a saúde, promovidos por O GLOBO, com apoio da revista "Época", realizado na manhã desta terça-feira no Museu de Arte do Rio (MAR), sobre o novo modelo de assistência e remuneração para o setor. O debate contou ainda com a participação de Francisco Balestrin, presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), do médico Luiz Roberto Londres, criador do Instituto de Medicina e Cidadania (IMC), e de Sérgio Vieira, presidente da Abramge-RJ/ES — associação que reúne as operadoras de saúde .

Na última semana, o Ministério da Saúde afirmou que os planos de saúde acessíveis — mais baratos e com uma cobertura mais restrita

— já poderiam ser vendidos. A pasta entendeu que o relatório divulgado pela ANS funciona como um aval para a comercialização dos planos populares. A agência, por sua vez, afirma que o relatório "relatório é um documento descritivo, não há um produto resultante desse trabalho".

— É preciso entender para quem esses planos são mais acessíveis. O setor de saúde suplementar perdeu muitos clientes por causa da crise, houve contratos coletivos rescindidos por empresas, com evasão também relacionada à recessão. A oferta de planos individuais é quase inexistente. As empresas dizem que não é sustentável seguir assim. Mas a crise é do consumidor também — diz Patrícia.

No Rio, 20% da equipe do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública estão dedicados a cuidar de demandas ligadas à saúde suplementar. De janeiro a julho, houve 8.327 atendimentos. Entre 70% e 80% dessas demandas acabam resolvidas com a ajuda do núcleo de conciliação.

— O consumidor está mal-informado. Não sabe sequer qual a diferença entre um plano individual e um plano coletivo por adesão. Com isso, não sabe exatamente a que tem direito por contrato, daí o alto índice de judicialização. O consumidor não participa da construção das normas que regem uma relação da qual ele faz parte — sustenta ela. — A crise distorce a forma como o contrato deve ser tratado, mas ela existe para as duas partes. E não vamos abrir mão do que já foi conquistado.

Segundo Patrícia, é preciso atenção com o que será apresentado pela Comissão Especial sobre Planos de Saúde, que tem o deputado Rogério Marinho (PSDB-RN) como relator, que elabora um substitutivo para 140 propostas do setor de saúde suplementar, e que reformaria a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98).

— Não há qualquer relatório apresentado sobre o substitutivo. Nós ouvimos relatos de que há proposta inclusive de que o Código de Defesa do Consumidor deixe de ser aplicado nos planos de saúde. E isso precisa ser discutido — alerta a defensora.

NOTA DE ESCLARECIMENTO

ANS – 19/09/2017

Em atenção a algumas matérias jornalísticas divulgadas recentemente pela imprensa nacional sobre o tema Planos Acessíveis, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece que:

1. Uma leitura atenta do Relatório Descritivo das Atividades do Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis da Agência, elaborado a partir dos documentos encaminhados pelo Ministério da Saúde, não permite concluir que os planos com coberturas reduzidas estão autorizados pela ANS.

2. Uma leitura atenta do citado relatório permite concluir que grande parte das características apontadas como essenciais a um plano mais acessível ao consumidor em termos de preço já são permitidas pelo Regulador, a saber:

- Rede hierarquizada, com incentivo ao cuidado primário e acesso inicial obrigatório via médico de família;
- Coparticipação do beneficiário no pagamento de serviços de saúde utilizados;
- Protocolos clínicos definidos junto à rede prestadora de serviços de forma similar aos adotados no SUS para uniformizar condutas durante o atendimento médico;
- Segunda opinião médica nos casos de maior complexidade para garantir que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais;
- Canais digitais de comunicação para venda de planos, pagamentos de mensalidades, informações de uso e orientações de rede

3. Ao contrário da entidade pública, à qual é permitido fazer apenas o que a lei lhe atribui, as entidades privadas podem fazer o que a legislação não proíbe.

Portanto, as operadoras de planos de saúde podem formatar produtos com as características citadas no item 2 acima, conforme

os parâmetros da regulação já existente, com preços mais acessíveis, mas preservando sua sustentabilidade no longo prazo.

Ressalta-se que as características de produtos elencadas somente podem ser aplicadas quando expressamente previstas nos contratos firmados com os consumidores / contratantes e que

qualquer produto comercializado fora dos parâmetros da regulação ensejará punição à operadora pela ANS.

Por fim, ressalta-se que a ANS tem autonomia para tratar de temas da regulação do setor de planos de saúde e que não se furtará de promover o aprimoramento regulatório contínuo, de forma transparente e equilibrada, em prol do desenvolvimento setorial.

MINISTÉRIO ESPERA SUGESTÕES DO SETOR PRIVADO PARA NOVA REGULAMENTAÇÃO DE PLANOS

O Estado de S. Paulo – 19/09/2017

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmou que uma nova regulamentação dos planos de saúde, cujo objetivo é flexibilizar as regras atuais, aguarda sugestões do setor privado para que seja editada. Sem precisar se as exigências para o setor de saúde suplementar serão publicadas neste ano, ele disse que solicitou à Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) uma proposta de regulamentação para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar possa alterar o regulamento atual.

"O rol mínimo de exigências para os planos de saúde privados não é alcançável financeiramente pelos brasileiros. Por isso, é necessária a flexibilização, com a possibilidade de os planos terem coberturas regionais", disse Barros, a jornalistas, após participar da 8ª Conseguro, conferência do setor de seguros, promovida pela Confederação Nacional das Seguradoras (CNseg), no Rio.

Sobre os planos populares e individuais, o ministro da Saúde afirmou que as seguradoras deixaram de atuar neste nicho por conta da remuneração inadequada, uma vez que o reajuste estabelecido pela ANS não acompanha o custo desses produtos pois a inflação médica supera a oficial do País. "Os planos coletivos, que possuem, às vezes, duas pessoas, são uma clara tentativa de estar no mercado. No formato atual, os planos individuais não respondem à realidade dos custos. Plano de saúde é mercado e precisa de equilíbrio, por isso, a nova regulamentação do setor é necessária", concluiu Barros.

REGRAS PARA PORTABILIDADE DE PLANO DE SAÚDE PODEM MELHORAR

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec – 18/09/2017

Idec participou de consulta pública sobre o tema e apoiou pontos positivos das propostas da ANS - como o fim da janela para trocar de operadora sem carências -, mas também fez críticas

Terminou na última segunda-feira (11) a consulta pública realizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sobre novas regras de portabilidade de plano de saúde. A portabilidade consiste no direito de trocar de operadora sem precisar cumprir novas carências - prazos em que o consumidor não pode ter acesso a determinados procedimentos.

O Idec enviou contribuições à consulta pública, destacando algumas mudanças positivas propostas pela ANS, mas também fez críticas a pontos problemáticos da regra atual que não foram resolvidos.

Entre as mudanças positivas está o possível fim da janela para migrar de operadora. Hoje, o consumidor só pode pedir portabilidade em determinado período do ano: em até 120 dias após o aniversário do contrato do plano. Pela proposta, o pedido poderá ser feito em qualquer momento.

Outra medida importante é a possibilidade de migrar para um plano com cobertura mais abrangente, cumprindo período de carência

apenas para os procedimentos que não estavam no plano anterior. Atualmente só é possível mudar para um plano de mesma segmentação ou inferior.

Além disso, o Idec também avalia como positiva a proposta de extensão da portabilidade para planos coletivos empresariais e a possibilidade de troca entre planos de modalidades diferentes - de individual para coletivo e vice-versa.

"Com isso, consumidores que perderam seu plano de saúde em razão do desemprego poderão contratar outro sem cumprir carências novamente", explica Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Idec. "A troca pode ser feita para planos individuais, inclusive. Porém, essa modalidade é cada vez mais escassa no mercado. Então, apesar do direito, o problema pode persistir", pondera.

Críticas

Uma das principais críticas feitas pelo Idec é o fato de a ANS ter mantido o prazo de permanência mínima de dois anos no plano de saúde para ter direito à portabilidade. "Defendemos que, uma vez que a carência foi cumprida, o consumidor deveria ter o direito de poder migrar de operadora, sem a necessidade de esperar completar os dois anos", diz Navarrete.

Outro ponto problemático é que, no meio da revisão das regras de portabilidade, a agência incluiu uma alteração na norma (Resolução Normativa nº 85) sobre suspensão da comercialização de planos de saúde. "Não há embasamento para essa proposta ter sido incluída, o tema está totalmente descolado do objeto da consulta pública", critica a advogada do Idec.

AGU PEDE CANCELAMENTO DE AÇÃO CONTRA ADMINISTRADORAS DE SEGURO SAÚDE

Valor Econômico – 18/09/2017

SÃO PAULO - A Advocacia Geral da União (AGU) se posicionou contrário à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) impetrada pelo PSL (Partido Social Liberal) questionando a atuação das empresas de administração de planos de saúde por adesão.

"A Advogada-Geral da União manifesta-se, preliminarmente, pelo não conhecimento da presente ação direta e no, mérito, pela improcedência do pedido formulado pela requerente", informa despacho da AGU.

Há cerca de duas semanas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entrou com pedido, no Supremo Tribunal Federal (STF), de cancelamento da ação movida pelo PSL.

A Qualicorp, maior empresa de administração de benefícios, fez duras críticas à ação judicial do partido político em comunicado enviado à Comissão de Valores Mobiliários (CVM) no começo do mês. A companhia, inclusive, relaciona a medida do PSL com a Seguros Unimed e Central Nacional Unimed (CNU) que defendem mudanças nas regras das empresas de benefícios de planos de saúde por adesão.

Segundo fontes, em meio a esse embate, existem ainda brigas judiciais envolvendo a Qualicorp e as duas cooperativas médicas. A Seguros Unimed e CNU cancelaram planos de saúde por adesão porque não se chegou a um acordo de reajuste dos convênios médicos.

PLANOS DE SAÚDE INVESTEM EM MÉDICOS DE FAMÍLIA

Época -18/09/2017

O objetivo é evitar que os clientes recorram a hospitais sem necessidade. Isso funciona?

Quando um cliente de plano de saúde acha que precisa de atendimento imediato, ele corre para o pronto-socorro. A carteirinha na mão é, ao mesmo tempo, solução e problema. Garante acesso a um médico (qualquer que seja ele), mas expõe o beneficiário ao que existe de pior no ambiente hospitalar. Nas salas de espera lotadas, vírus e bactérias saltam dos doentes para os que não deveriam estar ali. O chá de cadeira costuma resultar em uma conversa apressada entre um paciente e um médico que nunca se viram. Nesse meio de cultura brotam as prescrições inadequadas e os pedidos de exame desnecessários. Não importa onde dói. Está cada vez mais difícil sair de um pronto-socorro sem fazer, ao menos, uma escala na sala de raios X. Isso é bom para quem?

Pode ser bom para os hospitais, que vivem de vender procedimentos, mas é péssimo para todos os outros envolvidos: os planos de saúde (ameaçados pelas altas taxas de sinistralidade), os empregadores (atormentados pelo aumento dos custos dos convênios) e, principalmente, os pacientes (que perdem dinheiro e saúde). O pronto-socorro só deveria ser procurado em caso de urgência (acidentes, fraturas etc.) ou de emergência (hemorragias, parada cardíaca, entre outras situações graves). Por mais que as pessoas saibam disso, muitas recorrem ao hospital porque a maioria dos planos de saúde não oferece outra forma de atendimento imediato. O que faz uma mãe quando chega tarde do trabalho e encontra o filho com febre e reclamando de uma dor esquisita? Se não conseguir contato com o pediatra ou não se sentir segura com a resposta dele, ela correrá para o pronto-socorro mais próximo. Poderia ser diferente se as operadoras investissem em formas inteligentes de manter a saúde dos beneficiários por mais tempo, em vez de apenas reclamar do aumento dos custos provocado pelo uso irracional dos convênios.

Para mudar a cultura predominante na saúde suplementar, não é preciso reinventar a roda. Depois de estudar exemplos de sucesso no exterior, alguns planos de saúde começam a oferecer serviços baseados na boa e velha estratégia dos médicos de família. O cliente é convidado a se inscrever em uma unidade de coordenação de cuidado e passa a ser acompanhado sempre pela mesma equipe (médico, enfermeiro e agente de enfermagem). Depois da inscrição, o acesso é livre. O paciente recebe a garantia de atendimento no mesmo dia ou até no dia seguinte, sempre que precisar. Além de

consultas, as unidades realizam acompanhamento nutricional, exames laboratoriais, curativos e pequenos procedimentos.

Se algum problema surgir tarde da noite ou aos finais de semana, o cliente liga para um celular com atendimento 24 horas por dia e fala com um dos agentes de enfermagem de plantão. Ele acessa o prontuário do paciente, ouve as queixas e o orienta sobre o que fazer. E, se for caso de pronto-socorro, o encaminha. Segundo a dona de casa Vanderlisse dos Santos Moreira da Silva, de 62 anos, esse roteiro não é apenas um protocolo de boas intenções. "Funciona de verdade", diz. Ela aceitou o convite da operadora Amil para se inscrever em um dos chamados Clube Vida de Saúde, em São Paulo. A participação não é obrigatória. Caso não tivesse interesse, ela poderia continuar usando a rede credenciada (médicos, hospitais etc.) como sempre fez. Graças à mudança na forma de acompanhamento, a paciente notou claros benefícios: a artrose nos joelhos melhorou, assim como o controle do diabetes e da hipertensão. No início do tratamento, tomava 15 medicamentos por dia. Hoje, são nove. "Como a consulta é mais demorada, eu me sinto à vontade para falar a respeito de tudo. A equipe pergunta sobre meus parentes e me trata como se eu fosse de casa."

Não é apenas por gentileza que os profissionais procuram se inteirar sobre as relações pessoais e sobre o ambiente que cerca o paciente. Conhecer essa matéria-prima é fundamental para a criação de estratégias com chance de sucesso. A enfermeira Danielle Machado Lopes conhece até a escolha dos personagens da festa de aniversário da neta e da bisneta de Vanderlisse. "Sei onde ela mora, sei dos filhos que vivem na Irlanda, sei do que ela gosta, o que ela faz e das dificuldades que enfrenta", diz. Por saber que a paciente passa vários meses por ano no exterior, a equipe procura adaptar a dieta e a atividade física para que Vanderlisse não abandone o desafio de perder peso. "Ela havia feito várias dietas, mas só conseguiu emagrecer quando sentiu que estávamos sempre por perto. Construir esses vínculos é o que me atrai nesta profissão", diz a médica de família Amanda do Val Anderi.

O investimento da operadora nos centros de atenção primária foi inspirado nos modelos do Reino Unido e de outras nações reconhecidas pela qualidade na assistência à saúde. "Estamos fazendo o que dá certo nesses países", diz Gustavo Gusso, diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. "Lá, as unidades de atendimento são privadas, mas o financiamento é público. Adotamos a mesma estratégia, mas quem paga é a operadora." Professor de medicina de família que trabalhou no Sistema Único de Saúde (SUS) até 2011, Gusso torrou um apartamento em viagens ao exterior para estudar prontuários e conhecer as entranhas dos melhores sistemas de saúde. Foi contratado pela Amil com a encomenda de montar um bom projeto de atenção primária. "Nosso objetivo não é dificultar o acesso a

outros recursos, e sim fazer o que precisa ser feito. Queremos garantir sustentabilidade para que os empregadores não precisem mudar de plano a cada dois anos”, diz. Os médicos não recebem por consulta. Eles são remunerados para cuidar de um grupo fechado de pacientes e são cobrados pelos resultados.

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 80% dos casos atendidos em consultório por médicos de família são resolvidos sem a necessidade de encaminhamento para outros especialistas. Com 18 milhões de clientes em todo o Brasil, a Unimed identificou melhorias no acompanhamento da saúde dos 200 mil pacientes que aderiram aos programas de atenção primária desde 2011. Em Belo Horizonte, a operadora lançou um tipo de plano que não permite o acesso direto dos pacientes aos especialistas. O cliente fica vinculado a um médico de referência que avalia a necessidade de encaminhamento. Em uma amostra de 935 indivíduos seguidos durante seis meses, a operadora observou que a proporção de consultas de urgência em pronto-socorro caiu de 34% para 20%. “No início, enfrentamos resistência dos clientes e dos profissionais”, diz Orestes Pullin, presidente da Unimed do Brasil. O receio dos pacientes é que o discurso da melhoria no acompanhamento se torne, na prática, uma barreira de acesso aos recursos mais caros. É uma preocupação justificável diante do histórico de negativas de cobertura que marca a relação entre as operadoras e seus clientes. O corretor de seguros Paulo Roberto Martins Soares, de 65 anos, não é de se impressionar facilmente com a qualidade de serviços prestados pelas empresas. “Sou chato, mas estou maravilhado com

o atendimento do meu médico de referência”, diz. Em março, ele sofreu um infarto e foi rapidamente atendido por Marcos Almeida Quintão, da Unimed de Belo Horizonte. O médico de família acompanhou a internação e foi visitá-lo várias vezes. “Agora tenho acompanhamento de verdade”, diz Soares. A clínica funciona das 7 horas da manhã às 9 da noite. Fora desse horário, os pacientes falam com os profissionais por telefone e mensagens. “Isso não substitui uma consulta, mas a pessoa precisa sentir que pode contar com uma opinião de confiança a qualquer momento”, afirma Quintão.

Valorizar a atenção primária é uma urgência, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). “A lógica atual é centrada em procedimentos, e não no paciente. Precisamos de um modelo mais cuidador”, afirma Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. A agência identificou cinco operadoras com experiência de atenção primária no Brasil: Amil, Unimed, Clinipan, Medplan e Silvestre. É pouco. Para estimular a expansão dos projetos, a agência, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), vai premiar as melhores iniciativas até o final do ano e fazer oficinas para que outras operadoras se inspirem. “Quando o cliente experimenta esse tipo de atendimento, ele não quer mais voltar para o que tinha antes”, diz Karla. A cultura de mau uso dos recursos médicos precisa mudar. Não só porque é insustentável, mas, principalmente, porque ela faz mal à saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DIZ QUE PLANO POPULAR JÁ PODE SER VENDIDO

O Globo – 16/09/2017

Para analista, modelo desregula setor. Operadoras querem regra específica

RIO e BRASÍLIA - Os planos de saúde acessíveis, mais baratos e com uma cobertura mais restrita, já podem ser vendidos, segundo o Ministério da Saúde. Esse foi o entendimento da pasta ao analisar o relatório divulgado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre planos de saúde populares. No documento, a agência afirma que grande parte das sugestões encaminhadas “já ocorrem no mercado”, como a cobrança de participação em exames e consultas, exigência de passar primeiro em clínicos antes de consultar especialistas e segunda opinião médica. O ministério diz, ainda, que é “livre escolha do consumidor optar pela adesão”. O plano acessível é bandeira do ministro Ricardo Barros.

Consultada, a ANS disse que o “relatório é um documento descritivo, não há um produto resultante desse trabalho”. Na nota, informa que, “como aponta o relatório, há diversas medidas que já são possíveis de acordo com a legislação vigente.”

Para a médica Lígia Bahia, professora da UFRJ e membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), está na hora de a agência dizer se é contra ou a favor do plano popular:

— Ao se posicionar, a agência estará falando também sobre a sua própria existência, pois o plano desregula o setor. E se não tem regulação, para que a ANS? Esse é um plano que atende aos interesses das operadoras e não à necessidade do consumidor. Propõe que a cobertura se restrinja à oferta de serviços locais.

Estamos voltando para antes de 1998, quando ainda não havia a lei que impôs regras para o setor.

Apesar de admitir que o relatório dá um aceno positivo aos planos acessíveis, a FenaSaúde — que representa as maiores seguradoras do setor — considera que ainda não é possível falar em lançamento do produto no mercado. A entidade quer regulação específica, que deixe claro as normas do novo produto.

— Há algumas regulamentações espalhadas que já são adequadas ao que se pretende do plano popular. Mas é preciso regra específica para dar maior transparência quanto às regras. Isso é importante para dar segurança às operadoras e ao consumidor e reduzir a judicialização. Os juizes muitas vezes alegam que a regra não ficou clara para o usuário — afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da federação.

Risco para o consumidor

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe) — que representa grandes operadoras — disse em nota considerar positiva a iniciativa do Ministério da Saúde avaliar novos produtos que “atendam à necessidade de atenção à saúde do brasileiro.” E destacou que “independentemente de como avançarem as tratativas sobre os planos acessíveis”, os demais produtos continuarão a ser oferecidos.

Para o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a ANS optou por dizer que sugestões já são praticadas.

— A ANS optou pelo caminho do “já estamos fazendo isso”, como na cobrança de participação e junta médica, ou então, indicando que parte das sugestões já existia no mercado. Há uma exceção positiva: a agência reconheceu que o reajuste por planilhas de custos (proposto para o produto) transfere o risco do negócio para o consumidor — avalia Ana Carolina Navarrete, do Idec.

CAS FARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Senado – 15/09/2017

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) vai promover uma audiência pública na terça-feira (19), às 14h, para debater os reajustes praticados pelos planos de saúde. A audiência atende a requerimento dos senadores Randolfe Rodrigues (Rede-AP), Humberto Costa (PT-PE) e Regina Sousa (PT-PI), que consideram os reajustes abusivos.

Segundo Randolfe Rodrigues, em alguns casos houve reajuste de mais de 46% nos contratos de plano de saúde, mais de 20 vezes a inflação registrada no mesmo período. O senador acusa as operadoras de planos de saúde de quererem lucrar com reajustes abusivos em um período de crise econômica, aumento do desemprego e redução do poder de compra das famílias. Randolfe lamenta que esses reajustes estejam sendo “acobertados pelo governo” e chega a classificá-los como “um assalto contra milhões de famílias”.

Para a audiência, foram convidados representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Secretaria Nacional do

Consumidor, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e da Federação Nacional de Saúde Suplementar.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, a SulAmérica Companhia de Seguro Saúde, a Amil Assistência Médica Internacional, a Geap Autogestão em Saúde e a Unimed do Brasil também devem enviar representantes para a audiência.

Instrução

A audiência também servirá para a instrução dos projetos que vedam a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias consecutivos (PLS 433/2011, em conjunto com o PLS 463/2013 e PLS 507/2013).

Outro projeto em debate é o que determina que os reajustes dos planos de saúde coletivos, individuais ou familiares também dependam de prévia autorização da ANS, dentro do índice máximo de reajuste estabelecido pela própria agência (PLS 100/2015).

A audiência será realizada na sala 9 da Ala Senador Alexandre Costa e terá caráter interativo. Perguntas, críticas e sugestões poderão ser enviadas pelo portal e-Cidadania ou pelo sistema Alô Senado (0800 61 2211).

“O JUIZ NÃO PODE INTERFERIR, ORDINARIAMENTE, NUMA QUESTÃO DE NATUREZA MÉDICA”

Saúde Business – 14/09/2017

Com o tema ‘Judicialização da Saúde: Vilã ou Solução’, Cesar Cury, desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, e José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), debateram a questão da judicialização da saúde, o impacto causado nos tribunais e a repercussão na sociedade. O painel fez parte da programação do Fórum de Saúde, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos, seção Rio de Janeiro (ABRH-RJ), nesta terça-feira (12).

Cesar Cury chama a atenção para a alta possibilidade de inconsistência nas decisões judiciais e até mesmo de “chancela” a fraudes. “O juiz tem pouco tempo de dedicação a cada caso individualmente. Não tem conhecimento especializado de medicina para avaliar o laudo médico”. O Desembargador continua: “Posso dizer que hoje a principal porta de acesso ao sistema de saúde pública ou privada é pelos tribunais de justiça e normalmente nos plantões”. Durante a apresentação, o desembargador, ainda, revela o custo temporal de um processo. “Por exemplo, quando se solicita alguma prótese ou material especial e precisa fazer uma perícia, a média de tempo é de oito meses”.

De acordo com Cury, o juiz não tem tempo de analisar – com cuidado e nem a capacidade de investigação necessária – a indicação feita por um médico para solicitações de internação, medicação ou de materiais especiais. “E na dúvida, com a ameaça de que o paciente possa vir a óbito, o juiz dispensa qualquer outro tipo de investigação, concede a tutela, expede uma ordem de prisão condicional, como um apêndice, caso a determinação não seja cumprida. É evidente que isso gere uma distorção no sistema. O juiz não pode interferir, ordinariamente, numa questão de natureza médica”, afirmou Cury.

De acordo com o desembargador, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro tem 11 milhões de processos em andamento. Desse total, aproximadamente 300 mil são demandas relacionadas ao setor de saúde. O Tribunal recebe em média 25 mil processos novos por

mês. “Esse tipo de demanda causa muito impacto, porque é cara. O processo judicial básico custa ao Tribunal de Justiça, em média, R\$ 2.800,00. É uma demanda onerosa por envolver outros atores, além do juiz, defensor, autor, advogado, serventário e da equipe de apoio. Há perícias, diligências e trocas de informações com inúmeros outros órgãos públicos e privados”, destaca.

Para reverter esse quadro de aumento da judicialização da saúde, o desembargador Cesar Cury propõe ações de negociação e conciliação de conflitos: “É preciso, junto com a sociedade, estabelecer novos mecanismos de prevenção, tratamento e solução dessas demandas”. De acordo com Cury, um caminho são os Centros de Soluções de Conflitos por Mediação, que podem ser privados, públicos ou parcerias público-privadas. “Se existe um setor muito vocacionado para instituir centros compartilhados de soluções de conflitos, é o setor privado de saúde”, enfatiza.

O diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, apresentou o que entende serem os contornos socioculturais da crescente judicialização. Cechin destaca como razões as aspirações que se sintonizam quase instantaneamente com o que se passa no mundo, mas sem que as rendas nacionais acompanhem; o poder de influência da indústria; e a alta probabilidade de sucesso das demandas postas perante o Judiciário. “Beneficiários, médicos e operadores do Direito veem como obrigação da operadora a cobertura de todas as terapias para tratamento das doenças do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)”.

TCU – Para reforçar esse entendimento e o impacto da judicialização nas ações de saúde tanto públicas quanto privada e nos orçamentos, o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin, apresentou estudo do Tribunal de Contas da União (TCU) que apontou um aumento de mais de 1.300% nos gastos da União com processos judiciais referentes à saúde em sete anos. Em 2015, o valor chegou a R\$ 1 bilhão. De acordo com o levantamento do TCU, o fornecimento de medicamentos, alguns sem constarem do registro no Sistema Único de Saúde, correspondem a 80 % das ações. Foram detectadas ainda fraudes para obtenção de benefícios indevidos. O Relatório ainda aponta que as ações são promovidas em partes iguais por defensores e advogados privados, mas que no caso de advogados privados as ações estão concentradas em pequeno número deles.

"Hoje, vivemos a judicialização da política e politização da Justiça, e na Saúde Suplementar não é diferente", salientou o diretor-executivo da FenaSaúde. Cechin destacou que algumas interpretações equivocadas podem levar a excessos. "Além do entendimento de direito ilimitado à cobertura, alega-se frequentemente a urgência em pedidos liminares sabendo-se da dificuldade de o juiz verificar se as reais circunstâncias alegadas são, de fato, condizentes, sem contar o interesse individual sobreposto ao coletivo".

Cechin observa que em suas conclusões, o TCU destaca a relativa facilidade de acesso ao Judiciário e a elevada chance de ter a

demanda atendida são causas primárias importantes do crescimento da judicialização. Para ter avanços na relação entre consumidores e operadoras, o diretor da FenaSaúde defende que é preciso que a sociedade se disponha a discutir e reformular questões que são frequentemente judicializadas, como por exemplo: contratos antigos, reajustes anuais e por mudança de faixa etária, aposentados e demitidos, e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. "É preciso reconhecer que a judicialização traz uma vantagem individual, mas que se sobrepõe ao coletivo. O custo é da coletividade e não da operadora, que apenas gerencia os recursos pagos pelos seus beneficiários".

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DÁ SINAL VERDE PARA PLANOS DE SAÚDE POPULARES

O Estado de S. Paulo – 13/09/2017

Relatório aprovado pela entidade diz não haver obstáculos para planos com mensalidades mais baixas e cobertura reduzida

BRASÍLIA - Documento aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abre caminho para que planos de saúde acessíveis (com mensalidades mais baixas e cobertura reduzida) sejam vendidos no País. Fruto de um análise feita por um grupo de trabalho convocado pela ANS, o relatório afirma não haver obstáculos para os principais pontos sugeridos para esses planos.

A ANS, por exemplo, dá sinal verde para a coparticipação (um valor que usuários devem pagar todas as vezes em que usam os serviços do plano) e para acabar com a exigência de que planos ambulatoriais garantam a internação de emergência a seus usuários, nas primeiras 24 horas.

"O relatório da ANS demonstra que os planos acessíveis podem ser implementados pelo mercado, sendo de livre escolha do consumidor optar pela adesão", informou em nota o ministro da Saúde, Ricardo Barros. "Tratam-se de ações previstas em resoluções e práticas do mercado. ANS, portanto, deve garantir a qualidade desses produtos ofertados."

O ministro é o autor da proposta de criação dos planos acessíveis que, em sua avaliação pode trazer benefícios também para o Sistema Único de Saúde. Pelo raciocínio de Barros, quanto mais pessoas ingressarem nos planos de baixo custo, melhores serão as condições do SUS para oferecer terapias mais complexas.

Desde o seu lançamento, a ideia foi criticada por especialistas em saúde suplementar. O argumento é o de que planos de cobertura mais restritas têm alcance limitado e empurram para o SUS justamente o que é mais caro, os procedimentos mais complexos. Em suma, não haveria economia para o SUS e gastos

desnecessários para usuários, que teriam a falsa sensação de segurança.

A professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Lígia Bahia, criticou o teor do documento aprovado pela ANS. "Na prática, o que temos é uma redução de direitos", disse. Na avaliação da professora, um dos pontos mais críticos é o fim da obrigação da oferta de um dia de internação nos casos de emergência para pacientes que têm planos ambulatoriais.

"A ANS é conivente nesse retrocesso", diz a professora. Ela critica ainda a possibilidade da oferta da regionalização dos serviços. "Isso também é restrição de atendimento, pois desobriga a operadora a garantir a oferta de atendimentos, caso o paciente esteja em um local onde a rede de assistência é mais frágil."

O presidente da Associação dos Servidores e Demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Cleber Ferreira, também criticou o documento. A principal falha, avalia, é a permissão da co-participação. "O texto afirma que tal instrumento já é permitido. O problema é que a proposta avaliada fixa um percentual de 50% de coparticipação e não houve por parte da ANS nenhuma manifestação sobre esse percentual", disse. Para ele, esse índice certamente vai dificultar o acesso aos serviços.

Lígia afirma que o documento da ANS é uma reprodução de opiniões expressas durante uma audiência pública. "Houve uma omissão da ANS, num momento crucial, que é a discussão de mudanças na lei de Planos de Saúde", disse a professora.

O relatório da ANS faz apenas uma restrição à proposta, enviada por um grupo de trabalho organizado pelo Ministério da Saúde. Trata-se da possibilidade de reajuste de preços. O documento não coloca obstáculos, por sua vez, ao aumento do prazo máximo para atendimento de consultas, internações e procedimentos. A ANS também disse não haver problemas para a existência de uma junta médica, que vai autorizar, nos casos mais complexos (e caros) se pacientes têm direito a determinados procedimentos e a orientação da atividade dos profissionais com base em protocolos, formulados por associações.

Procurada para falar sobre o relatório, a ANS não se manifestou até às 20h20.

RELATÓRIO FINAL DA ANS SOBRE PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL NÃO APONTA UMA SAÍDA

O Globo – 13/09/2017

Para agência, propostas apresentadas pelo governo concorre com ações regulatórias da saúde suplementar

RIO — As propostas do Ministério da Saúde sobre os planos populares preveem, em sua maioria, práticas que já existem hoje no mercado e, por isso, não precisariam de norma específica. Esta é a conclusão do grupo de trabalho formado por técnicos da Agência Nacional de Saúde (ANS) para analisar o projeto do governo. O relatório era esperado para o fim de julho, mas só foi divulgado ontem.

A agência, porém, viu com ressalvas a proposta de reajustar os planos acessíveis com base em “planilha de custo”, regra diferente da hoje fixada pela ANS. Segundo o grupo de trabalho, “se a recomposição de preços se configurar um mero repasse dos custos e do risco do negócio para o consumidor, sem estimular as melhorias de processos e os ganhos de produtividade, a ANS possui posicionamento contrário”.

O relatório diz ainda que, embora alguns itens necessitem de mais detalhes e estudos sobre seus efeitos, temas propostos nos planos acessíveis, como atenção básica, coparticipação, diretrizes de uso, canais digitais de comunicação e segunda opinião médica, já são prática no mercado.

A minuta dos planos populares, que propõe a criação de três modalidades — Plano Simplificado, Plano Ambulatorial + Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento —, foi recebida com muitas ressalvas por entidades de defesa do consumidor, por prever a possibilidade de restrições de cobertura.

ESPECIALISTA VÊ PARECER AMBÍGUO

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

Professora da UFRJ e membro da Comissão de Políticas Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Ligia Bahia diz que o relatório em si não tem novidades, sinalizando apenas que a ANS poderia implementar as mudanças sugeridas. A exceção, segundo Ligia, é o reconhecimento da ausência de base legal para que os planos ambulatoriais deixem de garantir atendimento para emergência:

— O que chama a atenção é a emissão de um parecer pouco fundamentado, pouco elucidativo, insuficiente e ambíguo, em um contexto de forte pressão para a mudança da Lei dos Planos de Saúde na Câmara.

O grupo de trabalho se debruçou sobre as principais mudanças sugeridas pelo Ministério da Saúde. Alguns deles, como a rede hierarquizada (com um profissional encarregado do acompanhamento e de todos os encaminhamentos do beneficiário na rede) e o fator moderador, que aumenta a coparticipação (o quanto o usuário paga por cada procedimento feito), já são adotados em algumas modalidades de planos em vigor e não precisam de mudanças nas regras vigentes, de acordo com a ANS. O mesmo acontece com os prazos máximos de atendimento. Contudo, a agência observa que “eventuais ajustes podem ser feitos ao se avaliar o impacto regulatório”. As conclusões da ANS serão, agora, encaminhadas ao Ministério da Saúde.

Especialista em direito à saúde, o advogado Rafael Robba considera o relatório confuso, mas avalia que o texto sugere que as três propostas do Ministério da Saúde para planos acessíveis não deveriam entrar no mercado. Ele ressalta que o próprio corpo técnico da ANS vê uma série de fragilidades na proposta do ministério.

Na opinião de Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor (Nudecon) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPRJ), o relatório da ANS desaprova qualquer retrocesso nos direitos dos consumidores.

— Entendo que, no que depender da ANS, os consumidores continuarão com seus direitos preservados. Mas os planos estão batalhando no Congresso Nacional para aprovar mudanças — ressalta a defensora pública.