

## ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde é uma das três prioridades do brasileiro](#) - Fonte: O Tempo

[Dívida Tributária permite penhora de ativos garantidores dos planos de saúde, diz STJ](#) - Fonte: ConJur

[STF julga ações sobre cobertura dos planos de saúde após aprovação de lei sobre Rol da ANS](#) - Fonte: Gazeta do Povo

[Telemedicina foi usada por um terço dos médicos de SP E MA na pandemia](#) - Fonte: Agência Brasil

[ANS publica números de atendimentos das ouvidorias das operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Telemedicina chegou com a pandemia e veio para ficar, indica estudo](#) - Fonte: Portal (R7)

# PLANO DE SAÚDE É UMA DAS TRÊS PRIORIDADES DO BRASILEIRO

O Tempo – 01/11/2022

Segurança médica e odontológica ao lado de moradia e educação

A pandemia do coronavírus gerou a maior crise sanitária do século. Tirou milhões de vidas e promoveu a revisão de crenças e valores do ser humano. Um dos resultados desses últimos anos turbulentos foi a mudança no perfil das famílias. A saúde foi apontada como a terceira prioridade do brasileiro, atrás de casa própria e educação, de acordo com pesquisa divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O interesse pelo acesso à saúde suplementar fez aumentar consideravelmente o número de beneficiários de planos de saúde. Em 2021, o segmento fechou o ano em alta de 3,18% em relação a 2020. De acordo com dados da ANS, o Brasil tem hoje mais de 49 milhões de pessoas vinculadas a algum tipo de convênio médico. Em planos exclusivamente odontológicos, o país conquistou a marca histórica de mais de 30 milhões de beneficiários, crescimento de 8,66% se comparado ao mesmo período do ano anterior.

Mesmo com a situação financeira apertada, muitas pessoas passaram a direcionar recursos para a saúde. O convênio médico se tornou uma das principais necessidades do brasileiro. Muitos passaram a buscar a estabilidade, o conforto e a comodidade de ter com quem contar ou a quem recorrer em um momento de urgência ou emergência ou, até mesmo, para um acompanhamento necessário em casos de doença crônica.

Uma inovação que conquistou o brasileiro foi a telemedicina, modalidade que chegou para ficar e tem como principal característica a facilidade do acesso – uma das premissas da atenção primária, assim como a coordenação, o cuidado e a integralidade.

De uns anos para cá, com os avanços tecnológicos, estudos e pesquisas, é cada vez mais evidente, para todos nós da comunidade médica, que a prevenção é a estratégia mais efetiva para controle de doenças. Há 30 anos, como não havia tantos recursos, a medicina era mais curativa.

A medicina preventiva é aquela cujo objetivo principal é evitar o surgimento de doenças por meio de cuidados antecipados, priorizando a saúde de forma integral para as pessoas.

Nesse contexto, os planos de saúde passaram a investir em equipes de atenção primária com o intuito de garantir a qualidade na assistência e cuidado no tempo certo, como, por exemplo, o programa Usifamília, da operadora Usisaúde. Nos últimos anos, o médico de família passou a ter grande importância para a assistência integral do indivíduo.

O médico de família conta com um saber em clínica e em pessoas. Costumo dizer que esse profissional vai além do olhar para as doenças, pois ele cuida de gente na sua totalidade e individualidade. É esse médico que vai acompanhar o paciente ao longo da vida, estabelecendo um profundo conhecimento da saúde dele, o que resulta em uma melhor relação de confiança entre médico e paciente.

Entender o paciente em todo o contexto em que ele vive é essencial para compreender a doença. Tudo está conectado. É por isso que o médico que acompanha o paciente há muitos anos tem grandes chances de sucesso na prevenção de doenças e de fazer um diagnóstico mais assertivo. Quando o médico de família vê necessidade, ele direciona o paciente para outros especialistas, mas mantendo sempre a coordenação do cuidado.

## DÍVIDA TRIBUTÁRIA PERMITE PENHORA DE ATIVOS GARANTIDORES DOS PLANOS DE SAÚDE, DIZ STJ

ConJur – 01/11/2022

A proteção que a Lei dos Planos de Saúde confere aos ativos garantidores das provisões técnicas registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não acarreta sua impenhorabilidade absoluta. Logo, não pode ser invocada no caso de cobrança de créditos tributários.

Com esse entendimento, a 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça deu provimento ao recurso especial da Fazenda Nacional para permitir o bloqueio via BacenJud de ativos garantidores das provisões técnicas de um plano de saúde com sede em Porto Alegre (RS).

Esses ativos são a garantia de que a operadora terá reservas suficientes para manter o plano de saúde em plena operação. Por isso, são registrados junto a ANS e monitorados segundo normas definidas na Resolução Normativa 392/2015.

De acordo com o artigo 35-L da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998), esses ativos, uma vez registrados na ANS, não podem ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização.

Com base nessa norma, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região decidiu que tais verbas não podem ser usadas para pagar o crédito tributário. A corte determinou a liberação dos valores bloqueados.

Relator no STJ, o ministro Gurgel de Faria entendeu que essa interpretação foi errônea. Para ele, o conjunto de normas que trata dos planos de saúde, da cobrança de créditos tributários e da impenhorabilidade levam a uma outra conclusão.

Primeiro, porque o artigo 184 do Código Tributário Nacional diz que responde pelo pagamento do crédito tributário a totalidade dos bens e das rendas, de qualquer origem ou natureza, do sujeito passivo, excetuados unicamente aqueles "que a lei declare absolutamente impenhoráveis".

Essa declaração não consta da Lei dos Planos de Saúde, nem do artigo 649 do Código de Processo Civil de 1973, que elenca as hipóteses de impenhorabilidade absoluta (artigo 833 do CPC de 2015).

"Ainda que a referida Lei resguarde os bens de eventual alienação ou outro tipo de gravame, essa proteção não pode ser invocada perante a Fazenda Pública no que diz respeito aos créditos tributários, porque ela (a proteção) não acarreta a impenhorabilidade absoluta (de tais bens)", concluiu o ministro Gurgel.

Entender diferente, em sua análise, significaria permitir que as empresas privadas de saúde suplementar usem um

artifício para operar em real estado de insolvência, sob o risco de prejudicar não apenas o Fisco, como os próprios beneficiários dos serviços.

Essa conclusão consta de parecer do Ministério Público Federal, que o relator adotou como razões de decidir. O documento aponta que as provisões dos fundos não garantirão nada se a dívida tributária se agigantar. "Haveria mera aparência de solvência a funcionar como biombo a esconder a ruína econômica da empresa."

"Sociedade empresarial saudável, ao reverso, conseguirá repor as parcelas dos fundos penhorados. Não adianta poupar os fundos aludidos da constituição, se o restante da empresa vai mal e continua a angariar novos clientes. As quantias garantidoras de poucos clientes daria aparência de capacidade econômica a pôr em risco todos", acrescentou. A votação foi unânime.

## STF JULGA AÇÕES SOBRE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE APÓS APROVAÇÃO DE LEI SOBRE ROL DA ANS

Gazeta do Povo – 31/10/2022

O Supremo Tribunal Federal (STF) julga uma série de ações sobre a cobertura dos planos de saúde no que se refere aos procedimentos que não fazem parte da lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O julgamento ocorre no plenário virtual.

Uma lei sobre o tema foi aprovada pelo Congresso e sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro (PL) em setembro. Diante disso, o ministro Luís Roberto Barroso, relator das medidas, considerou que parte das ações perdeu o objeto. A lei obriga os planos a cobrir os atendimentos fora do rol taxativo da ANS.

Sobre as demais, ele julgou improcedentes os pedidos de declaração de inconstitucionalidade dos arts. 10, §§ 7º e 8º, e 10-D da Lei nº 9.656/1998, com a redação dada pela Lei nº 14.307/2022. As ações foram apresentadas ao STF pela Associação Brasileira de Proteção aos Consumidores de Planos e Sistema de Saúde - Saúde Brasil.

Segundo Barroso, os pedidos considerados improcedentes buscam a declaração de inconstitucionalidade dos prazos para conclusão dos procedimentos administrativos de atualização do rol por causa da urgência das pessoas em fazer os tratamentos. Mas ele destacou que "a avaliação

necessária à decisão pela incorporação de novos tratamentos demanda pesquisa, estudo das evidências, realização de reuniões técnicas, oitiva dos interessados, de modo que não se afigurem irrazoáveis os prazos assinados para conclusão da apreciação das propostas".

O ministro também disse que os planos de saúde precisam fazer uma análise sobre a viabilidade econômica da inclusão de novos procedimentos, pois os recursos são finitos. "Considerada essa limitação, reputo legítima a opção legislativa de condicionar a decisão sobre a inclusão de novos itens na lista de procedimentos ofertados a critérios que garantam o emprego mais eficiente dos recursos disponíveis".

Por fim, ele considerou que não havia incompatibilidade entre o direito à saúde dos usuários de planos e os critérios de avaliação a serem observados pela Comissão de Atualização do Rol, de acordo com o que está previsto lei aprovada pelo Congresso e sancionada por Bolsonaro.

Até o momento, apenas Barroso apresentou seu voto no plenário virtual. Os demais ministros do STF têm até 9 de novembro para se manifestarem sobre as ações.

## TELEMEDICINA FOI USADA POR UM TERÇO DOS MÉDICOS DE SP E MA NA PANDEMIA

Agência Brasil – 31/10/2022

Pesquisa feita com 1.183 médicos dos dois estados.

Uma pesquisa feita com 1.183 médicos dos estados de São Paulo e do Maranhão mostra que a telemedicina foi usada para consultas, durante a pandemia de covid-19, por cerca de um terço deles ou 30,6%.

O estudo, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e o Newton Fund, do Reino Unido, foi conduzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e da Queen Mary University of London (Reino Unido).

A pesquisa mostrou que a telemedicina foi mais frequentemente utilizada para conectar profissionais na discussão de casos clínicos (55%), em reuniões de serviço (48%) e na capacitação e atualização de conhecimentos (40%).

“Os múltiplos usos da telemedicina vieram para ficar. A tecnologia trouxe muitas vantagens, mas não se trata de uma panaceia. É preciso regular e monitorar. Para determinados usos e especialidades pode haver perda de qualidade com o online. O atendimento não presencial significa muitas vezes um atendimento de baixa qualidade”, destacou o professor do

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (FM) da USP e autor do estudo, Mário César Scheffer.

Segundo a pesquisa, a telemedicina foi usada, durante a pandemia, predominantemente em áreas relacionadas a covid-19 e em clínicas particulares e ambulatorios. Aproximadamente três quartos dos médicos em grandes hospitais relataram usar serviços de telemedicina (78,3%), seguidos por médicos que trabalham em clínicas privadas menores (66,4%).

## ANS PUBLICA NÚMEROS DE ATENDIMENTOS DAS OUVIDORIAS DAS OPERADORAS

GOV (ANS) – 31/10/2022

REA-Ouvidorias traz os números de demandas, principais temas abordados e prazos de finalização das manifestações

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (31/10) o [Relatório do Atendimento de Ouvidorias - 2022 \(REA-Ouvidorias\)](#), com dados dos atendimentos realizados em 2021 pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde. A publicação é produzida pela Ouvidoria da ANS desde 2013 e apresenta detalhes das manifestações recebidas, como os principais temas tratados pelas ouvidorias das operadoras de todo país bem como os

prazos de resposta na finalização das demandas e o status das recomendações feitas às operadoras no ano anterior.

Este ano o tema mais recorrente foi “Rede credenciada/referenciada”, tendo sido abordado em com 24% das mais de 700 mil demandas. Esse tema engloba questões de dificuldades de agendamento, descredenciamento de rede e prestadores. Na tabela abaixo as manifestações estão distribuídas pelos temas.

MODALIDADE	MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS	TEMA				
		% ADMINISTRATIVO	% COBERTURA	% FINANCEIRO	% REDE	% SAC
Administradora de Benefícios	32.902	45,1	9,4	32,8	1,5	11,1
Autogestão	45.332	17,9	27,1	29,5	16,4	9,1
Cooperativa Médica	100.313	14,5	30,4	16,3	27,6	11,3
Cooperativa odontológica	23.198	18,2	18,8	18,6	25,3	19,1
Filantropia	9.692	18,8	14,7	23,1	37,0	6,5
Medicina de Grupo	330.738	20,6	14,0	16,6	26,7	22,2
Odontologia de Grupo	126.796	6,8	17,0	15,5	23,4	37,3
Seguradora Especializada em Saúde	34.343	23,2	20,0	38,1	18,4	0,3
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>703.314</b>	<b>18,2</b>	<b>17,9</b>	<b>19,2</b>	<b>24,0</b>	<b>20,6</b>

Fonte: Ouvidoria/ANS, 2022.

Segundo o ouvidor da Agência, João Paulo Araújo, a separação por temas é uma sugestão da ANS para facilitar a identificação de pontos que podem melhorar dentro da operadora. “A partir do conhecimento técnico que a Ouvidoria da ANS adquiriu ao longo dessas 9 edições, pudemos identificar os principais assuntos abordados e orientar sua classificação a partir deles”, explica.

De 1.064 ouvidorias cadastradas, a ANS recebeu 1.024 formulários do REA-Ouvidorias 2022, um percentual de 92,4%, o maior desde 2016. Confira a lista de operadoras que enviaram o relatório.

### Assistência à saúde

Outro importante item do REA-Ouvidorias é o tema Requerimento de Reanálise Assistencial, que assegura aos beneficiários o direito a uma nova análise de uma solicitação de cobertura de procedimento que tenha sido negada. Desde

2019, nota-se um aumento gradual da quantidade de requerimentos de reanálise, o que mostra o reconhecimento das ouvidorias como mediadoras entre a operadora e os beneficiários.

Sobre isso foi verificado que as operadoras de pequeno porte tiveram o maior percentual de alteração na decisão de cobertura. Ou seja, os beneficiários que procuraram as ouvidorias dessas operadoras devido a negativas de cobertura obtiveram, percentualmente, mais respostas positivas quanto ao acesso ao tratamento. A reanálise assistencial foi determinada pela ANS em 2016 pela Resolução Normativa - RN nº 395, que diz ainda que o acesso ao requerimento de reanálise deve ser oferecido aos beneficiários pelas operadoras de maneira simples e descomplicada.

## Foco no consumidor

O tempo de resposta ao consumidor também um assunto tratado no relatório devido à grande importância que a celeridade possui para uma assistência eficiente ao beneficiário. Esse ano pode ser notado que a grande maioria das ouvidorias, 89%, informou ter respondido as demandas dentro do prazo de 7 dias úteis instituído pela RN nº 323. O REA-Ouvidoras mostra ainda o trabalho de recomendação de melhorias, uma atividade típica de unidades de ouvidorias, que foi praticada por cerca de 35,4% das ouvidorias que responderam o formulário. "É bom lembrar que a recomendação não é uma imposição, mas uma proposta elaborada por uma área independente e direcionada à alta gestão da operadora", diz João Paulo.

As recomendações feitas no ano anterior ao analisado, 2020, atingiram 47% de implementação, e outras 45,8% estão em fase de implementação. Isso mostra que as ouvidorias estão sendo cada vez mais reconhecidas enquanto espaços

qualificados de mediação. "O REA-Ouvidorias é um instrumento que tem foco nos beneficiários à medida que contribui para o desenvolvimento das relações entre consumidor e operadora", finaliza Araújo.

## Constituição de ouvidorias em operadoras

A ANS instituiu que as operadoras devem ter obrigatoriamente suas respectivas ouvidorias por meio da RN nº 323, que contou com ampla consulta à sociedade. Na época, a iniciativa foi reconhecida pela Controladoria-Geral da União (CGU), que [premiou a ANS na categoria "Aprimoramento das atividades de ouvidoria" em seu II Concurso de Boas Práticas, realizado em 2014](#). Hoje, quase 100% dos consumidores de planos de saúde estão em operadoras que possuem ouvidorias e podem contar com esse fórum para redução de impasses e resolução de

# TELEMEDICINA CHEGOU COM A PANDEMIA E VEIO PARA FICAR, INDICA ESTUDO

Portal R7 – 28/10/2022

Mesmo em alta, modalidade cresceu de forma desigual, privilegiando serviços de saúde privados e sendo deixado de lado no SUS

Uma pesquisa feita com 1.183 médicos dos estados de São Paulo e do Maranhão mostrou que os diversos usos da telemedicina — que despontaram como alternativa durante a crise sanitária causada pela Covid-19 — devem permanecer no sistema de saúde brasileiro.

O estudo, apoiado pela Fapesp e pelo Newton Fund (Reino Unido), foi conduzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Queen Mary University of London (Reino Unido).

"Os múltiplos usos da telemedicina vieram para ficar. A tecnologia trouxe muitas vantagens, mas não se trata de uma panaceia. É preciso regular e monitorar. Para determinados usos e especialidades pode haver perda de qualidade com o online. O atendimento não presencial significa muitas vezes um atendimento de baixa qualidade", afirma Mário César Scheffer, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (FM) da USP e autor do estudo.

Publicado na revista *Globalization and Health*, o artigo é resultado de um estudo maior, que analisa o impacto das crises econômicas na saúde e busca soluções para aprimorar a gestão de políticas e o serviço prestado à população.

"Os sistemas de saúde, ao se adaptarem às crises — econômica, política ou sanitária —, acabam encontrando soluções e alternativas que podem ser transitórias ou permanentes. Como nosso projeto de pesquisa estava em andamento quando veio a pandemia, decidimos, a partir do estudo do trabalho dos médicos, entender mudanças na saúde que possam ter sido aceleradas pela Covid-19", explica o pesquisador à Agência Fapesp.

O inquérito mostrou que a telemedicina foi mais frequentemente utilizada para conectar profissionais na

discussão de casos clínicos (55%), em reuniões de serviço (48%) e na capacitação e atualização de conhecimentos (40%). Menos de um terço dos médicos declarou ter feito consultas e orientado pacientes, prática mais comumente conhecida como "teleconsulta".

A telemedicina foi mais usada por médicos que trabalham no setor privado do que por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os profissionais que trabalham na atenção primária, em serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS, a telemedicina foi empregada majoritariamente em serviços que atendiam pacientes com Covid-19. "Já entre os médicos que trabalham em consultórios e clínicas, atendendo planos de saúde e particulares, prevaleceu o uso da telemedicina para atendimentos de problemas de saúde não relacionados à Covid-19", afirma.

O pesquisador explica que a telemedicina é um conceito mais amplo do que as consultas online. Entre os seus múltiplos usos estão reuniões com equipes multidisciplinares para a tomada de decisão de tratamentos, treinamentos de profissionais de saúde, divulgação de novos protocolos clínicos e as teleconsultas.

"Dessa forma, a tecnologia tornou possível na pandemia, por exemplo, levar um especialista que não estava disponível naquele serviço ou UTI em determinado momento para dar uma opinião e, assim, contribuir com o diagnóstico e o tratamento adequados de pacientes", conta.

Outra abordagem importante foi o uso da telemedicina para atividades educacionais a distância, como cursos, palestras e fóruns de discussão. "Em casos de urgência sanitária, como foi a pandemia, ou mesmo problemas de saúde pública, também é possível usar a tecnologia para uniformizar e difundir diretrizes clínicas, consensos terapêuticos, orientações de vigilância e saúde pública, que estão em constante evolução", afirma Scheffer.

## Uso indiscriminado

No artigo, os pesquisadores apontam os potenciais riscos do uso indiscriminado da telemedicina. “São necessários mais estudos, pois nossa hipótese é que, para determinados problemas de saúde e determinadas especialidades, a telemedicina não é uma forma eficaz de atendimento. Pode ser um auxílio, principalmente em triagens e orientações, mas há situações em que a relação médico-paciente presencial é insubstituível”, diz.

Outros pontos negativos da telemedicina comentados pelos autores são: possíveis falhas na notificação de doenças, definição da remuneração dos médicos e questões éticas que envolvem, por exemplo, a segurança de dados sensíveis de pacientes atendidos online.

Os pesquisadores ressaltam que há ainda muito a ser discutido. “A pandemia acelerou o uso da telemedicina e também mostrou o quanto a regulamentação precisa avançar. Nos preocupa, por exemplo, a forma como a telemedicina vem sendo explorada por planos de saúde e clínicas populares para vender serviços de menor preço e pior qualidade”, avalia.

Desde 19 de março de 2020, dois dias após estados decretarem quarentena e o fechamento de serviços e comércio por causa da pandemia de Covid-19, o CFM (Conselho Federal de Medicina) e o Senado Federal liberaram a telemedicina por período provisório. Mais

recentemente, em maio de 2022, o CFM regulamentou a prática definitivamente. Apesar da liberação, o conselho ressaltou a importância da consulta presencial.

## Desigualdades

O trabalho sobre telemedicina é baseado em um inquérito com 1.183 médicos — uma mostra representativa dos 152.511 profissionais ativos nos dois estados brasileiros. São Paulo e Maranhão são bastante heterogêneos, tanto em densidade de médicos quanto em relação ao tamanho do sistema de saúde e indicadores socioeconômicos.

“Os resultados do inquérito também mostram desigualdades no uso da telemedicina, e isso é um alerta. Observamos que a tecnologia foi muito mais usada no setor privado do que no público, na capital do que no interior e em São Paulo do que no Maranhão”, lista o autor.

O estudo apontou outro aspecto importante do uso desigual da telemedicina: o fato de que, durante a pandemia, as consultas online foram muito mais relacionadas ao atendimento não Covid-19. “Durante uma emergência sanitária, uma pandemia, há pacientes com outros problemas de saúde que precisam continuar sendo atendidos. A teleconsulta foi acionada para manter os serviços e consultórios funcionando, mesmo que não fosse do modo ideal”, diz

---

**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](mailto: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](https://www.milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.