

ÍNDICE INTERATIVO

[Cobertura dos planos de saúde e Rol da ANS: impactos de eventual "Overruling" do STJ](#) - Fonte: Migalhas

[Número de beneficiários vinculados a planos empresariais está próximo de atingir o recorde histórico](#) -
Fonte:Segs

[Pandemia impede realização de mais de 1 milhão de cirurgias em um ano](#) - Fonte: Agência Brasil

[Mudanças nas regras de planos odontológicos vão garantir saúde bucal a milhões de brasileiros](#) - Fonte:
Sinog

[Reforma do IR impacta a saúde e consumidor pagará a conta](#) - Fonte: Saúde Business

[Distorções no setor de saúde ampliam durante a pandemia, revela estudo da Abraidi](#) - Fonte: Saúde Business

[Taxatividade mitigada do Rol da ANS protege o consumidor, diz Salomão](#) - Fonte: ConJur

[FenaSaúde e IBMEC criam disciplina para discutir desafios dos planos de saúde no curso de direito](#) - Fonte:
FenaSaúde

[ANS disponibiliza nova forma de acesso a conjuntos de dados abertos](#) - Fonte: GOV (ANS)

COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE E ROL DA ANS: IMPACTOS DE EVENTUAL "OVERRULING" DO STJ

Migalhas – 22/09/2021

As consequências de eventual mudança de entendimento do STJ sobre a natureza jurídica do rol de cobertura da ANS

1. INTRODUÇÃO

O tema da judicialização da saúde no Brasil pode ganhar um novo componente. É que a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) iniciou em 16/09/2021 a reavaliação do tema da natureza jurídica do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estabelece o que deve ser coberto pelas operadoras de plano de saúde.

O julgamento foi iniciado em 16/09, mas suspenso após a prolação do voto do Ministro Luis Felipe Salomão, relator do EREsp 1886929/SP, presente pedido de vista da Ministra Nancy Andrighi. Assim, o julgamento poderá ser retomado na próxima sessão, que segundo o calendário oficial do STJ, seria em 22/09 (as próximas datas são: 13 e 27 de outubro; 10 e 24 de novembro; não consta data em dezembro). Mas ainda não há data certa para a continuidade.

A questão pode ser resumida na seguinte equação jurídica: o rol de cobertura estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é taxativo ou é exemplificativo? Pode uma cláusula contratual limitar a cobertura de procedimentos ou tratamentos invocando a taxatividade desse rol? Essa é a questão que o STJ começou a reexaminar no dia 16/09.

Mas qual a novidade? Não é pacífica a jurisprudência do STJ no sentido de que esse rol da ANS é meramente exemplificativo? Era. É que em 10/12/2019 a Quarta Turma do STJ mudou seu entendimento e passou a interpretar que o rol da ANS é taxativo. A partir de então instaurou-se cenário de insegurança jurídica: nos recursos julgados pela Terceira Turma do STJ prevalece o entendimento de que o rol é exemplificativo, mas na Quarta Turma se julga recursos com base na premissa de que o rol é taxativo.

Diante de julgamentos com sentidos opostos e da necessidade de preservar a coerência, estabilidade e integridade na jurisprudência (art. 926 do NCPC), é mais do que urgente que a Segunda Seção do STJ defina a hermenêutica que deve prevalecer, ainda que não se esteja em sede de processo sob o rito dos recursos repetitivos. Afinal de contas, o que está em jogo é o direito à saúde e à vida dos pacientes.

2. OS INDÍCIOS DE QUE O OVERRULING DO STJ É INEVITÁVEL

Em 12 de agosto do corrente ano o STJ participou como apoiador do "Seminário sobre novas regras da ANS busca soluções para conciliar interesses de usuários e planos de

saúde"² com painéis relevantíssimos sobre a nova sistemática de atualização do rol de coberturas pela ANS, segundo definido na nova Resolução Normativa ANS 470, de 09/07/2021³. O ponto que se diz mais importante da citada norma é a redução para o máximo de até 18 meses do prazo de conclusão do processo de atualização do rol - ver-se-á que essa tímida e rasa previsão da ANS foi drasticamente reduzida para o prazo de até seis meses pela MP 1.067, de 02/09/2021.

O Evento contou com a presença de Ministros do STJ, como Luis Felipe Salomão (relator dos processos no STJ), Paulo de Tarso Sanseverino, Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze (estes dois últimos, integrantes da 3ª Turma do STJ, e, portanto, membros da Segunda Seção). No evento e nas decisões da Quarta Turma do STJ, patenteou-se a possibilidade de um entendimento intermediário, uma espécie de "taxatividade mitigada", ou seja, o STJ definiria que o rol é taxativo, mas comporta exceções. A presença de 03 Ministros da Terceira Turma do STJ nesse evento e as abordagens realizadas permitiram colher a sinalização de que eles podem aderir à tese do Min. Salomão, com o que o placar estimado na Segunda Seção seria em tese de 8 a 2 em prol de uma taxatividade "temperada" do rol da ANS. A divergência e oposição ao voto do Ministro Luis Felipe Salomão partirá da Ministra Nancy Andrighi.

Seja como for, ao realizar o julgamento, é de rigor que a Segunda Seção do STJ reflita e enfrente expressa e detalhadamente as consequências imediatas aos pacientes de eventual confirmação do overruling sobre o tema, e isso por imperativa disposição do art. 20 da LINDB, que determina sejam consideradas "as consequências práticas da decisão".

E, nesse ponto, com todas as vênias, não se viu no acórdão da eg. Quarta Turma sinalizador do possível overruling⁴ e nem nos acórdãos posteriores do mesmo órgão judicante fundamentação equacionadora das consequências que a guinada jurisprudencial pode causar aos consumidores.

Os fundamentos expostos em 16/09 no voto oral do Exmo. Ministro Salomão no EREsp 1886929/SP, bem como nos acórdãos da Quarta Turma (acórdão do REsp 1.733.013/PR, julgado em 10/12/2019 e seguintes) e nos painéis do evento "Seminário Análise Econômica dos Atos Regulatórios na Saúde Suplementar" apoiado pelo STJ em agosto/2021, tangenciam essencialmente: (i) a necessidade de observar-se o equilíbrio econômico-financeiro e atuarial e a segurança jurídica no contrato de assistência à saúde; (ii) a elaboração da lista pela ANS já levaria em conta os princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS, a observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE e o resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor; (iii) o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constituiria relevante garantia do

consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população; (iv) se exemplificativo for, os planos de saúde estariam obrigados, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas; (v) há obrigatoriedade de a ANS realizar periodicamente e com prazo certo a atualização do rol; (vi) sob pena de se inviabilizar a saúde suplementar, a aplicação do CDC deve ser teleológica e visar a harmonia e o equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores, pois o rol da ANS é elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico nos planos de saúde; (vii) deve-se reconhecer que o rol é taxativo e comporta exceções, como, por exemplo, o revelado no caso concreto em julgamento no dia 16/09/2021, qual seja, o quadro depressivo grave de paciente e a indicação do tratamento via estimulação magnética transcraniana (EMT) prescrita por médico psiquiatra, destacando-se ser procedimento já reconhecido como eficaz pelo Conselho Federal de Medicina, ainda, com nota técnica favorável pelo NatJus e endosso do FDA norte-americano; (viii) para avaliação dos casos excepcionais, é recomendável que os magistrados se valham das notas técnicas e pareceres do Natjus como suporte técnico.

Bem de ver, ainda, que em notícia⁵ sobre o "Seminário Análise Econômica dos Atos Regulatórios na Saúde Suplementar", destacou-se a exposição realizada pelos Ministros Marco Aurélio Bellizze e Ricardo Villas Bôas Cueva (integrantes da Terceira Turma):

O ministro Marco Aurélio Bellizze, do STJ, abriu o Painel I sobre "A resolução 470 da ANS", destacando que o debate

tinha como foco principal o rol da ANS. "O rol taxativo é um dos principais fundamentos do equilíbrio econômico", avaliou. "A 2ª Seção do STJ está em vias de decidir se o rol é taxativo ou exemplificativo. A jurisprudência era pacífica pela natureza meramente exemplificativa, mas em 2019, a 4ª Turma do STJ reconheceu a natureza taxativa do rol de procedimentos", explicou. O magistrado ressaltou que o tempo de atualização do rol alterado pela Resolução 470 da ANS deve ser levado em conta na análise da questão.

[...]

Na abertura do segundo painel, Análise Econômica dos Atos Regulatórios, o ministro Ricardo Villas Bôas Cueva reconheceu que as decisões judiciais, em sua maioria, não levam em contas as consequências econômicas no setor de Saúde, mas a dimensão custo é fundamental para que o sistema seja minimamente viável.

"Isso começa a mudar com a lógica consequencialista, na qual o juiz, o administrador e o aplicador do Direito são obrigados a levar em conta as consequências que as suas decisões terão no mundo real", avaliou. O ministro afirmou que "a chamada lei de Liberdade Econômica também introduziu a Análise de Impacto Regulatório, ferramenta que já é vastamente usada no mundo inteiro e que é fundamental para que se possa aquilatar o custo e o benefício de uma determinada regulação". (grifei)

Parece, assim, que os ministros da Terceira Turma do STJ que participaram do citado evento tendem mesmo a acompanhar o Ministro Luis Felipe Salomão para reconhecer a taxatividade "mitigada" do rol.

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS VINCULADOS A PLANOS EMPRESARIAIS ESTÁ PRÓXIMO DE ATINGIR O RECORDE HISTÓRICO

Segs – 21/09/2021

Esse tipo de contratação cresceu de forma consecutiva entre junho de 2020 e julho de 2021.

A contratação de planos coletivos empresariais apresentou crescimento consecutivo entre junho de 2020 e julho de 2021, atingindo 33,1 milhões de beneficiários. O valor representa mais de 68% do total de planos médico-hospitalares, que ultrapassou recentemente 48,4 milhões de vínculos - a maior marca desde junho de 2016. Caso a tendência seja mantida, esse tipo de contratação pode atingir o recorde histórico de 33,8 milhões (dez/2014) de beneficiários em breve. Os dados estão na Análise Especial da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Com o início da pandemia no Brasil, entre março e junho de 2020, houve redução de 394 mil vínculos. Apesar disso, no intervalo de 12 meses encerrados em julho deste ano, o saldo entre novas vendas e cancelamentos se manteve positivo no

período, com o acréscimo de 1,6 milhão de novos contratos. "Pelo décimo segundo mês consecutivo, houve crescimento no número de contratações de planos médico-hospitalares", aponta José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Os números registrados pela NAB nesse intervalo revelam que muitos brasileiros conseguiram realizar o desejo de contar com esse benefício. Vale destacar que contar com um plano médico-hospitalar é o terceiro maior desejo do brasileiro, atrás apenas de casa própria e educação, conforme revelou a pesquisa Vox Populi realizada a pedido do IESS e divulgada em junho deste ano. Acesse a íntegra .

O aumento de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares foi puxado pelas contratações coletivas, especialmente empresariais, com avanço de 5%. Além disso, houve crescimento em todas as faixas etárias, sobretudo entre 19 e 58 anos (4,2%), seguido por 59 anos ou mais (2,7%) e entre 0 e 18 anos (2,1%). Em números absolutos, o

Estado de São Paulo teve a principal variação positiva com a entrada de 578 mil beneficiários no período. Em contrapartida, a maior redução foi no Maranhão, com a perda de 12 mil beneficiários entre julho de 2020 e julho 2021.

Planos odontológicos também crescem

Nos últimos 12 meses encerrados em julho deste ano, a contratação de planos de saúde exclusivamente odontológicos registrou alta de 10,1%. O resultado foi impulsionado pela contratação de planos individuais ou familiares (19,2%), seguido por coletivo por adesão (9,9%) e empresarial (8,1%). Por faixa etária, a maior alta foi entre beneficiários com 59 anos ou mais (13,9%). Vale destacar que, nas regiões Norte e Sul do país, a contratação de planos exclusivamente odontológicos foi superior a 13% - valor acima da média nacional.

A NAB consolida os mais recentes números de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente

odontológicos, divididos por estados, regiões, faixas etárias, tipo de contratação e modalidade de operadoras.

Sobre o IESS

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma entidade sem fins lucrativos com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar baseados em aspectos conceituais e técnicos que colaboram para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. O Instituto busca preparar o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, como também para aproveitar as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos. O IESS é uma referência nacional em estudos de saúde suplementar pela excelência técnica e independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas e a promoção de debates que levem à sustentabilidade da saúde suplementar.

PANDEMIA IMPEDE REALIZAÇÃO DE MAIS DE 1 MILHÃO DE CIRURGIAS EM UM ANO

Agência Brasil – 20/09/2021

Urgência adiou procedimentos eletivos e de emergência, revela estudo.

A pandemia de covid-19 pode ter feito com que mais de 1 milhão de cirurgias eletivas e emergenciais tenham deixado de ser feitas no Brasil em 2020. A estimativa consta de um artigo do Programa de Cirurgia Global e Mudança Social da Harvard Medical School, publicado na revista The Lancet Regional Health – Americas.

O levantamento usou dados do DataSUS, do Ministério da Saúde, sobre o número de cirurgias feitas no país no período de 2016 a 2020. Por meio de um modelo estatístico, a pesquisa estimou o volume cirúrgico esperado para o período de pandemia, entre março e dezembro do ano passado..

Ao comparar o número esperado com os dados reais fornecidos pelos estados, verificou-se um acúmulo de mais de 1,1 milhão de cirurgias, a maioria delas (928.758) eletivas, aquelas que não são consideradas de urgência.

Segundo o professor Rodrigo Vaz Ferreira, da Universidade do Estado do Amazonas, um dos coautores do estudo, o resultado é similar ao de outros países com grande volume de intervenções cirúrgicas. “Por um lado, essa redução se

explica pela priorização de procedimentos mais urgentes, realocação de recursos e manejo dos profissionais de saúde durante a pandemia”, destaca Ferreira, que faz pós-graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

De acordo com a pesquisa, os estados com políticas governamentais mais rígidas de contenção do vírus, como fechamento de escolas, locais de trabalho e proibições de viagem, conseguiram manter o nível de funcionamento das cirurgias de urgência, graças à preservação de recursos e leitos, apesar do grande atraso nas cirurgias eletivas.

“A análise de tais dados pode informar políticas públicas que atenuem os efeitos desse acúmulo, além de prevenir crises futuras. Temos que estar preparados, incentivar a população a se vacinar e respeitar as medidas sanitárias locais, pois isso contribui para a preservação dos serviços plenos de cirurgia”, ressalta Fábio Botelho, cirurgião do trauma e pediátrico, pesquisador na Universidade McGill, no Canadá, e coautor do estudo.

O estudo completo, em inglês, pode ser acessado no site da revista.

MUDANÇAS NAS REGRAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS VÃO GARANTIR SAÚDE BUCAL A MILHÕES DE BRASILEIROS

Sinog – 19/09/2021

Em um período crítico para a humanidade pelo impacto da pandemia de Covid-19, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vive possivelmente seu período mais intenso e

desgastante, pois se vê diariamente envolvida em decisões que impactam a manutenção da saúde de milhões de brasileiros.

Mesmo nesse ambiente, sua diretoria teve a sensibilidade de olhar para os planos odontológicos de uma maneira totalmente inédita. E isso deve ser reconhecido.

A ANS foi criada em 1998 para regular, ou seja, definir regras e fiscalizar suas aplicações, dos planos de saúde (médico-hospitalares e odontológicos) em geral. Naquela ocasião, por fatores exatamente pertinentes àquela ocasião, todas as regras foram desenvolvidas olhando-se os planos médico-hospitalares. E a odontologia deveria seguir exatamente os mesmos padrões.

Mas o tempo passou e muita coisa mudou. O mercado de planos odontológicos cresceu exponencialmente mesmo nos anos de pandemia, atingindo o número de 28 milhões de brasileiros cobertos pelas diversas operadoras do setor. Seguindo a curva de crescimento, esse número deve superar o dos planos de saúde já na próxima década, ao se aproximar de 50 milhões de beneficiários.

Quando assumimos a diretoria da Sinog, visitamos os cinco diretores da ANS para apresentar um pleito do setor para cada diretor, dentro de sua área de atuação. Em resposta a isso, criaram um grupo de trabalho com a finalidade de visitar e propor ajustes na atual regulamentação.

Reforço, a atividade desse grupo de trabalho tem se desenvolvido consecutivamente ao andamento da pandemia e às decisões emergenciais que tais executivos precisam tomar para proteger a população e o mercado, e seu resultado será apresentado em relatório a ser divulgado em agosto.

Se você leu até aqui e se pergunta o que essa mudança pode impactar na sua vida, digo que, sem entrar nos detalhes técnicos, se as mudanças propostas pela Sinog forem atendidas, outros milhões de brasileiros poderão ter acesso à

saúde bucal de qualidade e agilidade, e novas empresas odontológicas poderão surgir, favorecendo o empreendedorismo nacional com geração de empregos em diversas regiões do país.

Disse que não entraria em detalhes técnicos, mas para dar um exemplo bem simples, pleiteamos a possibilidade de oferecer descontos na mensalidade de planos individuais para pessoas que se mantiverem no plano por determinado número de anos. Hoje é proibido pela ANS por seus motivos, mas, no caso específico de odontologia, não haveria riscos, ao contrário, enxergamos com muito bons olhos esse benefício a ser oferecido aos clientes.

São mais de 20 anos de regulação e muitos aprendizados. A ANS já sinalizou que, a partir de agora, as decisões serão tomadas levando-se em consideração os impactos nos planos de saúde e odontológicos, de maneira separada. Isso é o futuro.

Mas, no caso de legislação, para se corrigir plenamente o futuro, é preciso visitar o passado e fazer os devidos ajustes. E é isso que está sendo construído.

Tudo de maneira a se proteger a população, mas também a cadeia produtiva que entrega esses serviços, caso contrário, a oferta será sempre colocada em risco, o que causa prejuízo às pessoas atendidas em um ciclo negativo para todas as partes.

O mundo muda constantemente e a legislação precisa acompanhar essas mudanças. Felizmente, a odontologia está encontrando terreno receptivo dentre os reguladores para garantir o melhor atendimento, ao menor custo possível, à nossa população que ainda carece muito de uma boa saúde bucal.

REFORMA DO IR IMPACTA A SAÚDE E CONSUMIDOR PAGARÁ A CONTA

Saúde Business – 17/09/2021

Aprovado na Câmara dos Deputados, o PL 2337/2021 altera as regras do Imposto de Renda e prevê o fim de isenções de PIS-Cofins para os produtos da saúde. Por causa disso, o aumento nos preços será de 12%, podendo chegar a 21% em alguns produtos e serviços. O texto aguarda agora votação no Senado Federal, que já recebeu estudos sobre o impacto das mudanças no preço dos medicamentos.

O presidente do Grupo FarmaBrasil (GFB), Reginaldo Arcuri, diz que, na prática, “essa proposta de alteração da legislação do IR aumenta a carga tributária da saúde, que hoje já representa, em média, 32% no preço final dos medicamentos”. Segundo ele, a carga tributária sobre medicamentos no Brasil já é bem acima da média mundial, atualmente de 6% sobre o preço final.

Além disso, as despesas com compras públicas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) poderão ter uma elevação de 18%, na média, pela cobrança de ICMS, pois alguns

convênios vinculam a isenção de ICMS ao benefício federal de isenção do PIS-Cofins a alguns itens, como medicamentos utilizados no tratamento de câncer e AIDS. Sem a isenção dos tributos federais, o imposto estadual poderá aumentar.

Em manifesto publicado nesta quinta-feira (16/09), 21 associações do setor farmacêutico defenderam a necessidade da Reforma Tributária, mas sem que as mudanças prejudiquem a saúde dos brasileiros. O manifesto alerta que a reforma do Imposto de Renda vai impactar a saúde e “quem pagará a conta será o consumidor, todos nós”.

Conforme exemplo citado no manifesto, quem gasta R\$ 100 por mês para cuidar da sua saúde passará a gastar R\$ 112,00. Os hospitais e Santas Casas, que gastam R\$ 1 milhão em produtos para saúde e medicamentos, passarão a gastar R\$ 1,2 milhão. O SUS, que gasta R\$ 50 bilhões, poderá ter que gastar R\$ 65 bilhões.

Hoje, a lista de substâncias isentas de PIS-Cofins contempla medicamentos de uso contínuo para o tratamento de doenças de larga incidência, como câncer, hipertensão, Aids, doenças cardíacas e diabetes, além de antibióticos, anti-inflamatórios e medicamentos contra hepatite, alergias e próstata. Também são beneficiados dispositivos médicos e de diversos produtos para saúde, como seringas, agulhas, suturas, entre outros.

Ainda segundo o manifesto, a pandemia evidenciou a importância do sistema de saúde público e privado para a sociedade brasileira. Médicos, enfermeiros e todo o pessoal envolvido no atendimento de pacientes salvaram milhões de vidas. E o setor da saúde (hospitais, indústrias, distribuidores, varejo, entre outros) forneceu instalações, equipamentos e o arsenal terapêutico indispensáveis para que este trabalho tivesse êxito.

DISTORÇÕES NO SETOR DE SAÚDE AMPLIAM DURANTE A PANDEMIA, REVELA ESTUDO DA ABRAIDI

Saúde Business - 17/09/2021

Pesquisa realizada pelo 4º ano consecutivo constata que problemas apontados são crônicos. As distorções (retenção de faturamento, glosas e inadimplência) representam mais de 60% do custo de operação das empresas e somam R\$ 1,6 bilhão.

A Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde – ABRAIDI – finalizou pesquisa sobre distorções no setor de saúde que impactam no fluxo de caixa das empresas fornecedoras de produtos, como EPIs, cateteres, marcapassos, próteses, entre os milhares de itens que atendem hospitais públicos e privados por todo o país. Os problemas representam 64% do custo de operação das companhias. O levantamento é feito pelo quarto ano consecutivo e permite comparações com os anos anteriores.

Os faturamentos postergados por hospitais e operadoras é o item com o maior volume de recursos contingenciados e chegou a R\$ 793,4 milhões. Pela pesquisa ABRAIDI, operadoras e hospitais ultrapassam, em média, 118 dias para quitar débitos. O segundo item foi a inadimplência que chegou a R\$ 714 milhões, quando o fornecedor não é remunerado após 180 dias, a partir da realização do procedimento cirúrgico. As glosas injustificadas ficaram, em terceiro lugar, com um volume financeiro paralisado de R\$ 118,6 milhões.

As três distorções somadas representam um valor de R\$ 1,626 bilhão não pago por hospitais públicos e privados, por convênios, planos de saúde e seguradoras. “É um volume excessivo e afeta o fluxo de caixa de qualquer empresa, mas atinge de forma muito maior as pequenas e médias, e que amplificou durante a pandemia”, esclarece o presidente da ABRAIDI, Sérgio Rocha. Em 2019, as distorções representavam 50% do fluxo de caixa, mas, no ano passado, subiram 14 pontos percentuais chegando a 64%.

O valor retido ou bloqueado bateu recorde, desde que a pesquisa foi iniciada em 2017. Convênios, planos de saúde e seguradoras contingenciaram R\$ 392 milhões de empresas fornecedoras de produtos para a saúde; já os hospitais privados bloquearam pagamentos de R\$ 290,4 milhões,

enquanto que as instituições públicas foram responsáveis por R\$ 111 milhões.

Já as glosas ocorrem, em geral, quando a operadora ou o plano de saúde se nega a pagar alguns produtos, materiais ou equipamentos utilizados em cirurgia previamente autorizada por eles mesmos. “Em alguns casos, a conta hospitalar inteira pode ser glosada, sem argumento plausível”, lembra Rocha. Isso pode decorrer por questões burocráticas, de terceiros ou não justificáveis. 89% dos associados relataram sofrer com valores glosados, sendo 64% atribuídas a convênios, operadoras e planos de saúde, enquanto 36% relativos aos hospitais. Embora o número de associados que afirmaram sofrer com glosas tenha aumentado três pontos percentuais (86%), o valor total foi aproximadamente 26% menor que 2019 (R\$ 160,6 milhões). Para o presidente, as glosas podem ter sido menores por conta da queda em cirurgias eletivas, atendimentos e exames provocados pela pandemia de Covid-19. Somente no SUS foram 1,3 milhão de cirurgias canceladas.

Outra distorção que afeta os fornecedores é a inadimplência, contabilizada após 180 dias sem remuneração pelos serviços e/ou produtos entregues. Também devem-se considerar inadimplência os valores “perdidos” em razão de falência do prestador de serviço ou da fonte pagadora e até mesmo por má-fé. Segundo a pesquisa da ABRAIDI, 94% dos associados registraram perdas com inadimplência ou calote por parte de hospitais, operadoras ou órgãos públicos.

Para Sérgio Rocha, esse cenário sempre foi bastante desolador para que o fornecedor de produtos para a saúde consiga manter a empresa em atividade e, de certa forma, encarece todo o custo operacional e em cadeia. Mas a pandemia de Covid-19 ainda trouxe elementos adicionais como problemas logísticos que aumentaram o frete, num país continental, como o Brasil; elevação excessiva do dólar – produtos e insumos são importados; além da elevação de 0% para 18% do ICMS imposta pelo Governo de São Paulo. “Precisamos buscar formas urgentes para tornar o setor sustentável”, concluiu.

TAXATIVIDADE MITIGADA DO ROL DA ANS PROTEGE O CONSUMIDOR, DIZ SALOMÃO

ConJur – 16/09/2021

A submissão do usuário de plano de saúde a um rol taxativo de procedimentos não privilegia nenhuma das partes dessa relação contratual. Em vez disso, protege o consumidor ao garantir acesso apenas a medicamentos e tratamentos confiáveis, além de impedir que vire refém dos interesses notadamente econômicos da cadeia de fornecimento.

Com esse entendimento, o ministro Luis Felipe Salomão propôs à 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça que adote o entendimento segundo o qual é taxativo o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A proposta foi feita no julgamento de dois embargos de divergência com o objetivo de pacificar um dos mais relevantes pontos de desencontro entre as turmas que julgam Direito Privado: a definição sobre a possibilidade ou não de um plano de saúde recusar o custeio de tratamento recomendado por médicos a seus pacientes.

A proposta do relator é a consagrada na 4ª Turma do STJ: o rol é taxativo, condição que pode ser mitigada em situações excepcionais, desde que embasadas em pareceres técnicos e que não coloquem em risco o equilíbrio do contrato.

A outra linha de entendimento é a da 3ª Turma, para quem o rol é meramente exemplificativo, o que torna abusiva qualquer recusa de custeio do tratamento de doença coberta pelo contrato.

Como as votações são unânimes em cada turma, a tendência é prevalecer a posição da 3ª Turma, uma vez que a presidência da na 2ª Seção — que reúne os dez ministros que julgam matéria de Direito Privado — é exercida pelo ministro Antonio Carlos Ferreira, integrante da 4ª Turma e que só vota em caso de empate.

Até agora, só o ministro Salomão votou. O julgamento foi interrompido por pedido de vista da ministra Nancy Andrighi.

Proteção ao consumidor

O voto do relator propôs, com base nas previsões da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Decreto-Lei 4.657/1942), uma visão consequencialista sobre o tema, principalmente porque ele é sensível e, enquanto trata de direito fundamental à saúde, também tem potencial para desequilibrar um relevante mercado.

Para o ministro Salomão, eleger o rol da ANS como exemplificativo nega vigor a várias disposições da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998), principalmente a que confere à ANS a competência legal para elaborar um rol de

cobertura mínima obrigatória como referência às operadoras (artigo 10, parágrafo 4º).

Essa posição — que entende o rol como exemplificativo — acaba por padronizar todos os planos, obrigando-lhes a fornecer qualquer tratamento prescrito. Assim, impede a previsão contratual de outras coberturas, restringe a livre-concorrência e dificulta o acesso das camadas mais populares a esses serviços, uma vez que torna o consumidor refém dos interesses econômicos do mercado.

"Fosse o rol meramente exemplificativo, desvirtuar-se-ia sua função, não se podendo definir o preço da cobertura diante de lista de procedimentos indefinida ou flexível. O prejuízo para o consumidor seria inevitável", apontou o ministro Salomão.

"Caso desrespeitada essa regulação, de duas uma: ou sobrecarregaria usuários, com o consequente repasse dos custos ao preço final, impedindo maior acesso da população; ou inviabilizaria a atividade econômica desenvolvida pelas operadoras e seguradoras", pontuou.

Disse ainda que, ao definir o rol como exemplificativo, o Judiciário elastece sem limites a cobertura do risco pelas operadoras, que ficam impedida de prever os custos. "Não há dever de fornecer toda e qualquer cobertura vindicada pelos usuários de plano de saúde", segundo o relator.

Excepcionalidades

O voto ainda indica que essa taxatividade do rol pode ser mitigada, desde que presente situação excepcional embasada por argumentos técnicos (principalmente dos NatJus, núcleos de apoio técnico criados pelo CNJ) e sem o risco de desequilibrar o contrato. O objetivo é impedir que o acesso de um signifique a barreira a outros.

Nos dois embargos de divergência julgados, o ministro Salomão deixou evidente como isso funcionaria. Em um deles (EREsp 1.886.929), a excepcionalidade está presente. O autor do processo é paciente com depressão grave e esquizofrenia, com recomendação médica de estimulação magnética transcraniana.

O tratamento é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e há nota técnica de recomendação emitida pelo NatJus, especialmente porque o paciente não respondeu a outras terapias anteriores, como medicamentos antidepressivos.

No outro caso, (EREsp 1.889.704) a excepcionalidade não foi reconhecida. O paciente é criança autista que pediu na ação que o plano arque com a terapia pelo método ABA, de altíssimo custo e, no entanto, sem evidências científicas de

superioridade em relação à terapia convencional, segundo nota do NatJus.

Plano básico

O advogado Márcio Costa, da Unimed — operadora de plano de saúde alvo em ambos os processos —, destacou que a operação da empresa é mutualística: depende da previsibilidade de gastos e de riscos para se sustentar.

Por isso, classificou como "ilógico" um plano básico de referência que garanta todo e qualquer tratamento. E apontou que o rol da ANS não permanece parado no tempo. Em vez disso, alterações recentes dinamizaram o processo de atualização, que passa ser feito de maneira permanente, com prazo máximo de 120 dias.

"As resoluções da ANS protegem usuários para que seja assegurado um amplo rol de cobertura mínima, ao mesmo tempo impedindo que o interesse individual de um contratante

desequilibre a comutatividade estabelecida, em prejuízo dos demais contratantes vinculados ao fundo comum", disse.

Para a advogada Ana Basilio, que também representa a operadora, tornar obrigatória que as empresas cubram procedimentos fora do Rol da ANS tornará os planos caros, ampliando problemas sociais já existentes no país. "O plano que era básico para atender a baixo custo, vai se tornar invariavelmente um plano por demais oneroso", lembrando que a criação do plano básico foi uma forma encontrada pelos legisladores para oferecer à população uma alternativa acessível de acesso à saúde.

Mesmo assim, a decisão do ministro Salomão foi considerada um avanço pela advogada. "O voto do ministro demonstra um amadurecimento jurisprudencial sobre a estrutura legal criada pelo legislador para planos de saúde", afirmou, entendendo que a posição do ministro respeita o que foi decidido pelo Congresso.

FENASAÚDE E IBMEC CRIAM DISCIPLINA PARA DISCUTIR DESAFIOS DOS PLANOS DE SAÚDE NO CURSO DE DIREITO

FenaSaúde – 15/09/2021

Nova cadeira debaterá conceitos e desafios da saúde suplementar para alunos da graduação e pós-graduação; parceria também desenvolverá pesquisas sobre o setor

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) assinou um Convênio de Cooperação Acadêmica e Científica com o Ibmec, uma das principais instituições de ensino superior do país. O acordo prevê o lançamento de uma disciplina eletiva sobre saúde suplementar em cursos de graduação e pós-graduação de direito, além do desenvolvimento de projetos de pesquisa em áreas relevantes para o setor, como a avaliação de tecnologias em saúde.

O objetivo é estimular a produção de estudos e ampliar o conhecimento da sociedade sobre os planos de saúde. A nova disciplina abordará os conceitos mais importantes da saúde suplementar e os desafios para os próximos anos no setor, em especial após as consequências da pandemia da Covid-19.

"A parceria com essa renomada instituição reafirma o compromisso da FenaSaúde de estimular e oferecer meios para elevar a qualificação dos profissionais do setor de saúde suplementar. Diante da dinâmica e da complexidade desse setor, o conhecimento e a prática são os principais instrumentos para entendermos as demandas do futuro e preparar as empresas para atender às necessidades da população. É com esse objetivo que seguimos empenhados em ampliar o acesso da população à saúde de qualidade", afirma Vera Valente, diretora executiva da FenaSaúde.

Para o reitor do Ibmec RJ, Marcos Lemos, os alunos devem compreender a saúde suplementar em suas diferentes

dimensões, como um direito e como um importante negócio. "O Ibmec é uma escola de Direito e Negócios, portanto o ecossistema apropriado para as discussões e experiências mais atuais do mundo do trabalho. Em particular, as operações no setor de saúde têm evoluído de forma acelerada nos últimos anos. A oferta dessa disciplina eletiva em parceria com a FenaSaúde potencializa ainda mais a nossa proposta de interdisciplinaridade e de preparação dos nossos alunos para as demandas reais da sociedade, além de ampliar um horizonte cada vez mais relevante para atuação profissional", diz o reitor do Ibmec RJ.

De acordo com a FenaSaúde, os convênios médico-hospitalares atendem mais de 48 milhões de brasileiros. Já os planos exclusivamente odontológicos cuidam de mais de 27 milhões de beneficiários. O setor viu crescer o número de usuários durante a pandemia – os convênios médicos ganharam 1,7 milhão de novos beneficiários entre junho de 2020 e julho de 2021 em todo o país.

Os planos de saúde também conseguiram, mesmo diante da pandemia, bater o recorde de avaliação positiva: 84% dos beneficiários estão muito satisfeitos com os planos de saúde, segundo recente estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Em 2019, esse índice era de 80%.

Ao mesmo tempo que cresce o número de beneficiários e mais brasileiros avaliam positivamente os serviços dos planos, a saúde suplementar tem vivido forte aumento de custos decorrente de diversos fatores: evolução tecnológica, aumento da expectativa de vida dos brasileiros, envelhecimento da pirâmide etária do país e aumento significativo de doenças crônicas, como diabetes e

hipertensão, substituindo as doenças infectocontagiosas que predominavam nas décadas anteriores.

“Esses fatores continuarão mudando o funcionamento do setor nas próximas décadas, sendo centrais para as análises de quem trabalha em direito”, ressalta a diretora executiva da FenaSaúde..

ANS DISPONIBILIZA NOVA FORMA DE ACESSO A CONJUNTOS DE DADOS ABERTOS

GOV (ANS) – 15/09/2021

Informações podem ser adquiridas de forma parametrizada, com possibilidade de consulta de registro específico.

A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibilizou no Portal Brasileiro de Dados Abertos o acesso aos conjuntos “operadoras de planos de saúde ativas” e “operadoras de planos de saúde canceladas” por meio de Interface de Programa de Aplicativos (API, em Inglês - Application Programming Interface), destinado a desenvolvedores de sistemas e demais profissionais de tecnologia da informação.

Os conjuntos de dados já estavam acessíveis por meio de arquivos em formato CSV, que requer o download do arquivo completo com todos os registros. Esse formato é indicado para os casos em que há necessidade de informações de todos os registros dos conjuntos de dados. A API, por sua vez, permite o acesso aos dados de forma parametrizada, com possibilidade de consulta de um registro específico, bem como de pesquisa de registros, com resposta no formato JSON, o que facilita sua leitura por outras aplicações. Por esse motivo, ela é indicada para consultas pontuais de pequenas quantidades de registros.

A documentação da API pode ser consultada nos seguintes conjuntos de dados abertos: operadoras de planos de saúde ativas e operadoras de planos de saúde canceladas.

Sobre os dados abertos

Dados são abertos quando qualquer indivíduo pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, desde que credite a sua autoria e compartilhe os dados pela mesma licença. O Open Government Working Group (Grupo de Trabalho de Governo Aberto) estabeleceu oito princípios técnicos para dados abertos – são completos, primários (com o maior nível de granularidade e sem agregação ou modificação), atuais, acessíveis, processáveis por máquina (processamento automatizado), não-discriminatórios (disponíveis para todos), não-proprietários e livres de licença (livres de direito autoral, patente, propriedade intelectual ou segredo industrial). Restrições relacionadas à privacidade e segurança são permitidas.

Ao disponibilizar os dados em novo ambiente além do seu portal, a ANS se alinha à Política de Dados Abertos do Governo Federal, fundamentada no desenvolvimento de um ecossistema de dados e informações que beneficia a sociedade e favorece a cooperação entre todos os setores, inclusive a iniciativa privada, o setor acadêmico e o próprio governo.

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.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com