

08 de Novembro de 2017

OFERTA DE PLANOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE NÃO É GARANTIDA

O Globo –08/11/2017

Projeto de lei obriga empresas a vender contratos, mas especialistas avaliam que é preciso mais para torná-los viáveis

RIO E BRASÍLIA - O projeto de lei que pretende alterar a lei dos planos de saúde teve sua votação em comissão especial da Câmara dos Deputados adiada para o dia 29. A previsão era que ele fosse apreciado nesta quarta-feira. O adiamento ocorreu em razão da mudança no modelo de reajuste dos planos de idosos, um dos pontos considerados mais polêmicos da proposta.

O projeto também trata de outro assunto que divide a opinião dos especialistas em saúde: a obrigatoriedade de venda de planos de saúde individuais. A exigência, que atende a um pleito antigo dos consumidores, no entanto, não é suficiente para que a venda dos contratos individuais volte ao mercado, na avaliação de operadoras, entidades de defesa do consumidor e do próprio governo. Eles argumentam que será necessário fazer novas modificações no setor para tornar a oferta desta modalidade de plano viável.

Arthur Rollo, titular da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), órgão do Ministério da Justiça (MJ), avalia que, para as empresas, ainda é muito mais vantajoso oferecer planos coletivos. Com as regras de reajustes atuais, a empresa informa à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a frequência de uso do plano coletivo. Com base nessa informação e em outros dados, é definido o reajuste. Neste ano, há casos de aumentos de até 40% nessa modalidade. Já o reajuste dos planos individuais é controlado pela ANS, que determina um percentual a ser aplicado a cada ano. Os reajustes nesta modalidade são menores.

— Se não for alterada a forma de reajuste do plano coletivo, o cenário não vai mudar, pois esse tipo de contrato continua sendo mais vantajoso para as empresas — avalia Rollo.

Para Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde — que reúne 23 empresas do setor — o projeto não trata dos entraves à oferta dos planos individuais ao mercado.

— Qualquer obrigatoriedade é ruim. As operadoras não oferecem essa modalidade porque têm prejuízo. Não basta obrigar para que a oferta volte ao mercado, é preciso discutir o repasse dos custos, a insegurança jurídica, a possibilidade de rescisão dos contratos, os pontos que levaram à suspensão da venda dos (planos) individuais. Sem isso, pode-se até obrigar, mas não sei a que preço esse produto vai chegar ao mercado — alerta Solange.

Para Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), a exigência pode acabar não surtindo efeito no mercado, pois as operadoras poderiam lançar produtos com valor muito alto para viabilizar a operação e não há restrição ao preço de lançamento do plano:

— As pessoas acabam não conseguindo pagar o plano, que geralmente é oferecido a preço muito mais alto, o que acaba por fazer com que o consumidor desista de adquiri-lo.

Mario Scheffer, coordenador do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da USP, diz que o projeto de lei tem muitos detalhes que não se traduzem em benefício ao usuário. Ele teme que a lei abra a possibilidade de oferta de planos com cobertura restrita no futuro e critica a mudança nas multas.

— A redução das multas tira o caráter educativo da punição — diz Scheffer, numa referência à previsão de fim do piso de R\$ 5 mil para multas a operadoras e a definição de punição gradual à irregularidade cometida.

Para Rollo, um dos aspectos positivos do projeto é a obrigatoriedade de oferta de planos individuais aos idosos quando a operadora cancela unilateralmente o contrato, sem que o beneficiário tenha agido de modo a justificar essa ação (como em casos de inadimplência ou fraude). Ele sugere, porém, que o texto deixe claro que a operadora deve oferecer um plano de preço equivalente para que o idoso seja, de fato, beneficiado pela mudança:

— Defendemos que também se estenda a obrigatoriedade a quem tem doenças graves e crônicas.

REAJUSTE PARA IDOSOS

O ponto mais polêmico do projeto é a mudança nos reajustes para idosos. Hoje, a lei proíbe qualquer aumento por idade após os 60 anos. O texto prevê que o percentual de reajuste seja definido aos 59 anos, mas pode ser “parcelado” ao longo dos 20 anos seguintes. A cada cinco anos seria aplicada uma nova parcela do aumento.

O valor máximo de correção continuaria seguindo a regra atual. O preço da mensalidade aplicada aos 59 anos não pode ser superior a seis vezes o que é adotado na primeira faixa de idade. O cálculo impediria 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. O relator do projeto, Rogério Marinho (PSDB-RN), optou por adiar a votação diante da insatisfação com a mudança:

— Temos de exaurir a discussão. Por isso, fiz a proposta de adiamento.

A medida enfrenta críticas das operadoras. A FenaSaúde contratou a Fundação Getúlio Vargas para calcular quanto as empresas vão perder com o modelo de “aumento diluído em 20 anos”.

— Não posso falar em números, mas a perda é na casa de dois dígitos. Parte dela será repassada às demais faixas etárias (de usuários) — diz Solange.

STJ: PLANO DE SAÚDE NÃO DEVE CUSTEAR FERTILIZAÇÃO IN VITRO

JOTA –08/11/2017

3ª Turma analisou processo que opunha a Amil e uma beneficiária diagnosticada com endometriose

O tratamento para engravidar por meio da técnica de fertilização in vitro não deve ser custeado por plano de saúde. Foi o que decidiu a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) nesta terça-feira (07/11), ao analisar caso que opunha a Amil e uma beneficiária de 46 anos de idade.

A mulher, diagnosticada com endometriose, conseguiu em primeira instância acesso ao procedimento através do plano – ela argumentava que não conseguia engravidar devido à doença. O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) determinou o pagamento, pela Amil, de até oito tentativas de fertilização in vitro.

Em sua decisão, a ministra Nancy Andrighi, relatora do Recurso Especial 1590221/DF, entendeu que não há abusividade na cláusula contratual de plano de saúde que exclui cobertura de fertilização in vitro. A técnica, de acordo com a relatora, representa uma exceção em casos que envolvem planejamento familiar – segundo a normativa 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estava em vigor à época dos fatos.

“Aos consumidores estão assegurados, quanto à atenção em planejamento reprodutivo, o acesso aos métodos e técnicas para a concepção e a contracepção, o acompanhamento de profissional habilitado (v.g. ginecologistas, obstetras, urologistas), a realização de exames clínicos e laboratoriais, os atendimentos de urgência e de emergência, inclusive a utilização de recursos comportamentais, medicamentosos ou cirúrgicos, reversíveis e irreversíveis em matéria reprodutiva”, explicou a ministra.

De acordo com a relatora, a limitação da lei 9.656/98 – que rege os planos de saúde – quanto à inseminação artificial – apenas representa uma exceção à regra geral de atendimento obrigatório em casos que envolvem o planejamento familiar, na modalidade concepção. “Não há, portanto, abusividade na cláusula contratual de exclusão de cobertura de inseminação artificial”, afirmou.

A relatora ressaltou, ainda, que a ANS define uma lista de 150 procedimentos diretamente relacionados ao sistema genital e reprodutor masculino e feminino, relacionados ao planejamento familiar. E que há, inclusive, previsão específica de tratamento cirúrgico para endometriose.

“É preciso ter claro, entretanto, que a endometriose não é tratada com inseminação artificial por meio da técnica de fertilização in vitro. Este procedimento artificial está expressamente excluído do plano-referência em assistência à saúde, nos exatos termos do artigo 10, III, da lei 9.656/98”, apontou.

Com isso, a Turma conheceu e proveu o recurso da Amil. A decisão foi unânime.

REAJUSTE DE PLANO DE IDOSOS É TEMA A SER ENFRENTADO, DIZ MINISTRO DA SAÚDE

Folha de S. Paulo –08/11/2017

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirma que os planos de saúde "assumem um risco antecipado por uma coisa incerta" ao não poderem reajustar a mensalidade de usuários após os 60 anos. Um projeto que permite esse reajuste deve ser votado em comissão especial da Câmara nesta quarta-feira (8).

Em entrevista à Folha, Barros afirma que esse assunto, que é criticado por usuários e por entidades de defesa do consumidor, "tem que ser enfrentado". "O equilíbrio econômico do plano de saúde tem que ser mantido", diz.

Hoje, há dois tipos de reajuste de planos de saúde: um anual, que ocorre pela variação nos custos do período, e outro por faixa etária. O Estatuto do Idoso, porém, veta desde 2004 esta última elevação (relacionada à idade dos usuários) a partir dos 60 anos -há 6,2 milhões de clientes de planos acima dessa idade.

Pelo projeto em discussão na Câmara, esse aumento seria permitido. A justificativa é que, pelo modelo atual, há um único reajuste abusivo quando os usuários atingem 59 anos -e que ele poderia ser diluído em fases posteriores.

O ministro diz ainda que deve rever protocolos de alguns tratamentos para evitar que internações sejam prolongadas "sem necessidade".

Folha - Como vê o projeto para alterar a lei dos planos de saúde que tramita com urgência no Congresso?

Ricardo Barros - Tem questões que precisam ser bem avaliadas pela repercussão que terão no sistema e que não quero entrar em detalhes. Mas, uma vez aprovado, ele vai trazer avanços.

Que avanços?

O projeto procura resolver problemas na área de ressarcimento ao SUS, na forma como os planos podem atuar no mercado, os reajustes nos planos individuais para a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro das empresas. E nas multas aplicadas em valores significativos, mas que acabam não sendo recolhidas pela judicialização.

O sr. é favorável ao reajuste para idosos, como propõe o relator do projeto?

É outro ponto que está mal resolvido no atual formato. Como é proibido [hoje] aumentar o valor do pagamento do plano após os 60 anos, aos 59 anos todos recebem um reajuste de quase 100%, que visa diminuir o risco da empresa com essa pessoa que vai ficar um tempo, não se sabe se 20 ou 30 anos, sem poder ter reajuste na sua parcela. Mas também acaba por expulsar o usuário. É um assunto que tem que ser enfrentado.

A proposta de diluir esse reajuste, mexendo no Estatuto do Idoso, é positiva na sua visão?

Isso mantém o pressuposto de que aos 60 anos a empresa tem que definir todo o reajuste desse usuário até o final. De qualquer forma, mesmo que parcelado, é um risco muito antecipado que a empresa tem que assumir para uma coisa incerta. Não conheço profundamente a matéria de cálculo atuarial para saber se é a solução adequada ao problema.

Especialistas apontam riscos ao consumidor com esse reajuste, uma vez que depois dos 60 anos aumentam os custos de saúde e diminui a renda.

Estou tratando tecnicamente a matéria. Se queremos que o setor de saúde suplementar continue cooperando com o SUS e atendendo vidas que se autofinanciam no atendimento de saúde, e com isso aliviarmos a pressão sobre o SUS, é preciso que esse sistema se sustente. O equilíbrio econômico do plano de saúde tem que ser mantido.

O sr. sugeriu a criação de um plano de saúde popular, que teve um primeiro aval da ANS (Agência Nacional de Saúde). Como está essa discussão?

As empresas deverão ou não ofertar o que está autorizado no mercado.

Mas não dependeria de nova regulação da ANS para evitar risco ao consumidor?

A ANS já disse o que está dentro da regulação. Seria adequado fazer regulação própria? Eventualmente. Mas isso não está em voga agora.

A oferta de plano popular, com acesso a procedimentos mais simples, não pode fazer com que o SUS fique sobrecarregado sobretudo nos procedimentos complexos, que são mais caros? O que uma pessoa tem direito no SUS?

Tudo. Se ele em qualquer nível dessas necessidades financiar por conta própria, está aliviando o SUS. E os que só dependem do SUS terão mais rapidez de acesso.

Mas não há risco de fazer um usuário de plano de saúde trocar por um menor e ter essa sobrecarga?

Há. Mas também há risco de fazer muita gente que não paga nada entrar em planos menores e contribuir para o sistema. A conta de arrecadação só pode aumentar.

Clínica popular: é ruim ou bom para o SUS?

É ótimo. Primeiro porque saiu da fila para a consulta. Segundo, porque se o médico da clínica popular identificar que ele tem uma doença, ele vai chegar mais rápido para tratarmos. Quanto custa uma consulta popular? De R\$ 80 a 120. Com esse valor ele pode pagar um plano popular e ter uma cobertura.

O sr. está fazendo reformulação em vários programas do ministério, como o Farmácia Popular. Há outros que pretende rever?

Todos. Lipoaspiração é palavra de ordem. Tem que enxugar a gordura de tudo. Estamos fazendo análise de procedimentos, protocolos, portarias que estamos pagando e os hospitais não estão produzindo o que está pactuado. Eu pactuo um número de cirurgias, ele não faz e continua recebendo. Tenho protocolos que dizem que uma internação de hérnia é três dias.

Mas eventualmente pode fazer uma hérnia em um dia ou dois. Hoje, se o cara não ficar três dias internado, o hospital não recebe nada pela hérnia. Queremos flexibilizar porque não tem sentido. Fico

ocupando um leito três dias com uma pessoa que poderia ter saído e dado lugar a outro.

O que deve mudar nessa parte de protocolos?

Vamos liberar esse negócio de no mínimo dois ou três dias de internação para que as novas tecnologias possam ser aplicadas em benefício do prestador de serviço. A pessoa não precisa ficar três dias forçosamente no hospital sem necessidade porque a regra manda. Vai ser uma ampla mudança para os hospitais.

A ideia é reduzir o tempo de internação?

Não. É adequar. Pode até ser aumentar também. É atualizar os protocolos dentro das novas tecnologias.

O sr. declarou em um evento que planejava rever o número de hospitais, que seria excessivo. Por quê?

Temos 150 milhões de pessoas que usam o SUS. Temos 6.000 hospitais [na rede pública] dos mais variados tamanhos. Minha conta era ter 1.500 hospitais com média de 100 leitos. São 150 mil leitos.

Então diminuiria de 6.000 para 1.500 hospitais?

Não necessariamente, porque falo em média de 100 leitos, mas tem hospitais de 30, 20. Hoje temos muito mais hospital pequeno do que grande. Mas isso [1.500 com esse porte] seria o ideal.

Vamos diminuir a permanência das pessoas, essas revisões todas de quantos dias fica internado. Todo nosso sistema é para desospitalizar. Quanto mais for eficiente a atenção básica, menos as pessoas vão internar. E menos leitos a gente precisa. A eficiência do sistema provocará a desospitalização e a necessidade de menos leitos. Mas o que estamos tratando agora é dessa eficiência do sistema.

Há uma meta de fechamento de leitos?

Não estou pensando em fechar leitos. Estou falando que, se tirar e pegar três hospitais de 30 leitos e fazer um de 100, está fazendo um grande negócio para a saúde, porque tem escala, tem segurança, tem mais resolutividade e capacidade. Se a pessoa complica, tem UTI. O que precisamos é concentrar em serviços com resolutividade. Os hospitais de pequeno porte são caros porque fazem poucos procedimentos e são arriscados porque não têm recursos. Com 1.500 hospitais de 100 leitos, resolveríamos o problema. Mas uma parte não pode ser de 30 leitos? Pode. Então triplica. Temos taxa de ocupação de leitos que é muito baixa, abaixo de 40%. Isso só já denota excesso de oferta.

O sr. é um dos poucos que não defende um aumento de recursos para a saúde, enquanto todos apontam subfinanciamento. Mantém essa visão?

Não pediremos mais recursos para a saúde até termos certeza de que o que temos está bem gasto. E eu posso garantir que está mal gasto.

ESPECIALISTAS QUESTIONAM AUMENTO EM PLANOS DE SAÚDE PARA USUÁRIOS APÓS OS 59 ANOS

Agência Câmara Notícias –08/11/2017

O relator da proposta, deputado Rogério Marinho, respondeu os questionamentos e justificou a medida: se reajuste não for pago por esses beneficiários, terá que ser dividido por todos

O relator da Comissão Especial dos Planos de Saúde, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), respondeu nesta terça-feira (7) a questionamentos sobre um dos pontos mais polêmicos do seu

substitutivo: o parcelamento do reajuste aplicado a beneficiários de planos de saúde na última faixa etária (59 anos ou mais).

O [texto em análise tem 200 páginas](#) e foi proposto pelo relator após o exame de 150 propostas para alteração na atual Lei dos Planos de Saúde ([9.656/98](#)).

Em debate proposto pelo deputado Gilberto Nascimento (PSC-SP) na Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, a conselheira da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e especialista em saúde Sandra Krieger indagou se há algum mecanismo no texto que impeça reajustes dobrados, também após os 60 anos, o que é proibido pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03).

A mesma preocupação foi manifestada pelas deputadas Laura Carneiro (PMDB-RJ) e Carmem Zanotto (PPS-SC), que também participaram do debate.

Marinho disse que o substitutivo incorpora atualmente dois limitadores de aumento já previstos em regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Um deles impede que o último reajuste seja seis vezes maior do que o aplicado à primeira faixa. O outro prevê gradações entre uma faixa e outra.

“O primeiro limitador que nós transpusemos para o projeto é que o valor fixado para última faixa etária não possa ser superior a 6 vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). E o segundo é para que haja uma gradação entre uma faixa e outra, na mesma linha da regulamentação da própria ANS. Isso já impede um aumento superior ao atual”, explicou.

Parcelamento

Pelo substitutivo de Marinho, cuja votação está marcada para esta quarta-feira (8) na comissão especial, o reajuste na mensalidade dos planos para a última faixa etária será dividido em 5 parcelas de 20%, quando o beneficiário completar 59, 64, 69, 74 e 79 anos de idade.

Como exemplo, o relator citou o caso de um beneficiário que hoje, aos 59 anos, paga R\$ 1 mil de mensalidade e passaria a pagar R\$ 2 mil depois do reajuste. Nesse caso, em vez de pagar imediatamente os R\$ 2 mil, o beneficiário teria um aumento progressivo, pagando R\$ 1,2 mil nos primeiros 5 anos, R\$ 1,4 mil nos 5 anos seguintes, e assim por diante.

Presidente em exercício do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), Bahij Amin disse que o “pecado capital” no caso do reajuste da última faixa etária é o aumento “brutal” na mensalidade.

“Eu não ousou dizer que seja uma fraude à lei, mas é um subterfúgio, uma maneira de as operadoras se garantirem para o futuro. Elas se capitalizam por atacado para prestar serviços ao longo de vários anos”, criticou.

Compensação

Quanto a esse ponto, o relator justificou que o reajuste na última faixa é pensado para compensar também os gastos das operadoras, que têm um aumento expressivo com usuários idosos.

Segundo Marinho, caso esse reajuste não seja pago por beneficiários na última faixa etária, ele precisará ser dividido e repassado a todos os demais usuários.

Marinho argumentou ainda que os reajustes por conta da mudança de faixa etária deverão ser submetidos a um indexador, possivelmente o IPCA, para corrigir a desvalorização provocada pela inflação.

De acordo com o relator, os aumentos anuais nos planos de saúde, que não têm relação com a mudança de faixa etária, continuarão em prática.

COBERTURA OBRIGATÓRIA DE PLANOS DE SAÚDE TERÁ 18 NOVOS PROCEDIMENTOS

O Globo –07/11/2017

Lista passa a valer em janeiro e inclui pela primeira vez remédio para esclerose múltipla

RIO — Os planos de saúde passarão a oferecer, a partir do ano que vem, 18 novos procedimentos, entre exames, terapias e cirurgias que atendem a diferentes especialidades. É o que determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que acaba de divulgar o novo rol de cobertura mínima obrigatória a ser seguido pelas operadoras de saúde. A agência que regula o setor de saúde suplementar ampliou também a cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer. Pela primeira vez, está sendo incorporado ao rol um medicamento para tratamento da esclerose múltipla, o Natalizumabe. A nova lista de cobertura passa a valer em janeiro e atenderá 42,5 milhões de beneficiários que possuem planos de assistência médica e 22,6 milhões com planos exclusivamente odontológicos.

De acordo com a ANS, entre os principais procedimentos incorporados ao rol estão oito medicamentos para tratamento de cânceres de pulmão, melanoma, próstata, tumores neuroendócrinos, mielofibrose e leucemia — afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo, ruxolitinibe, ibrutinibe e trametinibe. Os planos terão que oferecer ainda quimioterapia com antiangiogênico e tomografia de coerência óptica para tratamento do edema macular secundário, retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina, assim como radiação para tratamento do ceratocone. Em saúde da mulher, os novos procedimentos são: cirurgia laparoscópica para tratamento de câncer de ovário (debulking); cirurgia laparoscópica para restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal); cirurgia laparoscópica para desobstrução das tubas uterinas; e cirurgia laparoscópica para restaurar a permeabilidade das rubas

uterinas. O rol inclui ainda endoscopia para tratamento do refluxo vesicoureteral (doença relacionada a infecções urinárias em crianças) e terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe). (confira aqui a lista completa de incorporação do rol)

O rol é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei. A lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde é atualizada a cada dois anos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde.

“Os procedimentos incorporados são aqueles nos quais os ganhos coletivos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes. Todavia, é importante ressaltar que a inclusão de tecnologias é sempre precedida de avaliação criteriosa, alinhada com a política nacional de saúde, e contempla, além das evidências científicas, a necessidade social e a disponibilidade de recursos”, destaca a diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, Karla Coelho, ressaltando que existência de rede prestadora, a facilidade de utilização, manuseio, obtenção e disponibilização da tecnologia, insumos e matérias-primas são aspectos relevantes considerados quanto à incorporação dos procedimentos.

A diretora ressalta que a decisão pela inclusão também leva em consideração a prevalência de doenças na população.

“No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis possuem alta carga e impactam significativamente nos problemas de saúde em razão da mortalidade, morbidade e custos. A adoção da carga de doença como um dos elementos considerados na revisão, portanto, traz importantes subsídios para a tomada de decisão nesse processo”, avalia.

Karla acrescenta que a atualização do rol é um avanço importante para os beneficiários de planos de saúde e os critérios de revisão devem estar em constante evolução, sem, contudo, perder de vista

a preocupação com a sustentabilidade do setor e a suficiência e disponibilidade de recursos.

A REVISÃO DO ROL

A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde faz parte de um processo contínuo e periódico realizado pela ANS. O normativo que atualiza a lista de coberturas foi elaborado após extensa discussão realizada no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (Cosaúde), composto por representantes do governo, do setor de saúde suplementar e de órgãos de defesa do consumidor e depois passou por consulta pública para manifestação de toda a sociedade.

“As revisões periódicas são antecedidas por amplos debates com representantes de todo o setor. Entre novembro de 2016 e março de 2017, realizamos 15 reuniões para discutir o assunto”, informa Karla.

Até o fim do ano, a ANS formará um Grupo Técnico específico para propor melhorias na revisão do rol. A ideia é discutir e aperfeiçoar o processo de incorporação para que se torne ainda mais qualificado e adequado ao cenário do país, especialmente no contexto do

rápido envelhecimento populacional e custos crescentes relacionados à saúde.

Para a atualização do rol, a ANS realizou uma consulta pública, a de número 61, que ficou disponível de 27 de junho a 26 de julho deste ano, quando recebeu 5.259 contribuições online, sendo 53% de consumidores, 26% de contribuintes que se identificaram como ‘outros’, 13% de prestadores de serviço, 4% de servidores públicos, 3% de operadoras de planos de saúde e 1% de gestores. A maior parte das contribuições válidas recebidas refere-se à inclusão de procedimentos (50%), seguida por alteração de diretriz de utilização (44%). Das sugestões efetuadas via consulta pública, foram acatados para inclusão três novos procedimentos. Outros dois procedimentos já constantes no rol tiveram suas diretrizes de utilização alteradas para que sejam utilizados em pacientes que mais se beneficiarão com o uso das tecnologias.

Segundo a diretora da ANS, essa etapa é importante pois abre a possibilidade para que toda a sociedade se manifeste sobre a cobertura obrigatória.

“É o principal momento para a participação dos beneficiários nesse processo”, destaca Karla Coelho.

IDEC PEDE QUE DEPUTADOS REJEITEM NOVA LEI DE PLANOS DE SAÚDE

Idec –06/11/2017

Projeto de Lei, que será votado nesta quarta, prevê reajuste para idosos, restrições na cobertura do serviço, entre outras propostas que beneficiam as operadoras

Na próxima quarta-feira (08), uma comissão especial da Câmara dos Deputados se reúne para votar o projeto de lei que altera a Lei de Planos de Saúde. Para o Idec, as propostas do [relatório apresentado pelo deputado Rogério Marinho](#) devem ser rejeitadas devido ao seu impacto negativo para os consumidores.

Em [posicionamento](#) divulgado hoje pelo Instituto, a alteração do Estatuto do Idoso para permitir reajuste diluídos após os 60 anos é apontado como um dos pontos críticos do relatório.

Segundo o Idec, apesar de o texto apresentar-se como benéfico, o relatório legaliza um aumento abusivo de até 500%, entre a primeira e a última faixa etária, e não garante que o parcelamento do reajuste seja eficaz, já que as operadoras poderão impor outros reajustes que compensem esse “benefício”.

“Os problemas de capacidade de pagamento e vulnerabilidade são os mesmos para o consumidor idoso, esteja ele pagando um reajuste ou seu parcelamento”, afirma Ana Carolina Navarrete, advogada e pesquisadora do Instituto.

Restrição de cobertura

O relatório ainda prevê a oferta de planos com coberturas cada vez mais restritas, transformando a segmentação em princípio norteador do mercado.

De acordo com o Idec, a proposta permite que as operadoras ofereçam apenas parte da assistência médica, em vez do serviço integral e realizem apenas os procedimentos que estão na lista de cobertura mínima da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Como se não bastasse, o relatório dificulta a inclusão de novos procedimentos no rol da agência, sob a justificativa do

equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e da limitação dos reajustes.

“Essa combinação pavimenta o caminho para a liberação dos planos ‘populares’, de cobertura reduzida, limitadas e regionalizadas. Caso essa norma seja aprovada, a operadora não deverá acatar os encaminhamentos médicos para outros especialistas, a realização de exames e mesmo internações que não existam naquela localidade e/ou estabelecimento abrangido pelo contrato”, explica Navarrete.

Sem acesso à Justiça

Outro ponto apontado como problemático é a restrição do acesso ao Judiciário. O relatório prevê que os juízes só decidam sobre cobertura de procedimentos após um parecer técnico ou perícia, o que pode retardar a decisão.

Hoje, para entrar com ação judicial, o consumidor deve apresentar documentos que já permitem a conclusão se aquela restrição foi abusiva ou não. “A decisão provisória do juiz já é concedida com base na prescrição médica, razão pela qual é desnecessária a apresentação de qualquer outra avaliação técnica”, diz a advogada.

Essa medida viola o direito fundamental ao acesso à justiça e, na prática, entende que o Judiciário não é competente para analisar determinados casos sozinho, o que vai contra o princípio da inafastabilidade da jurisdição.

Benefícios para as operadoras

O relatório apresenta uma série de pontos benéficos para as operadoras. Um deles é a redução do valor das multas.

Pela lei atual, se os planos de saúde atenderem mal o consumidor, eles podem ser obrigados a pagar multas entre R\$ 5 mil e R\$ 1 milhão. O texto, entretanto, retira o limite mínimo e propõe que o valor das penalidades seja proporcional ao valor do procedimento negado.

“As penalidades aplicadas pelo órgão regulador têm caráter pedagógico e devem desestimular más condutas e não estimular ainda mais o descumprimento da prestação de serviço de saúde”, conclui Navarrete.

Além disso, o relatório retira a responsabilidade da operadora de planos de saúde no caso de erro médico, sob a alegação de que a obrigação de reparar os danos pertence ao médico que realizou o procedimento cirúrgico. A operadora assumiria a responsabilidade apenas quando o profissional não fosse responsável.

Para o Idec, a proposta deixa o consumidor ainda mais vulnerável e contraria o CDC (Código de Defesa do Consumidor), que determina que a cadeia de fornecedores - nesse caso a operadora, hospital e médicos - é solidariamente responsável por defeitos na prestação de serviços ao consumidor.

PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA AVANÇA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

FenaSaúde -06/11/2017

Estudo do IESS detecta a frequência de utilização de serviços de saúde entre mulheres

A realização de exames de mamografia está crescendo entre as beneficiárias de planos de saúde, de acordo com o estudo "Assistência à saúde da mulher na saúde suplementar",

desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

O estudo aponta que o número de mamografias realizadas pelos planos de saúde a cada grupo de 100 beneficiárias vinculadas a planos médico-hospitalares com idade entre 50 anos e 69 anos (faixa etária definida como prioritária para esse exame pelo Ministério da Saúde) cresceu de 43,6, em 2012, para 48,7 em 2016. Um avanço de 5,1 pontos.

[>> Clique aqui para ler o estudo na íntegra](#)

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS CRESCE 7,8%

IESS -06/11/2017

Na última semana, divulgamos a mais recente edição da [NAB](#), que mostra os números de beneficiários de planos de saúde entre os meses de setembro de 2016 e o mesmo mês deste ano. Como uma tendência das últimas edições da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), o mercado de planos exclusivamente odontológicos segue como destaque positivo na saúde suplementar brasileira.

Os dados apontam que entre setembro deste ano e o mesmo mês do ano passado houve crescimento de 7,8% no total de beneficiários exclusivamente odontológicos, correspondendo a mais

de 1,6 milhão de novos vínculos. Já na variação de três meses, entre junho e setembro de 2017, o aumento foi de 2,4%. Ou seja, mais de 500 mil novos beneficiários neste tipo de plano.

Repetindo a performance da última edição da NAB, a região Nordeste segue como destaque positivo entre os planos exclusivamente odontológicos. No período de 12 meses encerrados em setembro de 2017, a região foi a que apresentou maior crescimento proporcional, com a entrada de mais de 500 mil novos beneficiários, representando alta de 12,5%.

Já em números absolutos, o Estado de São Paulo apresentou aumento de 736.986 beneficiários no mesmo período, alta de 10% entre setembro de 2016 e setembro de 2017. Neste período, a única queda aconteceu no Distrito Federal, com perda de 2.808 beneficiários.

Traremos mais números da NAB nos próximos dias aqui no Blog. Não perca.

PLANOS DE SAÚDE NÃO PAGAM NEM 20% DO VALOR DE MULTAS RECEBIDAS

Folha de S. Paulo -04/11/2017

Embora tenha aplicado quase R\$ 1,3 bilhão em multas às operadoras de saúde em 2016, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), responsável pela regulação do setor, recebeu somente R\$ 172 milhões -13%.

O cenário é semelhante no acumulado de cinco anos, quando a arrecadação se limitou a 19% -R\$ 493 milhões dos R\$ 2,6 bilhões cobrados.

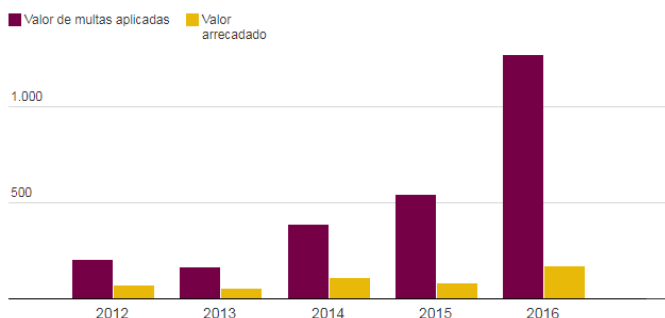
Ao mesmo tempo, crescem os valores aplicados em multas por irregularidades cometidas pelos planos. Em 2016, a quantia mais que dobrou em relação ao ano anterior.

Neste ano, até outubro, dados obtidos pela Folha apontam a aplicação de 12.078 multas, num total de R\$ 1,1 bilhão, indicando a possibilidade de novo recorde. Questionada, a ANS atribui esse aumento a uma força-tarefa para redução do passivo de processos no setor. Mas especialistas questionam a baixa punição.

"O modelo atual ainda é permissivo", afirma Ana Carolina Navarrete, pesquisadora em saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). "Se não investe na arrecadação, acaba batendo com luva de pelica."

COBRADO X PAGO

Em R\$ milhões



R\$ 1,1 bilhão

foi o valor aplicado neste ano, somente de janeiro a outubro; previsão é de novo recorde

Fonte: ANS

Confira mais infográficos da [Folha](#)

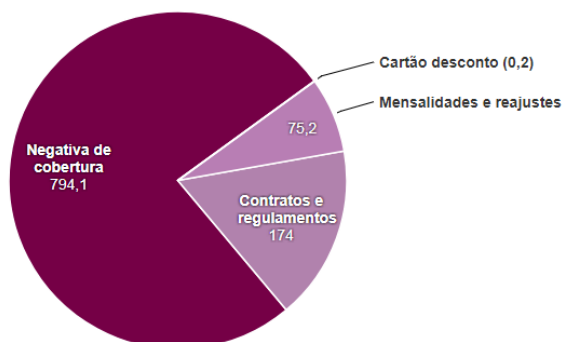
Na última semana, parecer apresentado à comissão do Congresso que analisa mudanças na lei dos planos gerou polêmica ao propor redução no valor das multas. Hoje, variam de R\$ 5.000 e R\$ 1 milhão, a depender da infração. Nos casos de negativa de cobertura prevista em lei, o valor é fixado em R\$ 80 mil.

A proposta do deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), relator da matéria, prevê que, nos casos de negativa "injustificada" de atendimento, a multa não ultrapasse dez vezes o valor do procedimento. Se uma consulta custa R\$ 80, a multa seria de até R\$ 800.

A medida deve afetar de forma expressiva o valor das sanções aplicadas. Sete em cada dez multas são por problemas de cobertura. Marinho diz que a proposta segue os princípios de "razoabilidade e proporcionalidade" e visa impedir que o valor aplicado em multas seja repassado aos consumidores.

OS PRINCIPAIS MOTIVOS (2016)

Em R\$ milhões



Negativa de cobertura representa 76% das multas

Fonte: ANS

Confira mais infográficos da [Folha](#)

"As multas têm por objetivo punir as operadoras que descumprem a lei e os regulamentos, no entanto, não podem sacrificar a própria existência da operadora." "A atual normativa permite que a negativa indevida de atendimento que custa R\$ 40 gere uma multa de astronômicos R\$ 80 mil, fato recorrente no dia a dia do setor."

Mesma posição têm representantes de operadoras dos planos de saúde, que contestam o valor das multas. O faturamento do setor em 2016 foi de R\$ 161,4 bilhões.

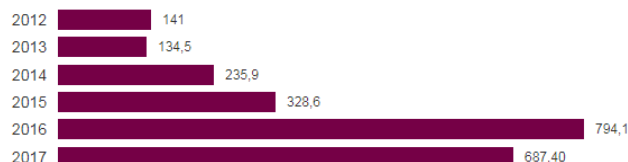
IMPACTO

Leandro Farias, do Movimento Chega de Descaso, que representa usuários de planos de saúde, também defende que os valores sejam alterados -mas para cima.

"Quanto vale uma vida? Em certos momentos de negativa de cobertura, dependendo da gravidade, isso pode gerar um óbito", afirma.

MULTAS POR NEGATIVA DE COBERTURA*

Em R\$ milhões



*ANS, porém, atribui aumento à redução do passivo de infrações a serem analisadas Fonte: ANS

Confira mais infográficos da [Folha](#)

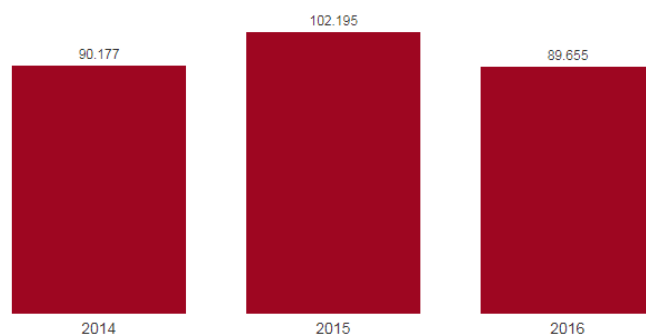
Navarrete concorda. "A multa tem que ter proporção com a infração, mas não com o valor do procedimento negado. Negar cobertura tem impacto maior do que isso."

Para a pesquisadora, a proposta deixa de corrigir as causas do problema e facilita descumprir as regras. "É como se comprasse o direito de poder infringir a regulação", diz. "Essa proposta traz uma redução no poder punitivo da ANS, que já é ineficaz hoje. E isso acaba sobrecarregando o Judiciário", afirma o advogado e especialista em direito à saúde Rafael Robba.

Fora do Congresso, o debate sobre a revisão dos valores das multas já atinge a ANS, que, em agosto, abriu consulta pública sobre o tema, na qual propõe alterar o valor fixo de R\$ 80 mil para variável de R\$ 20 mil a R\$ 160 mil, conforme o procedimento. A medida também recebeu críticas.

A ANS diz que a necessidade de revisão foi "ponto pacífico" entre entidades nos debates anteriores à proposta. "A partir dessas discussões, pensou-se em um escalonamento de valores que, ao mesmo tempo, pudesse mitigar a desproporcionalidade, contemplasse uma maior razoabilidade e mantivesse o caráter educador da sanção, para desincentivar novas práticas infracionais", informa.

RECLAMAÇÕES DO CONSUMIDOR



Tipos de queixa em 2016

> 63% Assistencial (restrição de cobertura ou atendimento)

> 37% Não assistencial (outros temas, como reajuste)

Fonte: ANS

Confira mais infográficos da [Folha](#)

A agência afirma que avalia as contribuições recebidas sobre o tema. Em relação à cobrança das multas, ela informa adotar nos processos todas as medidas legais disponíveis e que a adesão ao pagamento "vem aumentando nos últimos anos".

"Contudo, a decisão pelo pagamento em esfera administrativa é decisão da empresa, sendo um fator que independe da ação da

ANS." Os casos não cobrados são inscritos na dívida ativa e encaminhados para cobrança judicial. A ANS não informou o valor total da dívida.

CIRURGIA

O aval para fazer duas cirurgias indicadas pelo médico só veio para a aposentada Virgínia Farha, 79, após quase 20 dias de espera no hospital.

A autorização, porém, não veio do plano de saúde que ela mantém há 40 anos, mas de uma liminar, obtida após negativa da operadora em fazer os procedimentos.

Em meio ao impasse, o filho dela, Paulo, chegou a receber duas contas do hospital. Valor? Mais de R\$ 220 mil. "Quase tive um infarto", relata ele, que acompanhou a mãe durante a retirada de um nódulo do rim e inserção de uma válvula no coração.

Casos como o de Virgínia, que envolvem negativa ou restrição de cobertura, concentram hoje 63% das reclamações recebidas pela ANS. No ano passado, foram registradas 90 mil reclamações. Em geral, cada reclamação gera uma notificação à operadora e um processo. Se não houver resposta, a agência pode aplicar a multa.

Em geral, cada reclamação gera uma notificação à operadora e um processo. Se não houver resposta, a agência pode aplicar a multa. O prazo entre apuração e decisão leva em torno de 255 dias.

Boa parte dos usuários, no entanto, desconhece a possibilidade de recorrer à ANS ou deixa de acompanhar os processos, afirma Leandro Farias, do movimento Chega de Descaso.

Nesse caso, especialistas apontam dois destinos mais comuns. O primeiro, o SUS -desde 2001, já foram notificados mais de 3 milhões de atendimentos de usuários de planos de saúde na rede pública. O outro, a Justiça.

"Quando fala de urgência e emergência, o usuário dificilmente procura a agência, mas o Judiciário", diz Ana Carolina Navarrete, do Idec.

Um balanço de ações no Tribunal de Justiça de São Paulo contra planos de saúde mostra crescimento de 768% desde 2011 no volume em primeira instância. Em segunda instância, o aumento foi de 157%.

Os dados são do Observatório de Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Casos de negativa ou exclusão de cobertura são quase metade das ações.

"A judicialização cresce ano a ano", diz o advogado Rafael Robba, para quem o problema, que repercute em todo o setor, se agrava diante da falta de punição. "As ferramentas para combater as abusividades são insuficientes."

OUTRO LADO

Representantes das operadoras de planos de saúde atribuem o baixo pagamento de multas a questionamentos sobre o valor e à falta de recursos do setor.

"Se fizer essa estatística em todos os outros órgãos de fiscalização, vai encontrar números parecidos", afirma Solange Mendes, presidente da FenaSaúde, associação que representa as principais empresas.

"É porque há contestação. É um direito legítimo", diz ela, para quem tem ficado "mais frequente" a ida ao Judiciário contras as multas.

Também representante das operadoras, a Abramge contesta o valor cobrado e diz que parte do não pagamento ocorre diante da falta de recursos do setor.

"Por vezes, a soma das autuações supera o resultado econômico dos planos de saúde, tornando tal pagamento impraticável", diz.

Em nota, a associação defende ainda "rever com urgência as regras que definem a dosimetria das multas, equilibrando as penalidades aplicadas com a realidade financeira do setor".

Mesma posição tem Mendes, da FenaSaúde. "Negar cobertura de emergência é diferente de descumprir um prazo de atendimento. A própria agência busca corrigir isso", diz ela, que admite que o valor das multas sai "da conta do consumidor".

"Por isso não é desejável impor multas altíssimas."

Para ela, a proposta apresentada na Câmara dos Deputados para reduzir o valor das multas é positiva. "Ela é menor e mais moderada do que a atual, mas é inibidora sim, porque tem agravantes e aplicação coletiva."

Segundo Mendes, parte das queixas em relação à negativa de atendimento, tema que responde por 76% das multas hoje aplicadas, ocorre devido ao prazo para que a operadora possa verificar a necessidade do serviço.

"Temos que tentar frear o nível do desperdício", afirma. "Se recebo um pedido de cirurgia ortopédica, onde o médico informa que vai usar 'x' materiais, a operadora tem um padrão para isso. E para verificar precisa de tempo", completa.

Para Mendes, o total de reclamações e de multas é baixo diante do tamanho do setor -com cerca de 47 milhões de usuários. "O setor entrega o que vende. Não vou qualificar se bem ou mal. Mas entrega."

RELATÓRIO ALTERA REEMBOLSO AO SUS E DIMINUI EXIGÊNCIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Agência Câmara Notícias –03/11/2017

O relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), propõe alterar a atual Lei dos Planos de Saúde (9.656/98) para que o reembolso das operadoras ao Sistema Único de Saúde (SUS) por atendimentos prestados a seus

clientes seja destinado diretamente ao estado ou município responsável pelo estabelecimento de saúde que prestou o atendimento, e não mais ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O texto passa a obrigar o SUS a comunicar a operadora de planos de saúde sobre o atendimento de paciente por ela segurado no prazo de 24 horas. Caberá à operadora optar por transferir o paciente para estabelecimento de sua rede credenciada ou mantê-lo no estabelecimento público.

No último caso, o reembolso do procedimento será feito com acréscimo de 25%. Entretanto, segundo o relatório, esse acréscimo não será aplicado se o SUS não fizer o comunicado à operadora em até 24 horas.

Atualmente, a tabela do SUS já prevê que o valor do reembolso deve corresponder a uma vez e meia o valor do procedimento. Ou seja, caso a operadora opte por manter o atendimento no sistema público e seja avisada dentro do prazo, o ressarcimento ao SUS será 75% maior do que o custo do procedimento.

Para aumentar o controle e a eficiência dos reembolsos ao sistema público de saúde, o substitutivo cria a Taxa de Controle e Fiscalização sobre o Ressarcimento ao SUS (TCFR). A taxa corresponde a 5% do valor total a ser ressarcido pela operadora e será destinada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para custeio e manutenção dos procedimentos e dos sistemas informatizados de ressarcimento ao SUS.

“Rol de procedimentos”

Tiago Matos, diretor jurídico do Instituto Oncoguia – entidade que apresentou dois projetos de lei por meio da Comissão de Legislação Participativa – criticou o fato de Marinho não ter incluído no texto a previsão de revisão anual do “Rol de procedimentos” a serem cobertos pelas operadoras. Atualmente, a ANS estabelece que essa revisão ocorra a cada dois anos.

“Há descobertas da ciência sendo feitas a todo tempo, e o prazo de um ano para a revisão de procedimentos, medicamentos e técnicas cobertas pelos planos de saúde parece ser uma medida importante”, lamentou. O substitutivo estabelece apenas que a revisão terá como diretrizes a inclusão de tecnologias com evidência de segurança, eficácia e efetividade.

Bens garantidores

Outra alteração feita pelo relator reduz o valor total dos bens que as operadoras de planos de saúde precisam dar como garantia para o pagamento de provisões técnicas (débitos com prestadores de serviço, médicos, hospitais e clientes do plano).

Hoje as operadoras são obrigadas a dispor de bens que representem 100% das provisões técnicas. Marinho diminui essa

porcentagem para 75%. Segundo ele, a medida pretende evitar que poucas operadoras de grande porte dominem o mercado, abrindo caminho para que pequenas e médias empresas atuem no segmento de planos de saúde.

O relator também aumenta o percentual de bens imóveis que podem ser usados como garantia. Hoje apenas 20% dos bens garantidores podem ser compostos por imóveis. A limitação atual se deve ao fato de que imóveis são bens de baixa liquidez e podem sofrer grande depreciação caso precisem ser vendidos rapidamente.

Pelo texto, a porcentagem de bens imóveis dados como garantia varia conforme o tipo de operadora, alcançando o limite de 60% no caso de entidades filantrópicas.

Para a pesquisadora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) Ana Carolina Navarrete, a ANS deve estar atenta porque essas mudanças afetam diretamente a solidez dos planos de saúde. “Essa flexibilização aumenta as possibilidades de quebra ou insolvência das operadoras, o que pode afetar indiretamente os beneficiários”, disse.

Pelo substitutivo, bens garantidores não poderão ser usados para cobrir débitos não relacionados a provisões técnicas, como trabalhistas e tributários. Hoje a lei dos planos de saúde já determina que bens garantidores não podem ser vendidos sem autorização da ANS.

Venda de carteira

Marinho também altera a lei dos planos de saúde para deixar claro que a venda da carteira de clientes não implica a sucessão de débitos não relacionados a essa operação, como dívidas trabalhistas, por exemplo.

A venda da carteira de clientes para outra operadora pode ser determinada pela ANS quando for identificada insuficiência de garantias ou irregularidades financeiras ou administrativas na operadora.

CONHEÇA OS RISCOS DO PROJETO PARA A NOVA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

O Globo – 01/11/2017

Especialistas apontam os pontos críticos e sugerem alterações ao relatório, a ser votado semana que vem

RIO — A uma semana da votação do relatório do deputado Rogério Marinho, marcada para a próxima quarta-feira, dia 8, na Comissão Especial da Câmara, especialistas se reuniram no Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) para fazer uma leitura aprofundada da proposta de mudança da Lei dos Planos de Saúde (9.656/1998), e prepararam um documento no qual sugerem alterações ao parecer do parlamentar. Até a última terça-feira, prazo dado pelo deputado para receber contribuições, além do Idec, Unidas, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) apresentaram sugestões. Também foram encaminhadas 16 propostas de parlamentares, sendo uma do deputado Luiz Henrique Mandetta (DEM) e 15 de Alessandro Molón (Rede). A equipe do relator terá que analisá-las, até o dia 8, quando deverá apresentar o relatório à comissão para ser votado.

Entre os pontos apontados como críticos, a advogada Ana Carolina Navarrete, especialista em Saúde do Idec, chama a atenção para a questão do reajuste dos 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 o Idec, a proposta de alteração normativa pretende legalizar os 500% de aumento por faixa etária e os elevados reajustes impostos aos idosos na última faixa etária, ao completar 59 anos, parcelando-os para tentar minimizar os efeitos nefastos causados aos idosos.

Porém, acrescenta Ana Carolina, os problemas de menor capacidade de pagamento e maior vulnerabilidade são os mesmos e o parcelamento do reajuste em nada altera sua abusividade. Desta maneira, aponta documento elaborado pelos especialistas, a proposta normativa inserida nos parágrafos 1º a 4º do art. 15 do Substitutivo não deve ser aprovada.

— A proposta normativa apresentada consiste claramente em uma burla ao Estatuto do Idoso e visa, na prática, a permitir reajustes após os 60 anos — completa a advogada do Idec.

Maria Feitosa Lacerda, supervisora do Procon-SP, ressalta que, hoje, temos uma garantia de que os idosos não sofrerão reajustes após os 60 anos, uma vitória que foi obtida pelos órgãos de proteção do consumidor obtida ao longo de anos de muita luta.

— Entendemos que não podemos abrir mão dessa segurança que o consumidor tem hoje. Permitir que isso seja perdido é muito complicado. Entendemos que isto pode se mostrar muito prejudicial ao consumidor, mesmo porque o relatório ainda vai a Plenário, pode sofrer alterações. Não sabemos que alterações pode sofrer na

Câmara ou no Senado. E nós vislumbramos que esta garantia deve ser mantida — afirma.

De acordo com dados da ANS, em junho de 2017, os contratantes de planos de saúde com cobertura médica eram 47.383.248 pessoas. Destes, 6.220.585 são idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais.

Ana Carolina reforça que uma das questões mais sensíveis e problemáticas para esses mais de seis milhões de usuários é exatamente o reajuste por mudança de faixa etária, que as operadoras utilizam para, através da aplicação de altos índices nas últimas faixas, excluirmos os idosos dos planos de saúde, mesmo após décadas de contribuição, no momento que mais precisam e que sua renda costuma ser drasticamente reduzida em razão da aposentadoria.

Ela lembra que, apesar de permitidos pela Lei nº 9.656/98, os reajustes por mudança de faixa etária somente podem ocorrer se houver previsão expressa no contrato ou respeitarem a regulamentação da ANS. Entretanto, a Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso) acrescentou a vedação do reajuste em razão da idade para pessoas com 60 anos ou mais.

— Essa vedação foi inserida no Estatuto do Idoso pois constatou-se que as operadoras de planos de saúde passaram a criar obstáculos para a permanência de consumidores de terceira idade em suas carteiras, através da imposição de altos reajustes por mudança de faixa etária concentrados nas últimas faixas — acrescenta a especialista do Idec.

Outro ponto que chama atenção, aponta Ana Carolina, é o artigo 10-C. Segundo ela, apesar de numa primeira leitura parecer até favorável ao consumidor, o artigo retira a responsabilidade solidária da operadora em caso de erros médicos, contrariando o Código de Defesa do Consumidor (CDC):

— Na prática, isso significa reduzir as chances de indenização do consumidor em caso de erro médico. Até aqui, o usuário de plano de saúde pode acionar o médico, a operadora e o estabelecimento de saúde, e, caso a culpa seja do médico, cabe às empresas a ação de regresso contra ele. Se passar essa mudança, o consumidor só poderá acionar o médico, que sem dúvida tem menos capital para uma indenização.

Outro ponto para o qual a especialista chama atenção é o artigo 35-G que tenta mudar a jurisprudência construída nos últimos 10 anos, ao dizer em seu parágrafo único que a aplicação do CDC "não pode resultar em desconsideração da segmentação contratada, do rol de procedimentos cobertos pelo plano de assistência à saúde.

— Hoje, o rol é exemplificativo, não taxativo. O que significa dizer que caso seja prescrito um procedimento fora da lista, mas que o paciente comprovadamente necessita, ele consegue na Justiça esta execução. Esse artigo destrói a jurisprudência construída na última década — ressalta a especialista do Idec.

Segmentação contratada

Para Maria Feitosa Lacerda, do Procon-SP, com relação à segmentação contratada, no entendimento do Judiciário e dos órgãos de defesa do consumidor, o consumidor tem que ter o tratamento de saúde garantido, independentemente do segmento, da contratação e do rol de procedimentos da ANS, que é um indicativo da cobertura mínima garantida ao consumidor.

— As operadoras devem garantir, ao nosso ver, o tratamento ao consumidor como um todo, independentemente de estar ou não no rol. Entendemos que não pode a segmentação ser levada ao princípio. A segmentação tenta flexibilizar, na realidade, a aplicação do CDC, quando no item 35-G o relator coloca que este vai ser observado, mas, entretanto, vai ter que respeitar a segmentação. Esse ponto foi discutido e defendemos que ele seja suprimido do texto.

As entidades também pedirão mudanças no artigo 35-N, que estabelece a obrigatoriedade de que o magistrado precisa ter assessoramento técnico para decidir, mesmo que liminarmente, sobre liberação de procedimentos ou medicamentos.

— Além de ingerência no processo de julgamento do juiz, essa regra tira a competência dos Juizados Especiais Cíveis (JECs) de avaliar essa matéria, já que não fazem perícia. No fim, a ideia é barrar o acesso à justiça. E ainda criar um novo critério para urgência e emergência, já que para um pedido de liminar uma das condições é provar que se trata de uma urgência — ressalta Ana Carolina.

Na avaliação do desembargador César Cury, do Tribunal de Justiça (TJ), o auxílio técnico é bem-vindo, mas não pode ser imposto ao magistrado.

— Essa interferência é inconstitucional. Não somos contra a criação de comissões técnicas, estamos pensando até em implantar um modelo no Rio, mas deve ser de escolha de juiz consultá-la ou não assim como é feito com os demais peritos da Justiça. Essa imposição pode abrir a porta para outros setores, levando a uma intromissão em área de competência do juiz — ressalta o desembargador.

Os especialistas também chamam atenção para o fato de a proposta apresentada por Rogério Marinho fazer uma inversão regulatória ao considerar aprovada a redução de rede pela operadora em caso em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não der parecer em até 180 dias. Segundo Ana Carolina, a demora na análise se deve à necessidade de avaliar qualitativamente a substituição dos fornecedores da rede, ao fazer essa autorização automática, de fato, diz ela, o legislador está flexibilizando a regra.

Outra questão, segundo aponta a supervisora do Procon-SP, é a flexibilização das multas aplicadas às operadoras (redução da sanção pecuniária), que, de acordo com o parecer do relator, fica estabelecida em 10% do procedimento. Para as entidades, a negativa injustificada de atendimento é uma infração grave, independentemente do custo do procedimento. Dessa forma, entendem, o valor do procedimento não deve ser parâmetro para fixação de multas:

— Entendemos que isso pode inibir para as operadoras uma vantagem. Isso porque será mais vantajoso pagar uma multa do que garantir a prestação do serviço ao usuário. Por isso, achamos que esta questão deve ser revista.

Ativos garantidores

Quanto ao artigo 35-L, que trata de ativos garantidores, os especialistas apontam que essas regras dão maior liberdade para que as operadoras, de maneira geral, empreguem seu patrimônio. De acordo com o texto atual da Lei dos Planos de Saúde, "os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo".

"Se de um lado, as operadoras vão ficar com mais dinheiro livre (líquido) para aplicar no mercado financeiro, de outro, o risco de quebrar é maior, deixando consumidores e prestadores sem pagamento ou atendimento", diz o documento elaborada pelos especialistas em direito do consumidor.

Para Cleber Ferreira da Silva Filho, presidente da Associação de Servidores da ANS (Assetans), o projeto de lei representa um grande retrocesso na regulação do setor:

— No aspecto dos ativos garantidores, ao permitir o uso de imóveis a lei retrocede ao cenário anterior ao da regulação de 1998. É uma forma de burlar a garantia e reduzir a segurança do setor. A agência

sai enfraquecida nesse projeto. Toda vez que legislativo interfere na atividade regulatória, saímos perdendo, pois os critérios usados são políticos e não técnicos.

Outras contribuições

A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) também enviou contribuições ao PL nº 7419/2006, de relatoria do deputado Rogério Marinho, destacando alguns aspectos elencados pela entidade como positivos e outros negativos. Dentre os pontos positivos, a associação elogia a possibilidade de prover desconto aos beneficiários que se cadastrarem em programas de prevenção de doenças e promoção de saúde; a permissão às operadoras da comercialização direta de planos coletivos por adesão, sem a necessidade de intermediários; e, assim como a própria ANS também está estudando em Consulta Pública, a equivalência entre a gravidade da infração e o porte econômico da operadora nos casos de aplicação de multa pecuniária, "mantendo-se alinhados e em plena consonância com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade".

Por outro lado, entre os aspectos negativos, ao contrário do que possa parecer, a Abramge acredita que permitir o parcelamento do último reajuste concedido aos beneficiários de planos de saúde ao atingirem 59 anos de idade, resultará, inevitavelmente, a médio e longo prazo, no encarecimento dos planos de saúde, atividade baseada no mutualismo – pacto intergeracional onde os mais jovens ajudam a financiar os custos dos mais velhos, com a intenção de no futuro serem os beneficiados por esta lógica financeira.

Ainda no âmbito contrário à proposta apresentada, a Abramge está preocupada com a dificuldade burocrática sugerida para o Ressarcimento ao SUS, pois a obrigação de transferir ao ente federativo os valores traz complexidade ao processo, inviabilizando os pagamentos. Ainda em relação ao Ressarcimento ao SUS, a Abramge entende ser positiva a iniciativa de comunicar as operadoras de planos de saúde no momento em que seu beneficiário procurar os serviços da rede pública de saúde, permitindo assim o acompanhamento e, quando possível, a remoção para sua rede própria ou credenciada.

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