

25 de Outubro de 2017

OPERADORAS REAGEM CONTRA PROJETO QUE ALTERA LEI QUE REGE PLANOS DE SAÚDE

G1 –24/10/2017

As empresas do setor reagiram contra a proposta que muda a forma do reajuste dos planos de saúde para quem está prestes a se tornar idoso.

A Câmara dos Deputados está discutindo um projeto para alterar a lei que rege os planos de saúde. As empresas operadoras do setor reagiram contra a proposta que muda a forma dos reajustes para quem está prestes a ser tornar um idoso.

O projeto mexe em muitos pontos da lei que rege os planos de saúde. Uma das propostas atinge o reajuste nas mensalidades de planos quando o usuário completa 59 anos, a última faixa de reajuste permitida por lei atualmente. É o caso da Luiza. Ela vai completar 59 anos em agosto de 2018. Hoje, ela paga R\$ 300 para um plano com cobertura bem limitada e já se prepara para o reajuste quem vem aí.

“Eu, muito assustada e na expectativa, por quê? Porque eu vou continuar com esse plano limitado e pagando mais”, disse a aposentada Luiza da Silva.

A proposta do relator Rogério Marinho, do PSDB, é parcelar esse reajuste na mudança de faixa etária a partir dos 59 anos. “De uma forma didática, quem aumentou de R\$ 1.000 para R\$ 2.000, só vai pagar R\$ 1.200. Cinco anos depois, R\$ 1.400. Cinco anos depois, R\$ 1.600, até os 20 anos que é horizonte que nós damos dentro do projeto”, afirmou o relator.

Por enquanto, no projeto não existe garantia de que esse escalonamento será feito de forma a respeitar o limite máximo de valor que existe hoje para a faixa dos 59 anos, que não pode ultrapassar seis vezes o valor da primeira faixa, de 0 a 18 anos.

Deputados como Luiz Henrique Mandetta, do Democratas, defendem incluir no texto essa garantia de que este limite máximo para o idoso continue a valer.

“O que o legislador está tentando colocar no texto da lei é que não seja penalizado na última faixa etária, com reajuste único, quase que com intuito de fazê-lo sair do plano e ficar somente com os pacientes mais jovens. Com os clientes mais jovens. É essa ideia de equidade, quer dizer, você distribuir os custos entre os mais jovens, os de meia idade e os de mais idade, para que o idoso não seja discriminado financeiramente no momento que ele mais vai precisar do plano de saúde”, explicou o deputado.

Essa mudança seria boa para os idosos, mas a Associação Brasileira de Planos de Saúde ameaça com reajustes mais altos para as faixas mais jovens e alega que tem uma explicação matemática. Se os aumentos para os mais velhos serão diluídos, para que a receita das operadoras não caia, o valor de todas as faixas terá de ser mais alto.

“Quando você vai parcelar o pagamento que você teria na última faixa etária em 25 anos, você vai encarecer a cadeia toda de produto. Então, os novos produtos vão ser desenhados com preços acima dos atuais. Isso, eu estou dizendo para todas as faixas etárias”, disse o diretor da Abrange, Pedro Ramos.

O projeto trata também de planos individuais. Hoje, a oferta de planos individuais é muito pequena. Os especialistas dizem que isso acontece, porque os reajustes destes planos são fixados pela Agência Nacional de Saúde. O que não acontece com os coletivos ou os chamados planos de adesão. E eles inundaram o mercado.

No projeto, as operadoras serão obrigadas a oferecer planos individuais e familiares. Hoje, não existe essa obrigação.

“O plano individual e familiar, ele obedece aos reajustes do índice estabelecido pela agência. E os planos outros, coletivos, não obedecem esse reajuste. Então, se houver a obrigação da operadora de seguir o índice de reajuste dos anos, vai beneficiar o consumidor sim”, afirmou o coordenador da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Federal de Medicina, Salomão Rodrigues.

Para especialistas, também este ponto precisar ser aprimorado, o projeto teria que definir regras para o preço e a cobertura dessa modalidade.

“Isso é excelente, mas, veja, o que está previsto na proposta apresentada pelo relator é apenas um enunciado. Obrigar as empresas a oferecer plano individual sem que esse anunciado tenha conteúdo é quase um pastel de vento, porque as empresas podem oferecer um plano individual, mas ele ter um valor altíssimo de mensalidade. E, portanto, ele se tornará inacessível para o consumidor. Então, seria preciso que as regras, elas dissessem, elas previssem, como será esse plano individual”, disse a professora da UFRJ, Lígia Bahia.

O texto também cria uma nova regra para quando planos coletivos não forem renovados pela operadora, um plano individual terá de ser oferecido aos idosos. Neste caso, quem dita o preço é a operadora.

Os planos de saúde combatem a obrigação de oferta de planos individuais. Preferem que a situação permaneça como está, mas por outro lado o projeto atende a um velho pedido das operadoras. Diminuir o rigor das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde por descumprimento de regras, como, por exemplo, demora ou recusa no atendimento. O texto acaba com um valor mínimo para essas multas e ainda estabelece que a punição não ultrapasse dez vezes o valor do atendimento.

Os órgãos de defesa do consumidor criticam a diminuição no valor das multas.

“Qualquer medida que diminua essas penalidades ou abrande as penalidades aplicadas às operadoras, elas podem gerar como reflexo a maior desobediência da lei”, explicou o diretor do IDEC, Igor Britto.

PARECER DA COMISSÃO ESPECIAL DE PLANOS DE SAÚDE TRAZ AVANÇOS PARA OS CONSUMIDORES

FenaSaúde-23/10/2017

A FenaSaúde analisa medidas apresentadas e faz ressalva sobre planos individuais

Na análise da FenaSaúde, o parecer do relator, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), da Comissão Especial de Planos de Saúde, traz avanços ao setor ao aperfeiçoar dispositivos da Lei dos Planos de Saúde (9.656/1998), tornando mais claros pontos obscuros, até então, na relação entre consumidores e operadoras. O relatório do Projeto de Lei (7419/2006) propõe alterações a partir da adoção de regras mais transparentes e benéficas em relação a temas como: o parcelamento do reajuste para idosos, estudo de impacto econômico na atualização do Rol de Procedimentos e, principalmente, a valorização de ações de promoção e prevenção no cuidado da saúde do beneficiário.

“Com problemas estruturais amplamente debatidos na sociedade, como os custos e a judicialização crescentes, a Saúde Suplementar precisa de um novo marco legal que traga uma relação mais equilibrada e justa para a sustentabilidade do setor. Mudanças nessa direção não significam perdas de direitos ou de qualquer outro tipo de vantagem para o consumidor. Pelo contrário, em uma série de medidas propostas, o beneficiário terá informação clara na Lei para dirimir dúvidas que levam hoje à insatisfação e, conseqüentemente, à judicialização”, explica Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Entre essas propostas, o “parcelamento” em 20 anos do último reajuste por faixa etária aos 59 anos. Hoje, muitos idosos reclamam do valor majorado e, por vezes, acabam saindo do plano de saúde. O relator sugere que, a cada cinco anos após os 59 anos, haja uma adição de até 20%. Ao completar essa idade, o beneficiário terá ciência do valor final a ser pago no fim do período. “É um ganho enorme para o consumidor. Em vez que de ter reajuste de mil moedas em um único ano, ele vai ter aumentos de 200 moedas durante os cinco primeiros anos, e mais 200 moedas durante os cinco anos seguintes. E assim gradativamente até completar cinco períodos de cinco anos”, explica Solange Beatriz.

Outra medida positiva é a adoção da avaliação de impacto econômico-financeiro na definição de cada novo Rol de Procedimentos, realizada a cada dois anos pela ANS. Atualmente, a Saúde Suplementar não tem estudos que analisem a incorporação tecnológica, do ponto de vista de custo-efetividade, diferentemente do que ocorre no sistema público que tem uma comissão para analisar novos itens. Hoje, o Rol para cobertura mínima obrigatória já contempla 91% da lista de procedimentos da Associação Médica Brasileira.

“A FenaSaúde fez um estudo inédito mostrando que 16 tecnologias, dentre as propostas apresentadas na Consulta Pública da ANS para o novo Rol, que entrará em vigor em janeiro de 2018, acarretarão aumento de custos na ordem de R\$5,4 bilhões. Levando-se em conta o momento econômico do país e o orçamento das famílias e das empresas contratantes, é preciso se questionar sobre a capacidade de pagamento da sociedade. É equivocado achar que essas despesas são das operadoras. Na verdade, a conta é de todos os

compradores – pessoas físicas e empresas. Somos nós que pagamos essa conta. Essa medida proposta tornará o processo mais transparente e os consumidores terão conhecimento sobre os custos para auxiliar na decisão sobre a incorporação ou não, que precisa proporcionar resultados clínicos efetivos e comprovados”, destaca a presidente da Federação. A ANS ainda não divulgou os itens que serão incorporados.

Planos individuais

Por outro lado, a FenaSaúde faz ressalvas sobre a obrigatoriedade estipulada no parecer para a venda de planos individuais, em razão de não se atacar, de fato, o problema que resultou na pouca comercialização desse produto. “Por que os planos de individuais deixaram de ser ofertados, em grande escala, pelas operadoras? O reajuste definido pela ANS não cobre os custos crescentes. Essa é a questão. É preciso combater a escalada das despesas, que crescem acima dos reajustes. Aumentar o acesso da população ao serviço é importante, mas isso requer custos menores e não passa por uma determinação compulsória”, alerta a executiva.

A presidente da FenaSaúde destaca como positivo o fato de a questão da promoção de saúde e prevenção de doenças ter sido incluída entre as propostas: “As associadas à FenaSaúde já caminham, há algum tempo, nessa direção da gestão de saúde.”

Ressarcimento ao SUS e multas às operadoras

Para a FenaSaúde, o direcionamento dos recursos do ressarcimento ao SUS diretamente às entidades onde for realizado o atendimento é uma questão de política pública. Cabe ao Estado definir os critérios desse direcionamento, que podem ser entre outros, proporcionais aos volumes de atendimento, ou à população de beneficiários, ou ainda para municípios mais carentes. No passado, parte dos recursos era destinada aos estabelecimentos onde o serviço fora prestado. “A mudança importante é o reconhecimento de que o ressarcimento é devido se a operadora não realiza o atendimento por decisão própria. Também reconhece que ter plano de saúde em nada reduz direito e deveres do brasileiro. Como acidentes em via pública, o SAMU leva para hospitais públicos, e não para a rede credenciada daquele beneficiário de planos de saúde. Muitas vezes, as operadoras não sabem que seu cliente está internado no sistema público. A proposta determina que a operadora seja comunicada em até 24h e que possa retirar o beneficiário, a não ser que a locomoção traga riscos à saúde. Isso vai reduzir o montante a ser pago de ressarcimento”, acredita José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde.

Já a proposta sobre multas aplicadas às operadoras traz uma razoabilidade que não existe hoje. “Atualmente, o valor das penalidades não é compatível com a gravidade das infrações. Com este modelo, apenam-se e oneram-se as empresas, sem alcançar o objetivo de induzir práticas melhores e de levar maior contribuição para o beneficiário. Há uma desproporcionalidade enorme na aplicação de valores de multas. Por exemplo, o atraso no agendamento de uma consulta pode penalizar a operadora com uma multa de R\$ 80 mil. Isso acaba prejudicando também o consumidor. Com a medida, a multa não pode ser superior dez vezes ao valor do procedimento”, detalha o diretor-executivo da FenaSaúde.

De modo geral, a Federação acredita que as medidas apresentadas, no relatório da Comissão Especial de Planos de Saúde, terão como efeito, a médio e longo prazo, uma redução de ações na Justiça contra planos de saúde, ao tornar a relação ainda mais transparente e equilibrada entre consumidores e operadoras.

IDEC LANÇA CAMPANHA CONTRA RETROCESSOS NA LEI DE PLANOS DE SAÚDE

O Globo—23/10/2017

Ação serve como alerta contra ameaças aos direitos dos consumidores

RIO — Com o objetivo de denunciar os riscos à população presentes do relatório apresentado na semana passada, na Câmara dos Deputados, para reformular a Lei dos Planos de Saúde (lei 9.656/98), o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) lançou, nesta segunda-feira, a campanha “Não Mexam na Minha Saúde”. De acordo com o Instituto, a ação tem como objetivo alertar a sociedade sobre as propostas apresentadas pelo relator do projeto, deputado Rogério Marinho, [que podem afetar o reajuste de preços dos planos de saúde para a população acima dos 60 anos](#), a flexibilização das multas aplicadas às operadoras e a segmentação como princípio norteador do mercado, em detrimento de dispositivos do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Quanto aos idosos, hoje, a lei proíbe que qualquer reajuste por idade seja dado após os 60 anos. O relatório muda essa dinâmica. A ideia é que o percentual de reajuste seja definido aos 59 anos, mas possa ser “parcelado” durante os anos seguintes, a cada cinco anos. Para Marinho, isso evitaria os aumentos abusivos dados hoje logo antes de o usuário completar 60 anos. O projeto mantém a variação entre a primeira e a última faixa etária em até seis vezes o valor inicial. Esse cálculo evitaria que o Estatuto do Idoso fosse desrespeitado. Da forma como é hoje, apenas os reajustes no aniversário do plano são permitidos na terceira idade, não mais os aumentos por faixa etária.

Os aumentos dos planos individuais, no entanto, continuam a ser definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As

empresas do setor pediam a liberação dos reajustes para a volta da venda desse tipo de contrato, mas não foram atendidas.

Advogada e pesquisadora em Saúde do Idec, Ana Carolina Navarrete afirma ser fundamental que a população entenda quais mudanças estão sendo discutidas e que saiba que pode pressionar para que retrocessos graves não sejam aprovados.

“É nosso direito ter informação e acompanhar a atuação dos parlamentares”, afirmou a especialista.

A cada adesão à campanha, os deputados que fazem parte da comissão especial criada pela Câmara dos Deputados para discutir o tema receberão um e-mail de alerta pela preservação de garantias previstas na Lei 9.656/98, que dispõe sobre seguros e planos de saúde, no Estatuto do Idoso e no CDC.

O relatório tem sido alvo de polêmica antes mesmo de ser lido. Isso porque, na avaliação dos órgãos de defesa do consumidor, a grande parte dos projetos só retira direitos dos usuários de planos de saúde. Desde junho deste ano, o Idec acompanha as discussões na comissão da Câmara que reuniu 149 Projetos de Lei em trâmite sobre o tema. Ao lado de outras nove organizações, o Idec enviou carta pedindo acesso ao conteúdo do relatório e o adiamento da votação, que tramita em regime de urgência. Já no início deste mês, o instituto foi umas das 22 entidades que lançou um manifesto denunciando os possíveis retrocessos da proposta.

Como tramita em regime de urgência, o relatório poderia ir direto ao plenário. Ao GLOBO, no entanto, Marinho afirmou que faz questão de que o parecer seja discutido e votado antes na comissão. O presidente da comissão, deputado Iran Gonçalves, marcou a votação para o dia 8 de novembro. A urgência também impede que sejam apresentadas vistas ao texto. Ou seja, possíveis mudanças terão que ser negociadas com Marinho para serem incluídas por ele ao texto.

PLANO DE SAÚDE SÓ DEVE CUSTEAR REMÉDIO REGISTRADO NA ANVISA, REAFIRMA STJ

Consultor Jurídico—23/10/2017

Os planos de saúde só podem custear a compra de medicamento registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Isso porque a Lei dos Planos de Saúde define que o fornecimento em período anterior ao registro caracteriza infração sanitária.

Assim entendeu a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao reafirmar entendimento já pacificado na jurisprudência sobre a impossibilidade de obrigar uma operadora de plano de saúde a custear medicamentos importados sem registro nacional.

No caso analisado, o colegiado deu parcial provimento ao pedido da operadora do convênio médico para anular a obrigação imposta à empresa de indenizar por danos morais pelo não fornecimento do remédio e impedir o ressarcimento dos valores gastos pelo paciente até a data do registro da substância pela Anvisa.

O paciente necessitou do Avastin a partir de 2004, mas o remédio obteve o registro nacional apenas em maio de 2005. Para o relator, ministro Villas Bôas Cueva, não era possível obrigar a operadora a custear um medicamento importado sem registro na Anvisa. “Após o registro, a operadora de plano de saúde não poderia recusar o tratamento com o fármaco indicado pelo médico assistente. Todavia,

em data anterior ao ato registral, não era obrigada a custeá-lo”, explicou.

A obrigação de ressarcir as despesas do paciente foi mantida para o período compreendido entre o registro do medicamento e o final do tratamento. Segundo o ministro, não é possível negar o fornecimento de fármaco com registro nacional que seja considerado pelo médico responsável essencial ao tratamento, pois isso equivaleria a “negar a própria essência do tratamento, desvirtuando a finalidade do contrato de assistência à saúde”.

Villas Bôas Cueva lembrou que a Lei dos Planos de Saúde excepciona o pagamento de medicamentos importados não nacionalizados, como era o Avastin. O ministro destacou que eventual fornecimento no período de pré-registro seria uma infração sanitária.

“A exclusão da assistência farmacêutica para o medicamento importado sem registro na Anvisa encontra também fundamento nas normas de controle sanitário. Isso porque a importação de medicamentos e outras drogas, para fins industriais ou comerciais, sem a prévia e expressa manifestação favorável do Ministério da Saúde constitui infração de natureza sanitária, não podendo a operadora de plano de saúde ser obrigada a custeá-los em afronta à lei”, disse.

Segundo o magistrado, o Código de Defesa do Consumidor não justificaria o fornecimento ou ressarcimento nesse caso, já que, devido aos critérios de especialidade e cronologia da legislação, “há evidente prevalência da lei especial nova” — no caso, a Lei dos Planos de Saúde, que prevê a exceção.

Quanto à condenação por danos morais, o ministro salientou que não são todas as situações de negativa de cobertura que geram dano indenizável, pois em muitos casos não há certeza acerca da obrigação do prestador de serviço com o cliente.

“Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, de forma que a conduta da operadora, ao optar pela restrição da cobertura sem ofender os deveres anexos do

contrato — como a boa-fé —, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, o que afasta qualquer pretensão de compensação por danos morais”, concluiu o relator. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

Clique [aqui](#) para ler o acórdão.

PROPOSTA QUE REFORMA LEI DE PLANOS DE SAÚDE É ABSOLUTO RETROCESSO

Consultor Jurídico—23/10/2017

Por Luciano Correia Bueno Brandão

Tramita em Comissão Especial da Câmara dos Deputados a discussão sobre a reforma da Lei 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.

As discussões abrangem 140 projetos de lei apresentados ao longo dos anos e tem por objetivo reunir uma proposta de reforma unificado.

O relator, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN) apresentou em 18.10.2017 seu parecer, que, posteriormente, será ainda levado à votação.

Toda a discussão vem sendo acompanhada de muita polêmica, dado o caráter de urgência imposta à tramitação, à limitação de entidades de defesa do consumidor no acompanhamento das deliberações e, principalmente pelo receio de que o projeto proposto prejudique os usuários.

Com a liberação do parecer, é possível, enfim, tecer considerações sobre as mudanças propostas, os avanços e, principalmente, os retrocessos.

Foco na prevenção

O parecer com a proposta de alteração menciona a "(...) incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças" (...) "compreendendo procedimentos preventivos".

O dispositivo traz avanços como o foco em procedimentos de caráter preventivo, abrindo caminho para a cobertura de vacinas, exames genéticos (visando identificar tendência ao desenvolvimento de certas doenças) entre outros.

Humanização

O projeto se preocupa com aspectos positivos no sentido de garantir uma maior humanização do atendimento e respeito a princípios bioéticos mundialmente reconhecidos.

Neste sentido, o texto menciona expressamente a garantir ao "respeito à autonomia e à integridade física e moral das pessoas assistidas", bem como "à informação sobre sua saúde".

A proposta prevê, ainda, o direito de cobertura de despesas de acompanhante de idoso, crianças e adolescentes ou pessoa com deficiência.

Portabilidade flexível e garantia de não interrupção de coberturas

Há medidas benéficas aos usuários, como permitir maior flexibilidade na mudança entre planos individuais, familiares e coletivos, de modo que os beneficiários poderão migrar de plano com o aproveitamento

de carências já cumpridas e a transferência poderá ser realizada a qualquer tempo, ao contrário do que ocorre atualmente.

O texto propõe ainda que no caso de cancelamento do plano coletivo por iniciativa da operadora, esta deverá, obrigatoriamente, oferecer plano na modalidade individual ou familiar aos usuários que desejarem. Atualmente, é comum que no caso de cancelamento de apólices de planos coletivos, os usuários tenham que ir à Justiça exigir o direito de continuidade de coberturas.

Uma alteração é particularmente benéfica aos usuários aposentados que usufruem de planos empresariais. Atualmente, o ex-empregado aposentado poderia se manter no plano de saúde após o seu desligamento, assumindo o pagamento das mensalidades, desde que houvesse contribuído com o pagamento do plano por no mínimo 10 anos. A nova proposta de lei reduz este prazo para 5 anos.

Ou seja, empregado aposentado que contribuiu pelo período de ao menos 5 anos, poderá, após o seu desligamento, se manter no plano empresarial de forma vitalícia.

Obrigatoriedade de comercialização de planos individuais e familiares

O parecer propõe que as operadoras "(...) oferecerão, obrigatoriamente, planos de contratação individual ou familiar, a seus atuais e futuros consumidores".

Durante muitos anos, as operadoras retiraram do mercado os planos individuais e familiares pelo fato de este tipo de contrato ser o que oferece maior proteção legal aos consumidores, como a limitação de reajustes anuais (estabelecidos pela ANS) e a impossibilidade de cancelamento unilateral por iniciativa da operadora.

Com a previsão da obrigatoriedade de comercialização deste produto, os usuários terão uma opção mais segura.

Reajustes por idade escalonados

Uma das principais causas de processos judiciais contra planos de saúde relaciona-se aos reajustes por idade.

Atualmente, a última faixa etária prevista nos contratos é a dos 59 anos. O problema, é que ao atingirem esta idade, os usuários sofrem reajustes que alcançam percentuais de 80%, 90% e até 100% .

A reforma da legislação propõe alteração neste tocante prevendo que: "Para aplicação do reajuste da última faixa etária a operadora, no momento em que o beneficiário completar 59 anos, calculará o valor nominal do reajuste dividindo-o em cinco parcelas, de no máximo 20% cada uma, que serão aplicadas a cada cinco anos".

Em outras palavras, se ao atingir 59 anos de idade o usuário teria um reajuste previsto em contrato de, por exemplo, 100% , com a nova sistemática seriam aplicados reajustes anuais de 20% ao longo dos 5 anos seguintes. Ou seja, o usuário teria um aumento de 20% aos 59 anos, 20% aos 64 anos, 20% aos 69 anos, 20% aos 74 anos e 20% aos 79 anos.

Na prática, a proposta cria novas faixas etárias (o que seria vedado pelo Estatuto do Idoso), porém dilui o impacto do reajuste ao longo do tempo. Este, certamente, será um ponto do projeto ainda passível de muita discussão.

Estímulo ao subsídio de informações técnicas aos juízes

O texto do projeto propõe que "(...) em demandas nas quais se pleiteie a realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto para saúde ou medicamento, o juiz deverá, antes de conceder a tutela de urgência, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada".

Este dispositivo da proposta não é uma novidade. Na verdade o próprio Conselho Nacional de Justiça tem estimulado a criação dos Núcleos de Apoio Técnico junto aos Tribunais a fim de subsidiar os juízes com dados técnicos para que possam embasar suas decisões.

Há, no entanto, algumas críticas a estas iniciativas. Em primeiro lugar, pelo possível comprometimento da imparcialidade, vez que muitos destes núcleos são patrocinados por operadoras de saúde, parte diretamente interessada na ingerência dos procedimentos.

Além disso, a vinculação da decisão judicial a parecer técnico de terceiros fere a autonomia profissional do médico assistente do paciente, que tem o direito de indicar o tratamento mais adequado, não devendo haver intervenção ou restrições por parte das operadoras que, obviamente, tem interesse na redução de custos e limitação de coberturas.

De toda forma, é importante destacar, por outro lado, que o projeto da reforma ressalva que, em casos de urgência, o magistrado pode dispensar o parecer técnico prévio.

Restrição da aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor

Este é, sem dúvidas, o ponto mais polêmico do projeto apresentado e o mais perigoso para os usuários.

A atual Lei 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde, garante expressamente em seu artigo 35-G, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde.

O projeto apresentado, no entanto, inclui uma ressalva.

Embora reconheça a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde, dispõe que essa aplicabilidade "(...) não pode resultar em desconsideração da segmentação contratada, do Rol de Procedimentos e Eventos cobertos pelo plano de assistência à saúde, nem determinar a realização de procedimentos que não sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde ou o fornecimento de medicamentos ou produtos para a saúde que não sejam certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária".

Na prática, este dispositivo atende a uma antiga reivindicação das operadoras e causa enorme prejuízo aos pacientes.

Isto porque, uma das maiores causas de ações judiciais movidas por pacientes é justamente a cobertura de exames, tratamentos e procedimentos ainda não incluídos no rol de procedimentos da ANS.

Isto ocorre porque o referido rol é atualizado periodicamente (normalmente a cada 2 anos) e a incorporação dos novos tratamentos e tecnologias pela ANS não acompanha a evolução das ciências médicas.

Vale dizer que o rol da ANS encontra-se sempre defasado.

O Judiciário, por outro lado, entende de forma absolutamente pacífica que o rol de procedimentos da ANS tem caráter meramente exemplificativo. Ou seja, representa apenas as coberturas mínimas obrigatórias, não significando que outros procedimentos, ainda que não previstos expressamente no rol, não devam ser cobertos.

Neste sentido, pode-se mencionar, por exemplo, o teor da Súmula 102 do Tribunal de Justiça de São Paulo, que dispõe justamente que: "Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS".

A iniciativa do projeto de reforma é, justamente, limitar a responsabilidade das operadoras exclusivamente aos procedimentos previstos no rol editado pela ANS, o que sem dúvidas representaria um prejuízo imensurável aos pacientes que sofreriam restrições de acesso a tratamentos mais modernos e eficazes, porventura não incorporados na lista oficial da ANS.

Outra questão igualmente polêmica é a restrição expressa ao fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa.

Muitos pacientes, principalmente com doenças graves e por vezes raras, necessitam de medicamentos não disponíveis no Brasil, porém já amplamente utilizados pela comunidade médica internacional e registrados junto aos órgãos de vigilância sanitária da Europa e Estados Unidos, não havendo dúvidas quanto à sua eficácia e segurança.

As operadoras, por sua vez, alegam que não seriam obrigadas a fornecer medicamentos sem registro.

Caso prevaleça a proposta da reforma apresentada, os pacientes encontrarão mais uma barreira para garantir acesso a tais medicamentos, sendo prejudicados pela inércia dos próprios órgãos regulamentadores do país. Para se ilustrar, basta mencionar que a média do tempo para registro de medicamentos pela Anvisa é de 4 anos, havendo casos em que este período é muito maior.

Absoluto retrocesso

O Parecer do projeto de reforma da Lei dos Planos de Saúde apresentada pelo Deputado Rogério Marinho (PSDB) traz alguns avanços que, pontualmente, beneficiam os usuários. No entanto, naquilo que realmente interessa, é um absoluto retrocesso e atende exclusivamente aos anseios das operadoras.

Os pontos principais, como reajustes de mensalidades para idosos (ainda que de forma escalonada) e, principalmente, as restrições à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor no tocante à cobertura de exames, procedimentos, novas tecnologias não previstas no rol da ANS, bem como ao acesso a medicamentos são lamentáveis, de legalidade (e constitucionalidade) questionáveis e, sem dúvidas, ensejarão um potencial aumento da judicialização, pois não restará aos pacientes alternativa senão recorrerem à Justiça para resguardar seus direitos.

VENDA DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL PODE NÃO DECOLAR

O Globo—22/10/2017

Especialistas dizem que obrigatoriedade criada por projeto de lei não é suficiente para aumentar acesso

RIO — O projeto que vai reformar a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), apresentado na Câmara na semana passada, determina que as empresas do setor sejam obrigadas a vender planos de saúde individuais. Na prática, porém, há dúvidas sobre se isso resultaria, de fato, no aumento da oferta de produtos com esse perfil. Atualmente, dois terços das operadoras, ou 488 delas, comercializam planos individuais. Esse tipo de contrato, no entanto, corresponde a uma fatia de apenas 19% do mercado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

— Se a ideia era incentivar o plano individual, seria mais efetivo proibir os falsos coletivos. Com a recessão, esse perfil de plano, em que as pessoas são convidadas a se associar a entidades com as quais não têm relação ou a declarar vínculo com um CNPJ, muitas vezes, oferecido pelo próprio vendedor, só cresce. O individual não deixou de ser oferecido, é que o preço não é atraente. A diferença de valor para um plano coletivo pode bater 50%. Se não houvesse a possibilidade de “coletivo” de um só (falso coletivo), as empresas seriam impulsionadas a oferecer individuais mais atrativos — avalia Mario Scheffer, coordenador do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da USP.

PARA EMPRESAS, AGRESSÃO À LIVRE INICIATIVA

No estado de São Paulo, segundo dados de 2016 da ANS, o preço do plano individual com cobertura ambulatorial e hospitalar, para a faixa de 44 a 48 anos, custava, em média, a partir de R\$ 479,77, ou 19,4% mais que os coletivos no mesmo padrão. No mercado fluminense, o custo era 36,1% mais alto. A maior diferença foi registrada em Roraima: 77,4%.

A FenaSaúde, que reúne 23 operadoras no país, sustenta que obrigar, por lei, as empresas a vender um produto pode ser inconstitucional:

— O deputado (relator do projeto) quer que se volte a vender plano individual. Mas há uma agressão ao princípio constitucional da livre iniciativa. Afora isso, houve uma razão para o desinteresse das operadoras na venda do produto, que é o subreajuste. O aumento autorizado pela ANS não permite recompor os custos. A operadora fica no prejuízo e, por isso, não quer vender individual — diz Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da entidade.

Ela negou, contudo, que as empresas pretendam combater a determinação, caso o projeto de lei seja aprovado como está:

— As operadoras não vão resistir, mas não podemos entender que, isoladamente, seja uma boa proposta. Não precisa liberar o reajuste dos individuais, mas poderiam ser criadas regras para fazer um reajuste adequado, com parâmetros realistas.

Na avaliação de Patrícia Cardoso, coordenadora do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio, a obrigatoriedade de venda dos planos individuais proposta na revisão da lei atende a um anseio dos consumidores:

— Toda lei deveria ser uma resposta a uma demanda da sociedade, e essa mudança reflete isso. É um problema sistêmico da saúde, o consumidor que sai do plano empresarial não tem para onde ir.

Lígia Bahia, especialista no setor de Saúde da UFRJ, destaca que o projeto empurrou para a ANS a regulação dessa oferta obrigatória. E ressalta que abre brechas para a criação do chamado plano popular, que teria rol de cobertura reduzido — podendo ser regional — e, com isso, preço menor:

— O que se defende entre as empresas do mercado é vender plano individual popular, ainda que não seja autorizado no momento. Elas querem recuperar as pessoas que deixaram de ter plano e atrair outras. As operadoras vão voltar a vender o individual, especialmente um produto reduzido.

O projeto de lei não fala em redução de rol de cobertura dos planos, embora reforce seguidas vezes que é preciso obedecer a segmentação dos contratos. O relator, o deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), afirmou ao GLOBO que este não é o momento para essa discussão, mas admitiu que será necessário voltar ao tema futuramente.

O principal nó, segundo as operadoras, está no mecanismo de reajuste do plano individual, que tem o aumento anual das mensalidades calculado pela ANS. Este ano, ficou em 13,55%. Nos planos coletivos — que representam 81% dos contratos do setor — o percentual chegou a 40% em alguns casos.

Fontes do mercado dizem que já está em estudo a possibilidade de que o índice de reajuste dos individuais passe a ser calculado por uma instituição independente, e não mais pela ANS.

MUDANÇA DE MODELO

Mesmo sem mudanças no reajuste, a Amil, maior empresa de saúde suplementar do país, com 3,58 milhões de beneficiários, voltou a vender planos individuais, portfólio que estava fechado desde 2013. O Next Access, que tem cobertura ambulatorial e hospitalar, com abrangência municipal, ancorado na rede própria da operadora, foi lançado em São Paulo e Guarulhos, com meta de venda de 15 mil contratos até o fim deste ano. Em adesão individual sem coparticipação — quando o beneficiário paga um percentual dos atendimentos —, tem mensalidade a partir de R\$ 190,08, na faixa até 18 anos, similar aos preços já praticados no mercado.

— O cenário não mudou, nós que mudamos. Formulamos um plano focado na coordenação do cuidado, com rede hierarquizada, negociamos diferentes formas de remuneração com os prestadores, saindo do modelo de pagamento por serviço que incentiva desperdício e não promove qualidade — diz Laís Perazo, diretora Técnica da Amil.

A Unimed Rio, que tem um terço da carteira de planos individuais, teve alta de 35% nas vendas dessa modalidade, no terceiro trimestre ante janeiro a junho, mostrando o apetite do consumidor.

— As empresas estão desenvolvendo projetos para reduzir custos e ter planos mais acessíveis. Mas os custos são muito altos. O rol de procedimentos é muito amplo e poderia ser mais restrito em algumas coberturas — defende Solange.

OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE DEFENDEM NOVO PRODUTO QUE CUBRA APENAS NA 3ª IDADE

Jornal Extra–22/10/2017

Com toda a discussão na Câmara dos Deputados sobre a nova lei dos planos de saúde — que entre outras propostas liberaria o reajuste por faixa etária após os 59 anos —, um outro projeto, já aprovado na Casa e em análise no Senado, cria o chamado VGBL-Saúde. Trata-se de um seguro com cobertura de sobrevivência, que seria pago durante toda a vida e permitiria ao trabalhador usar os recursos acumulados para despesas de saúde na terceira idade. O produto seria semelhante aos planos de previdência privada, mas está correndo por fora e descolado da discussão da nova lei de convênios médico-hospitalares.

O projeto, de autoria do deputado federal Lucas Vergílio (SD-GO), propõe a concessão de um incentivo fiscal ao trabalhador que utilizar recursos para pagar um plano de saúde. Ao segurado seria garantida a isenção de Imposto de Renda se, no futuro, o resgate do rendimento acumulado na aplicação fosse feito para garantir a cobertura de saúde, disse o diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin.

— A pessoa contrataria, por exemplo, aos 20 anos e contribuiria até se aposentar aos 65, com expectativa de vida até os 85. Seriam 45 anos de contribuição e, por 20 anos, ela teria a cobertura do plano. Seria como fazer uma poupança. Mas a pessoa precisaria saber que plano ela gostaria de ter no futuro e pagar para isso — disse.

Para ser oferecido no mercado, o produto dependeria de uma previsão na legislação brasileira e não poderia somente ser regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O presidente substituto do órgão regulador, Leandro Fonseca, defende a criação de um mecanismo ou um regime de capitalização que seja ligado à pessoa para financiar, no futuro, a assistência médica.

— Não defendo um produto específico, mas devemos discutir financiamento e poupança para saúde no futuro — acrescentou Fonseca.

'Proposta deve ser apreciada em separado', explica especialista

A ideia de constituir um fundo, uma poupança no presente, para garantir a cobertura da saúde no futuro, durante o período de aposentadoria, não é ruim. Mas como esse projeto é para a criação de um novo produto no mercado de seguros, a proposta deve, realmente, ser apreciada separadamente e fora da discussão da nova

lei de planos de saúde — afirmou o advogado especialista em Direito à Saúde Rodrigo Araújo.

Projeto está em tramitação no Senado

O novo produto permitiria que as empresas fizessem contribuições ao VGBL-Saúde do funcionário sem que o valor fosse considerado parte do salário — portanto, sem a incidência de encargos proporcionais de FGTS e INSS, entre outros. Se resolvesse resgatar o dinheiro, o beneficiário estaria sujeito à tabela regressiva — com alíquotas que começam em 35% e vão caindo gradativamente a cada dois anos, até alcançar o patamar mínimo de 10%.

Para o deputado Lucas Vergílio, autor do projeto, o atraso na votação da proposta no Congresso se deve à conturbada agenda política e à votação de reformas. Segundo o diretor da FenaSaúde, José Cechin, a aprovação depende de uma mobilização também do Poder Executivo, que hoje não quer se comprometer com mais um produto que gere incentivos fiscais e possível perda de arrecadação.

Haveria versão empresarial do produto

O VGBL-Saúde teria opções de planos empresarial — com contribuições do empregador para o trabalhador — e individual. Em caso de insatisfação, o segurado poderia trocar de seguradora ou operadora de previdência ao longo do tempo. Mas a nova empresa escolhida teria que seguir as mesmas regras, com previsão de repasse direto dos recursos. Não seria permitida portabilidade de um VGBL regular para o VGBL-Saúde. Questões como morte do titular do plano, capitalização e resgate do dinheiro ainda dependeriam de regulamentação.

Segundo a FenaSaúde, hoje, mais de 70% dos beneficiários de planos têm convênios individuais, e a média de permanência é de 19 anos.

'Experiência não deu certo nos Estados Unidos', diz professora da UFRJ

Qual é sua avaliação sobre o projeto?

É uma poupança de capitalização individualizada para cobertura de plano de saúde, que deu errado nos Estados Unidos.

Por que essa experiência não foi bem sucedida?

A proposta é parecida com a do plano de previdência, em que há uma relação direta e de proporcionalidade entre a contribuição que você faz e o benefício que terá no futuro. O problema é a imprevisibilidade do setor. Deu errado nos Estados Unidos porque muitas pessoas que contribuíram a vida inteira e mais tarde tiveram doenças com necessidade de tratamento intensivo e prolongado, e não tiveram a cobertura total de que precisavam. A poupança feita durante a vida inteira não foi suficiente.

ANS QUER LIMITAR VALOR PAGO POR USUÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE COM COPARTICIPAÇÃO

Agência Brasil–21/10/2017

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quer limitar o valor que os planos de saúde podem cobrar pela coparticipação, quando o usuário paga uma parte do procedimento autorizado pela operadora. A proposta está em uma [minuta de resolução normativa](#) sobre planos de coparticipação e franquia divulgada pela agência junto com a reabertura de uma consulta pública sobre o assunto.

O documento sugere que a coparticipação não ultrapasse 40% do valor do procedimento. Também estabelece a isenção da cobrança do percentual em até quatro consultas com médicos generalistas — pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia — no período de 12 meses e em exames preventivos como mamografia, colonoscopia, glicemia de jejum, teste de HIV, entre outros.

Em abril e maio deste ano, a ANS recebeu contribuições sobre o tema, que levaram à elaboração da minuta. No entanto, por causa de mudanças na direção da agência, os gestores decidiram abrir mais uma etapa de participação pública antes da atualização das normas para planos de coparticipação e franquia. Por causa da nova fase de manifestações, a proposta de minuta de resolução normativa ainda deve passar por alterações.

Com as mudanças, o objetivo da ANS é atualizar regras para o setor, vigentes desde 1998, e dar mais transparência aos usuários que contratam estes serviços. As contribuições podem ser apresentadas por qualquer pessoa até o dia 25 de outubro e serão acrescentadas às colaborações recebidas na consulta feita em abril e maio deste ano. Os interessados em participar devem utilizar o [formulário online](#).

De acordo com o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, aproximadamente 50% dos 48 milhões de beneficiários dos planos de saúde no Brasil possuem em seus contratos um dos dois mecanismos de regulação: a coparticipação ou a franquia. Na coparticipação, além de um valor mensal fixo, o usuário tem um custo adicional sempre que realiza um procedimento, como consulta, exame, entre outros. Com isso, espera-se uma mensalidade mais baixa que os planos tradicionais.

Por sua vez, a franquia consiste em estabelecer um limite financeiro até o qual a operadora não tem obrigação de custear o procedimento. "Digamos que um determinado contrato estabeleça que, durante um período de 12 meses, como é a forma mais recorrente, o usuário vai custear o seu próprio tratamento até o valor de R\$ 2 mil. Então ele vai em alguns médicos, realiza alguns exames e paga do seu próprio bolso. A partir do momento em que se atingiu R\$2 mil, a operadora é quem passa custear as consultas, exames e demais procedimentos", explicou Aguiar. Nesse tipo de contrato, o usuário acaba sendo estimulado a moderar o gasto com os serviços de saúde, já que em um primeiro momento é ele quem paga a conta.

Segurança jurídica

PLANOS DE SAÚDE PARA IDOSOS PODEM FICAR IMPRATICÁVEIS, DIZEM ESPECIALISTAS

Folha de São Paulo–20/10/2017

A proposta de [nova lei de planos de saúde](#) apresentada na Câmara dos Deputados no dia 18 de outubro é um desserviço aos usuários, não cobre necessidades de saúde, "rasga" o Estatuto do Idoso e [só beneficiará o mercado](#).

A afirmação vem dos professores de saúde coletiva Ligia Bahia (UFRJ), e Mario Scheffer (USP), que pesquisam políticas de saúde, planos e seguros privados.

"A urgência de uma lei tem as digitais das operadoras, assíduas financiadoras de campanhas eleitorais", afirma Scheffer, 51. Sobre o reajuste de planos dos idosos, defendido pelas empresas, Ligia, 62, afirma que é um equívoco confundir velhice com doença. "O envelhecimento por si só não é o responsável pela elevação de custos na saúde."

Folha - Qual o impacto do relatório da revisão da leis dos planos, que está na Câmara?

Mario Scheffer - É das empresas de planos o relatório da comissão especial, que abre caminho para normatizar a segmentação de coberturas, prevê liberação do reajuste por faixa etária acima de 60 anos e a diminuição drástica do valor das multas aplicadas em função de atendimentos negados. Também propõe mudança radical no ressarcimento ao SUS, que passa a ter um formato de captação de recursos de hospitais e secretarias de saúde, o que na realidade se trata de claro incentivo à "dupla porta", o atendimento diferenciado de

Segundo o diretor da ANS, por serem muito antigas, as regras que envolvem esses contratos partem de premissas genéricas. "A dinâmica do mercado vem mostrando a necessidade de termos uma maior segurança jurídica sobre esses mecanismos, especialmente o de coparticipação, que gera muitas dúvidas e responde por 66% desses tipos de contratos. A normatização atual não apresenta quase nenhum parâmetro. Não contém, por exemplo, qualquer limite financeiro na cobrança da coparticipação. O que existe é uma orientação. Para a ANS, valores acima de 30% são considerados fatores restitutos severos da utilização dos serviços de saúde. Mas isso não está normatizado", explica.

Aguiar afirma que tanto a isenção de cobrança de coparticipação em alguns procedimentos como a criação de um limite de percentual são assuntos polêmicos sobre os quais a população pode opinar através da consulta pública. "A coparticipação é geralmente cobrada em cima do valor do procedimento. Entretanto, há procedimentos que podem custar milhares de reais. E, nesse caso, qualquer percentual aplicado resultará em um valor muito alto. E aí entra outra discussão. Deve-se estabelecer um limite percentual ou um limite de valor monetário específico?", pondera.

A nova regra também deve fortalecer processos que garantam a transparência. Hoje, já existem algumas regras com este intuito. Desde 2016, por exemplo, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a dar aos usuários acesso detalhado aos serviços que ele utilizou: com quais médicos se consultou, quais exames realizou, etc. Ainda assim, a ANS avalia que há um déficit informacional envolvendo estes contratos, o que cria dificuldades para se saber o que está sendo comercializado.

clientes de planos em unidades públicas. Com a mudança, o SUS passa a ser um prestador de serviços dos planos de saúde.

Essa nova lei, claramente desfavorável às necessidades de saúde, um desserviço ao país, tem as digitais das operadoras, assíduas financiadoras de campanhas eleitorais e que recentemente foram acusadas de comprar a medida provisória do capital estrangeiro que as beneficiou. As negociações na comissão especial foram praticamente secretas. Nas poucas audiências públicas quem mais participou foi o setor privado.

O que achou da proposta da Câmara de reajuste acima de 60 anos? O mercado de planos alega que é importante em razão do aumento da longevidade e do alto custo das doenças crônicas. Há uma outra saída?

Ligia Bahia - A proposta da Câmara rasga o Estatuto do Idoso e ameaça a permanência dos idosos nos planos, ao prever aumentos em progressão geométrica. Serão dois tipos de reajustes, o anual no aniversário do contrato e a cada cinco anos acrescido por um fator multiplicador até o fim da vida. Ficarão impraticáveis as mensalidades que já são mais elevadas para quem tem acima de 60 anos. É um equívoco confundir velhice com doença. O envelhecimento por si só não é o responsável pela elevação de custos na saúde. No Brasil, os idosos frequentemente seguem trabalhando e pagando imposto e não são necessariamente doentes. Em muitos países as políticas são orientadas para a chamada "compressão de morbidade" que significa prevenir riscos e doenças de modo a permitir que se viva melhor e por mais tempo. Ironicamente, diversos planos especializados em população idosa dão lucro.

Entidades de defesa do consumidor defendem que planos coletivos tenham o mesmo reajuste dos individuais. As operadoras dizem que isso as quebraria. Há meio termo?

Mario Scheffer - São praticados índices de reajuste absurdos em contratos coletivos que não são feitos com empresas e, sim, por adesão a produtos fraudulentos. Corretores exigem um CNPJ ou a vinculação artificial a uma organização qualquer. Esses planos que

têm natureza claramente individual foram falsamente coletivizados para expandir o mercado e escapar da regulamentação. É lógico que deveriam ser reajustados com os mesmos padrões dos individuais. Nos coletivos de verdade, a negociação entre as partes tende a ser mais equilibrada. Os falsos coletivos são uma aberração.

O mercado também se queixa que muito da judicialização advém de demandas não previstas em contrato. As pesquisas corroboram isso?

Nossas pesquisas evidenciam um aumento expressivo das ações judiciais contra planos de saúde. Em São Paulo, são mais de 120 decisões contra planos por dia. Na segunda instância, os julgamentos relativos a planos já superam as ações movidas contra o SUS.

A maior parte das demandas é motivada por exclusão de cobertura de procedimentos caros e por reajustes abusivos, que, segundo as interpretações dos juizes, são obscuras nas normas legais e em contratos pouco padronizados. Mais de 90% das reclamações dos clientes têm sido acatadas.

Planos populares podem desafogar o SUS?

Ligia Bahia - Os planos sempre foram impopulares, criticados por quem os tem e inacessíveis para a maior parte da população.

Hoje tem mais brasileiros com planos (27%) do que em 1998 (23%), segundo dados do IBGE, e nem por isso as demandas para o público foram reduzidas. Ao contrário, nestes 20 anos houve ampliação do acesso e utilização do SUS. Planos mais baratos farão com que o SUS fique mais "afogado" com procedimentos mais caros e complexos.

OBRIGATORIEDADE DE PLANOS DE SAÚDE REEMBOLSAREM O SUS POR ATENDIMENTO É DEBATIDO NA CÂMARA

O Globo—19/10/2017

Dados da ANS indicam que operadoras deixaram de pagar 51% dos recursos que deveriam ter sido ressarcidos, por lei

RIO — O não reembolso por parte das operadoras de Planos de Saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos atendimentos prestados aos clientes dos planos e a falta de pagamento das multas aplicadas às operadoras é tema de debate que está acontecendo, nesta quinta-feira, na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

De acordo com o deputado João Paulo Kleinubing (PSD-SC), um dos autores do requerimento para realizar o debate, dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) indicam que as operadoras de planos de saúde deixaram de pagar 51% dos recursos que, por lei, deveriam ser ressarcidos ao SUS.

"O debate acerca deste tema se faz necessário uma vez que há um imbróglio no que tange a legalidade desta regra. Ainda de acordo com o que foi divulgado, boa parte das cobranças são questionadas judicialmente, pois a Constituição garante o acesso universal ao SUS", afirma.

O projeto que pretende alterar a lei que rege os planos de saúde, cujo parecer do relator, deputado Rogério Marinho, foi lido nessa quarta-

Desperdícios, desvios e fraudes são apontados como algumas das grandes causas do aumento do custo da saúde suplementar. O que é preciso para organizar esse sistema?

Fraudes e desvios que geram a fragmentação e desorganização da assistência privada decorrem em parte de estratégias de competição predatórias e em parte da inadequação da regulamentação. A polêmica sobre a responsabilidade sobre o aumento de gastos opõe planos de saúde e hospitais, produtores de medicamentos e médicos. A mesma empresa de plano também é grupo hospitalar e ainda possui unidades de diagnóstico. Há espaço para soluções buscadas internamente.

A mudança de modelo de remuneração ajudaria?

Mario Scheffer - Sem dúvida é bem vinda a introdução de modelos de remuneração que aproximem o pagamento dos melhores desfechos clínicos e resultados. Mas isso não é uma panaceia. Todas as modalidades têm problemas. Enquanto o pagamento por produção pode levar à sobreutilização de exames, assalariados podem se acomodar, atendem menos pacientes em menor dedicação e têm pouco compromisso com custos.

Se o pagamento é por número de pacientes, idosos e crônicos passam a ser evitados pelos prestadores, que também podem abandonar pacientes fora das metas no caso do pagamento por resultados. Nos países ricos os modelos não são únicos, dependem da organização dos serviços e dos profissionais.

feira na Comissão Especial que trata do tema, altera a forma como é recolhido o ressarcimento ao SUS, quando uma operadora de plano de saúde tem que reembolsar a União todas as vezes que um usuário utiliza o serviço público. Hoje, esses valores são recolhidos pelo governo federal e a distribuição dos recursos se dá de forma difusa, pelo Fundo Nacional de Saúde. O relatório do deputado Marinho, que deverá ser votado no dia 8 de novembro, muda isso para que o ressarcimento seja recolhido pelo estado ou município vinculado ao hospital que prestou o serviço.

"(...) Entendemos que a atual sistemática de ressarcimento não contempla as necessidades dos entes que prestam serviços de saúde. Há reclamações por parte dos que prestaram ou executaram o serviço de saúde ao usuário dos planos, pois, em diversas ocasiões, a União tem demorado a repassar os recursos, considerando a questão dos contingenciamentos das despesas públicas. Isso tem prejudicado o funcionamento dos entes que prestaram os serviços, e, por consequência, o atendimento à população", diz o relatório.

A regra ainda obriga que o estado ou município comunique a operadora de plano de saúde do atendimento até 24 horas após a entrada do paciente. O relatório também dá à operadora a opção de transferir o segurado a um estabelecimento credenciado pelo plano de saúde. Se decidir manter o paciente no SUS, terá que pagar o valor dos procedimentos mais um acréscimo de 25%. Esse valor extra (25%) deixa de ser cobrado se o hospital descumprir as 24 horas de aviso ou se a transferência representar risco para o paciente.

Para o debate de hoje, foram convidados para o debate os representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Daniel Meireles Fernandes Pereira; do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass) Renê José Moreira dos Santos; da Confederação Nacional de Saúde (CNS) Marcelo Moncorvo Britto; do Ministério da Saúde; e da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

IOT NA SAÚDE: GRUPO SÃO FRANCISCO INVESTIRÁ R\$1,5 MILHÃO

SaúdeBusiness—19/10/2017

Promover uma experiência diferenciada aos beneficiários e, ao mesmo tempo, melhorar a efetividade do atendimento. Esse é o principal objetivo do Grupo São Francisco ao investir no desenvolvimento do 'Projeto Tercepta' que, por meio da aplicação de um sistema de reconhecimento facial nas unidades próprias do plano de saúde da holding, tornará o atendimento dos clientes mais ágil e eficiente. Com um investimento previsto de R\$ 1,5 milhão até o final de 2018, a tecnologia fará o mapeamento de cerca de 1.500 beneficiários por dia.

O projeto, que vem sendo desenvolvido desde o ano passado, já está em teste em algumas unidades assistenciais do Grupo. Com ele, ao entrar nas unidades de atendimento, os beneficiários são identificados por reconhecimento facial. O sistema de identificação envia imediatamente a informação da presença do cliente à Central de Monitoramento do aplicativo BIO – voltado ao monitoramento de saúde dos beneficiários -, e a recepção da unidade, permitindo um primeiro contato mais rápido. Além disso, será possível saber em quais unidades há maior busca espontânea dos pacientes e por quais motivos, o que ajuda na melhoria da oferta dos serviços especializados e diminui o tempo de espera nas filas.

“O nosso principal objetivo com o projeto é proporcionar uma melhor experiência ao usuário, com atendimento acolhedor, complementando as nossas ações de medicina preventiva”, afirma o Dr. Carlos Braga, gerente médico de Saúde Preventiva do Grupo São Francisco, que complementa “com o sistema operando, conseguiremos acompanhar o fluxo de consultas do paciente, bem

como o andamento do seu tratamento de forma rápida, o que nos permite oferecer ajuda caso haja alguma dificuldade durante o processo”.

Vale destacar que a média de assertividade do sistema está acima dos 99%, o que também ajudará na prevenção de fraudes. Além disso, o beneficiário não precisará mais apresentar nenhum tipo de documentação (carteirinha, pedido médico, solicitação de exame) ao chegar nas unidades da rede própria do Grupo, já que o recepcionista irá dispor de todas as informações necessárias para a efetivação da consulta ou exame instantaneamente após o reconhecimento da câmera.

Integração mobile

A solução será integrada com os principais aplicativos da operadora São Francisco Saúde: BIOapps e São Francisco Clientes. Isso permitirá que os beneficiários tenham acesso a uma linha do tempo com todo seu histórico de atendimento na rede. Será possível também a procura por mais informações sobre horário de consultas e exames agendados, além do envio de feedback sobre o atendimento.

Segurança e agilidade no atendimento hospitalar

Posteriormente o Projeto Tercepta será usado nos Centros Cirúrgicos do Grupo São Francisco para o controle do fluxo de médicos e pacientes. A ideia é que a solução aumente a segurança dos espaços, já que controlará o acesso dos especialistas e pacientes às salas cirúrgicas.

“Em suma, queremos que a ferramenta nos ajude não somente na melhoria da experiência do usuário, como também no aumento da assertividade do atendimento, levando os beneficiários ao local mais adequado para as suas consultas”, finaliza Dr. Carlos.

PROJETO PREVÊ REAJUSTE EM PLANO DE SAÚDE DE IDOSOS E MUITA MENOR A OPERADORAS

O Estado de São Paulo—19/10/2017

Pela regra atual, aumento de mensalidade é proibido após cliente fazer 60 anos; relatório sugere cinco parcelas de aumento depois dessa faixa etária

BRASÍLIA - Relatório apresentado nesta quarta-feira, 18, na Câmara dos Deputados para reformular a lei de Planos de Saúde prevê o fim da proibição do reajuste de mensalidade após os 60 anos. O texto, preparado pelo deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), permite que o reajuste seja feito, passada essa faixa etária, em cinco parcelas quinquenais. O texto também prevê reduzir o valor de multas pagas pelas operadoras em caso de negativa de atendimento.

O relatório, com quase 200 páginas, muda de forma significativa a lei atual, de 1998. Feito após 12 reuniões públicas, o texto agora aguarda a contribuição de deputados. Elas poderão ser feitas por meio de destaques e votos em separado.

No reajuste, para evitar abusos, a proposta estabelece que o valor da última faixa de aumento por idade seja, no máximo, seis vezes maior

do que a mensalidade paga pelo grupo mais jovem. Dos 47,3 milhões de usuários de planos, 13% são idosos.

A ideia, que tem aprovação do ministro da Saúde, Ricardo Barros, é vista com cautela por especialistas de Saúde e Defesa do Consumidor. Ao Estado, Barros, afirmou ser favorável à revisão. “Não tem almoço grátis”, disse ele, na ocasião.

“É preciso avaliar ainda o texto para saber se a medida será benéfica ou não ao usuário do plano”, diz Igor Brito, advogado do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Já Solange Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar, elogia. “É um ganho enorme para o consumidor. Em vez de ter reajuste de mil moedas em um único ano ele vai ter aumento de 200 moedas durante cinco anos. E assim gradativamente até completar 20 anos (após os 60).”

Além do fim do veto do reajuste a idosos, o texto prevê reduzir o valor das multas pagas por operadoras em caso de negativa de atendimento, um dos motivos mais comuns que levam consumidores a acionar a Justiça. Pela proposta, a multa não poderá exceder dez vezes o valor do procedimento. E, em caso de reincidência, no máximo 30 vezes o valor do procedimento. Para Mário Scheffer, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), isso incentiva a negativa. “A lei tem como finalidade justamente impedir que uma conduta seja posta em prática. A proposta dá recado oposto: recusem que a multa não será muito alta.”

Marinho ainda prevê que uma liminar para conceder tratamento negado pelo plano seja dada só após o juiz ouvir segunda opinião. "Imagine quando se trata de vaga na UTI ou quimioterapia", alerta Scheffer.

Recursos

O texto do deputado também sugere mudar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje, toda vez em que um paciente com plano é atendido no SUS, a operadora é obrigada a reembolsar o procedimento feito à União. A verba é então encaminhada ao Fundo Nacional de Saúde e aplicada novamente no SUS. A medida é para evitar que, em procedimentos mais caros, se empurre o cliente para a rede pública.

O problema é que boa parte dos recursos é questionada na Justiça. Para tentar reduzir isso, são propostas alterações. A primeira é fazer com que a operadora pague ao próprio prestador de serviço - um hospital, por exemplo - o valor do procedimento, com multa de 25%. Marinho avalia que isso deixa mais ágil e justa a arrecadação. Sugere ainda que o reembolso seja aos Estados e não ao fundo nacional. Ao Estado, Barros disse não ver problema nisso.

O deputado também prevê que planos ofereçam vacinação e que usuários tenham desconto quando participarem de programas de promoção da saúde.

Populares

O relatório também faz referência à segmentação - planos mais baratos com cobertura reduzida, o que tem sido defendido por Barros.

Para Arthur Rollo, da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça, esse modelo preocupa. "Defendemos a cobertura ampla do jeito que é hoje e o barateamento dos planos com outros critérios e não planos com cobertura restrita, que exclui determinadas doenças ou tratamentos." O órgão vai analisar o relatório e dar um parecer até novembro.

OPERADORAS DE SAÚDE TERÃO QUE OFERECER PLANOS INDIVIDUAIS

O Globo—18/10/2017

Projeto de lei que muda principal marco regulatório do setor cria obrigatoriedade. Hoje esses contratos representa 19% do total

RIO - As operadoras de saúde serão obrigadas a oferecer contratos de planos de saúde individuais ou familiares se for aprovado o relatório do deputado Rogério Marinho, que muda o principal marco regulatório do setor, a lei 9.656, de 1998. A obrigatoriedade, no entanto, não se aplica as entidades de autogestão. Atualmente os planos individuais representa apenas 19% do total dos 47 milhões de beneficiários da saúde suplementar.

Os contratos individuais e familiares, que tem reajuste controlado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e não podem ser cancelados pelas empresas, exceto por inadimplência, sumiram das prateleiras de ofertas das operadoras nos últimos anos. Segundo o mercado, o produto foi inviabilizado pelo controle do percentual do aumento, que este ano foi estabelecido em 13,55% pela reguladora.

Em nota, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) disse que o projeto, como um todo, "é essencial para a sustentabilidade do setor". Procurada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disse que ainda analisa o relatório.

Propostas

Reajuste

O texto propõe que o reajuste do plano seja feito, após os 60 anos, em cinco parcelas quinquenais. Hoje, nos planos assinados a partir de 2004, não há aumento depois dos 60 anos.

Negativa

A proposta prevê reduzir multas por negativa de atendimento. Segundo o texto, o valor não poderá ser 10 vezes maior do que o do procedimento. Hoje, a multa-base prevista é de R\$ 80 mil.

Reembolso ao SUS

O relator propõe que a operadora pague direto ao prestador de serviço o valor do procedimento, com multa de 25%. Hoje, quando um paciente é atendido no SUS, a operadora deve pagar à União e a verba vai para fundo nacional.

Prevenção

O novo texto prevê que planos passem a oferecer vacinação e usuários tenham desconto se participarem de programas de promoção da saúde.

Rol

O relatório também faz referência a planos mais baratos com cobertura reduzida, mas falta detalhar medidas. Os 'planos populares' vêm sendo defendidos pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros.

A liberação de reajuste por planilhas de custo era um dos pedidos das operadoras para a revisão da lei dos planos de saúde, mas o relatório final apresentado hoje na Câmara mantém sob a tutela da ANS os aumentos para os contratos individuais e familiares.

Propostas para ampliação do rol são rejeitadas

O relator rejeitou dezenas de projetos de lei que tentavam ampliar o rol de procedimentos. Entre as propostas dos parlamentares estava desde a obrigatoriedade de assumir os custos de transplantes até a cobertura do exame para renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

As rejeições tiveram quase todas a mesma justificativa. Para Marinho, é "inadequado" estabelecer procedimentos do rol por lei, uma vez que isso engessaria a atualização dessa lista. O mecanismo correto seria o já utilizado atualmente pela ANS, uma norma infralegal atualizada, após consulta pública, a cada dois anos.

Um dos projetos rejeitados pedia que fosse estabelecida periodicidade para atualização do rol de procedimentos da ANS. Alertando que não existe previsão, em lei, de tal atualização, o relator afirmou que "inserir no ordenamento jurídico uma obrigação de renovação periódica poderia ser uma media temerária". Isto porque já há possibilidade de avaliação e inclusão de nova cobertura no rol mesmo que fora do período estipulado, como quando a agência, através de Resolução Normativa, inseriu, extraordinariamente no rol o exame para detecção de zika, lembra Marinho.

OPERADORA DE SAÚDE EM DIFICULDADE PODE TER PROTEÇÃO CONTRA AÇÕES POR 12 MESES

O Globo—18/10/2017

A condição é fechar um acordo com ao menos dois terços dos credores, segundo projeto de lei

RIO E BRASÍLIA - De fora do escopo da Lei de Recuperação Judicial e Falências em vigor no país, empresas de planos de assistência à saúde em dificuldade financeira podem passar a contar com instrumentos para garantir a operação protegida contra ações e pedidos de execução por um período de até 12 meses, desde que chegue a um acordo com ao menos dois terços de seus credores.

A proposta do projeto que tem como objetivo reformar a Lei dos Planos de Saúde, apresentado nesta quarta-feira na Câmara dos Deputados, em Brasília, é que, a partir do acordo com os credores, a operadora de saúde tenha suspensos a exigibilidade de obrigações vencidas e o correr do prazo daquelas contraídas anteriormente ao acordo e ainda por vencer, além da suspensão de juros. O alívio no caixa viria acompanhado de obrigações a serem cumpridas pela operadora, e a possibilidade de renegociar contratos.

A empresa de planos de assistência à saúde ficaria ainda protegida de ações e execuções pelo período de no máximo 12 meses.

Em caso de alienação da carteira de beneficiários de uma operadora, que acompanha a liquidação extrajudicial, a proposta é de por fim ao risco de sucessão de créditos, inclusive trabalhistas, à empresa que adquirir essa carteira. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e empresas do mercado, o risco sucessório era um complicador para a solução da situação de operadoras em dificuldades.

Em seminário sobre o setor de planos de saúde realizado pelo GLOBO nesta terça-feira, Leandro Fonseca, diretor-presidente

substituto da ANS, reconheceu que existem atualmente limitações ao que chamou de forças competitivas de mercado. Nesse cenário, continuou ele, a saída de operadores de saúde ineficientes de cena é muito lenta.

— As soluções ótimas para uma operadora em dificuldade seriam a injeção de recursos ou que alguém adquirisse a carteira dessa empresa. Mas como há um alto risco de sucessão tributária e trabalhista, o que acontece é que as operadoras saudáveis vão tomando os melhores contratos dessa outra em dificuldade, que vai piorando. Com isso, a ANS determina uma direção fiscal, processo que se arrasta por cinco a seis anos, e do qual poucas conseguem sair, até resultar no fechamento da operação — explica Fonseca.

Ele destaca que, pela morosidade do processo, a agência é vista como ineficiente em sua atuação junto às empresas em dificuldades, mas não haveria uma solução prévia de mercado disponível.

ALÍVIO NAS MULTAS

Outro alívio no caixa das operadoras está nas multas. O relatório do novo projeto retira da lei atual o trecho que fixa um piso de R\$ 5 mil para a multa em casos de infração, por parte das operadoras de plano de saúde, aos contratos. A penalidade máxima continua como é hoje, em R\$ 1 milhão. Além disso, adota uma sistemática de gradação de multas. No caso mais comum que leva os usuários de planos à saúde, de negativa de procedimentos, por exemplo, a multa fica limitada a dez vezes o valor do procedimento. Se a empresa repetir o comportamento, essa proporção sobe para 30 vezes.

Na opinião do especialista em direito do consumidor e saúde Mário Scheffer, o relatório dificulta ainda que os consumidores recorram à Justiça para conseguir atendimento. Um artigo inserido reforça também que as operadoras são obrigadas a cumprir apenas a segmentação de procedimentos que estão previstos em contrato. Isso dificultaria os processos por negativa de cobertura.

O número de questionamentos na Justiça é alto no país. Somente no Estado de São Paulo, são perto de cem mil ações no segmento desde 2010, sendo quase 18 mil iniciadas somente no último ano, segundo a FenaSaúde, que reúne 23 operadoras de saúde no país. O gasto anual com esses processos bateria R\$ 1 bilhão, de acordo com a entidade.

PLANOS DE SAÚDE: NOVOS FORMATOS E MODALIDADES DE PAGAMENTO

FenaSaúde—18/10/2017

Seminário aponta desafios e caminhos para implementar mudanças no sistema privado de saúde

Com o tema 'Planos de saúde - Novos formatos e modalidades de pagamento', a terceira edição do Seminário 'Novos Modelos para a Saúde' foi realizado nesta terça-feira (17), no Rio de Janeiro. Organizado pelo jornal O Globo, o evento reuniu representantes das operadoras, dos consumidores e da agência reguladora.

Durante o debate, o diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) abordou os impactos da crise econômica e chamou a atenção para o elevado ritmo de crescimento das despesas per capita no segmento de planos de saúde: "Em 2016, mais uma vez, as despesas totais dos planos médico-hospitalares superaram as receitas de mensalidades. Mesmo com a queda de 3% no número de beneficiários, houve um aumento de 6,8% na quantidade de procedimentos realizados no ano passado. E o setor

ainda registrou 19,2% de despesa assistencial per capita, ou seja, por cada beneficiário – um índice muito acima da inflação oficial".

Cechin, ainda, alertou os presentes para que não haja confusão sobre os termos: inflação oficial, inflação de saúde e variação de despesas per capita. "Inflação é variação de preços, por exemplo, INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo); IGP (Índice Geral de Preços), etc. Já a inflação da saúde é a variação dos preços dos itens 'saúde', que compõem a cesta de bens pesquisados para medir inflação, entre eles: plano de saúde, honorários médicos, taxas e diárias hospitalares, materiais e medicamentos, exames de laboratoriais, e artigos de higiene e limpeza. Já a variação das despesas per capita é uma combinação da variação do preço e da variação da frequência", detalha o executivo da FenaSaúde.

O diretor da FenaSaúde apontou que embora seja adequado afirmar que a "inflação de saúde", entendida como a variação dos preços dos componentes saúde dos índices de preços, tem como item principal os reajustes dos planos de saúde, é um erro grosseiro tomar esse dado como causador do crescimento das despesas com saúde, como certas afirmações parecem insinuar. "A inflação médica, movida por reajustes nos planos de saúde, nada mais é do que a expressão necessária do alto ritmo de crescimento das despesas com

assistência à saúde. Destacar as causas do crescimento dessas despesas não equivale a apontar os seus culpados. Ignorar esse dado de nossa realidade é navegar na escuridão total”.

O diretor-presidente substituto da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Leandro Fonseca, também citou os elevados gastos com a saúde privada, que correspondem a 4,9% do PIB: “Cada R\$100 pagos de mensalidade, R\$84 são gastos com as despesas de saúde dos beneficiários”. De acordo com Fonseca, a justificativa econômica para haver regulação do setor foi a grande assimetria de informação. “O objetivo foi tirar o consumidor de uma situação de vulnerabilidade. Fornecer informação é imprescindível e o Rol de procedimentos é um exemplo, que informa sobre o que o plano vai cobrir a cada dois anos”, afirma.

Para o diretor-presidente substituto da ANS, o desafio para financiamento do setor não passa apenas pelo preço, envolve também a qualidade do cuidado com a saúde. “É preciso maior qualificação de prestadores e mais orientação ao usuário. O empregador deve fazer parte dessa discussão sobre gestão de saúde. O plano é um benefício cada vez mais importante para a empresa e hoje já corresponde a 12% dos gastos com a folha de pagamento”, revela Fonseca.

Essa também foi a opinião de Maria Inês Dolci, vice-presidente da Proteste: “Essa mudança no modelo de financiamento tem que ser bastante debatida. O custo da medicina tem que estar no centro da discussão e precisa incluir os prestadores e fornecer informações aos consumidores. O momento é de unir esforços e as empresas contratantes de planos devem fazer parte dessa discussão”.

Já Paulo Jorge Rascão, diretor-técnico da Amil, considera que, para haver mudanças no setor, cada participante do segmento deve assumir sua parcela de responsabilidade, incluindo empregadores e consumidores. “A saúde é um direito de todos, mas também é responsabilidade de cada um. Somos responsáveis pela nossa saúde. O dilema é dar tudo a todos, a todo momento. Isso não é viável no sistema público nem no privado”, destaca.

Rascão apresentou a coparticipação e a franquia como sistemas de pagamento que podem diminuir o desperdício na saúde e portanto ter impacto na mensalidade, reduzindo-a. “São alternativas e não obrigações. Ninguém é obrigado a adquirir o produto”, enfatiza o executivo da Amil.

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