

**14 de março de 2018**

---

## **PROJETO SUSTA RESOLUÇÃO DA ANS SOBRE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL**

Agência Câmara Notícias –12/03/2018

Tramita na Câmara dos Deputados proposta que susta resolução normativa da Agência Nacional de Saúde (ANS) que regulamenta a contratação de plano de saúde coletivo empresarial por empresário individual (432/17). A medida está no Projeto de Decreto Legislativo 884/18, do deputado Rafael Motta (PSB-RN).

De acordo com a ANS, o objetivo das novas regras, que entraram em vigor em janeiro, seria dar mais segurança jurídica e transparência ao mercado, coibindo a constituição de empresas exclusivamente para este fim e tornando mais rígidas as exigências para contratação de um plano corporativo.

Com a nova resolução, para ter direito à contratação do plano empresarial, o empresário individual deverá obrigatoriamente comprovar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal pelo período mínimo de seis meses. As operadoras de planos de saúde e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos em dois momentos: na contratação e anualmente.

Essa comprovação anual também será exigida nos contratos celebrados antes da vigência da resolução normativa, o que, segundo o deputado Rafael Motta, contraria a Constituição Federal, que determina que a lei não pode prejudicar o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.

“Vale destacar, também, que a exigência de carência de, no mínimo, seis meses de existência da empresa para contratação do plano corporativo é abusiva, uma vez que, no momento da constituição da pessoa jurídica, a ela são atribuídos todos os direitos legais, inclusive o de contratação”, argumentou.

### **Pendências com a Receita**

O parlamentar defende ainda que não há nenhuma relação entre o direito de contratar um plano de saúde e a existência de pendências com a Receita Federal. “O fato de possuir um CNPJ ativo deveria ser suficiente para aquisição do plano”, disse.

Para o parlamentar, a regulamentação “não traz proteção efetiva para o consumidor e não muda o cenário dos falsos planos coletivos”.

### **Tramitação**

A proposta será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Em seguida, será votada pelo Plenário da Câmara.

---

## **BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO PODE QUESTIONAR RESCISÃO**

Consultor Jurídico –12/03/2018

O beneficiário final de um plano de saúde tem legitimidade ativa para propor ação contra a rescisão unilateral do contrato, mesmo nos casos em que o plano é coletivo por adesão. O entendimento é da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça ao reformar acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo.

O contrato coletivo de saúde foi firmado pela Fecomércio com a Golden Cross, que posteriormente o rescindiu de forma unilateral. O TJ-SP considerou que o beneficiário não seria parte legítima para ajuizar a ação. No recurso ao STJ, o beneficiário defendeu sua legitimidade.

A relatora do recurso, ministra Nancy Andrighi, explicou que os planos coletivos ocorrem naturalmente em favor dos beneficiários finais do serviço de atenção à saúde, raciocínio que “autoriza o usuário de plano de saúde coletivo a ajuizar individualmente ação contra a operadora para questionar abusividades do contrato, independente de a contratação ter sido intermediada pela pessoa jurídica à qual está vinculado”.

A ministra lembrou que o ato questionado — a rescisão unilateral — afeta indistinta e necessariamente todos os beneficiários do plano

de saúde coletivo. Para a relatora, a possibilidade de a rescisão unilateral ser “abusivamente praticada pela operadora” é fator apto a justificar que o beneficiário ajuíze ação questionando o ato tido por ilegal.

“O fato de o contrato ser coletivo não impossibilita que o beneficiário busque individualmente a tutela jurisdicional que lhe seja favorável, isto é, o restabelecimento do seu vínculo contratual com a operadora, que, em tese, foi rompido ilegalmente”, justificou.

Nancy Andrighi destacou que, em situações como essa, outros beneficiários finais do plano podem exercer igualmente o direito de ação para questionar a rescisão do contrato, ou podem aguardar que a pessoa jurídica (no caso a Fecomércio) demande a solução em favor da coletividade de beneficiários como um todo.

A legitimidade ativa, segundo a relatora, restringe-se ao exame puramente abstrato da titularidade dos interesses envolvidos na lide, e ao longo do processo deve-se definir a procedência ou improcedência do pedido no que diz respeito ao mérito, mas não às condições da ação, conforme entendeu o TJ-SP.

Com esse entendimento, a 3ª Turma anulou o acórdão que extinguiu o processo sem resolução de mérito e determinou o regular julgamento do recurso de apelação da Golden Cross. A sentença havia considerado ilegal a rescisão do contrato e condenou a operadora a indenizar o beneficiário por danos morais. Com informações da Assessoria de Imprensa do STJ.

## **OPERADORAS DE SAÚDE ACIONAM JUSTIÇA CONTRA NOVA COBRANÇA DE ISS**

Folha de S. Paulo –12/03/2018

Primeiras decisões beneficiam as Unimed de Rio Claro (SP) e de Curitiba

As empresas de planos de saúde questionam na Justiça a constitucionalidade da nova cobrança de ISS (Imposto Sobre Serviços), que passou a valer no início deste ano. Além de uma ação direta de inconstitucionalidade, movida pela Confederação Nacional de Saúde, CNS, e que está com o Alexandre de Moraes, empresas têm movido ações independentes contra prefeituras.

As primeiras decisões beneficiam as Unimed de Rio Claro (SP) e de Curitiba, com a suspensão dos efeitos das legislações de mais de 50 municípios para os quais deveriam recolher o imposto.

As operadoras de saúde alegam que muitos dos mais de 5.561 municípios do país elevaram a alíquota cobrada pelo serviço, além das regras não serem padrões.

Até 2017, o tributo era cobrado das empresas de acordo com as taxas estabelecidas pelas cidades onde elas eram sediadas. Agora, a cobrança passa a ser feita de acordo com as regras tributárias da cidade onde reside o consumidor, sendo que cada município pode definir a taxa cobrada.

Há uma dificuldade de cobrança, porque, além de ter que cobrar em diversas cidades, cada uma tem uma lei diferente e não há uniformidade alguma entre as regras", afirma Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge (associação brasileira dos planos de saúde).

No caso dos planos de saúde, há um agravante: as legislações que estão sendo aprovadas por diversos municípios têm criado uma bitributação, diz Scheibe.

Isso porque a incidência do ISS no caso das operadoras não ocorre sobre a totalidade dos gastos das empresas, e sim apenas sobre suas despesas administrativas. Esse entendimento foi definido pelo STJ em 2011 e reforçado pelo STF em 2017.

Na prática, isso permitiria que muitos municípios incluíssem no cálculo o que é pago pelas operadoras de saúde a terceiros, como hospitais e laboratórios.

A ideia da mudança tributária, porém, é justamente evitar a bitributação: a maior parte dos desembolsos das empresas de planos de saúde (cerca de 80%) tem como destino as prestadoras de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios etc), que, por sua vez, também pagam ISS aos municípios onde estão sediadas.

"As novas regras valem para evitar sonegação e criar regras mais justas de acordo com a quantidade de pessoas atendidas pelos planos e tamanho da operação da operadora", afirma Paulo Ziulkoski, presidente da Confederação Nacional dos Municípios. "Não existe essa de bitributação".

Para Ziulkoski, a mudança é recente e será necessário ajustes. A relação entre operadoras e empresas parceiras, por exemplo, é algo que poderia ser tratado entre as partes mais para frente.

A ação apresentada pela CNS questiona a interpretação do conceito de prestação de serviços, que, neste caso, não seria no local onde o exame ou consulta é realizado e sim na sede da operadora de saúde.

"O serviço que está sendo prestado é a administração do plano de saúde. É no local dessa administração que a prestação ocorre", diz Renata Correia Cubas, sócia do escritório Mattos Filho, que representa a CNS.

Além disso, a nova forma de cobrança estaria ferindo o princípio da razoabilidade e praticabilidade tributária, que são fundamentais, segundo Cubas.

## **PLANOS DE SAÚDE LIDERAM QUESTIONAMENTOS DE CONSUMIDORES NO IDEC PELO 6º ANO SEGUIDO**

G1 –12/03/2018

Dúvidas e reclamações relacionadas à planos de saúde representaram 23,4% dos atendimentos. Veja ranking das categorias com maior número de atendimentos.

Pelo 6º ano consecutivo, as reclamações e dúvidas relacionadas a planos de saúde ficaram no topo do ranking anual de atendimentos do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) divulgado na semana em que se comemora o Dia Mundial do Consumidor.

Os questionamentos sobre práticas de planos de saúde representaram 23,4% dos atendimentos feitos pelo Idec no ano passado. Na sequência, estão problemas relacionados a produtos (17,8%), serviços financeiros (16,7%); telecomunicações (15,8%) e água, energia e gás (7,2%).

"A maioria das dúvidas que chegam dizem respeito a reajustes abusivos, principalmente os de planos empresariais ou coletivos, negativas de cobertura e problemas com a ausência de informações adequadas sobre os planos", afirma Igor Marchetti, advogado e analista de relacionamento com o associado do Idec.

Nos questionamentos sobre produtos, segundo o Idec, o maior motivo das dúvidas estava relacionada a defeito, descumprimento de oferta e falha na informação.

Já no setor de serviços financeiros, entre as questões mais acionadas pelos consumidores estão cartão de crédito, problemas com conta corrente/poupança e crédito pessoal.

O Idec destaca que, com exceção de produtos, todos os outros segmentos apontados no ranking são regulados por órgão federais, o que aponta uma ineficiência da atuação de agências reguladoras. "Por isso é importante que em semanas como essa, os problemas enfrentados pelos consumidores sejam debatidos e amplificados para a toda a sociedade," destaca Elici Bueno, coordenadora executiva do Idec.

## PLANOS DE SAÚDE NÃO LIDERAM RANKING DOS MAIS RECLAMADOS NO PAÍS

FenaSaúde –12/03/2018

Reportagem exibida no Bom Dia Brasil (TV Globo) não leva em conta os números do Sindec e da ANS

O programa jornalístico da TV Globo, Bom Dia Brasil, dessa segunda-feira (12), exibiu uma reportagem apontando que os planos de saúde lideram o ranking de reclamações do Idec – Instituto de Defesa do Consumidor – como se retratasse a realidade brasileira.

“Trata-se de uma inverdade facilmente constatada por levantamentos idôneos e públicos, com relevância estatística – diferente desse do Idec que pretende retratar o panorama nacional, mas só traz o status de seus associados”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

Antes da matéria ir ao ar, a FenaSaúde foi procurada e encaminhou à produção do programa as informações abaixo, na última sexta-feira (09).

### Confira abaixo a nota de posicionamento enviada pela FenaSaúde ao Bom Dia Brasil

Os planos de saúde não lideram a lista de serviços mais reclamados pelos consumidores, como propaga o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) – entidade que defende interesses de aproximadamente 10 mil membros associados pagantes.

Segundo a metodologia da própria entidade, vale ressaltar, uma demanda não configura uma reclamação propriamente – tanto que do total de 7.678 solicitações em 2016, 40% tratavam de dúvidas e

não de contestações. Ou seja, o consumidor busca sanar uma dúvida que é classificada, equivocadamente, como reclamação.

Outro aspecto é que, por fundamento estatístico, o levantamento não tem representatividade relevante para análise sobre atendimentos no segmento, pois a amostra não é aleatória – contém queixas apenas de associados do Instituto.

Por outro lado, o Boletim do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) de 2017 – da Secretaria Nacional do Consumidor, ligado ao Ministério da Justiça, e que reúne os Procons de todo o país – classifica o segmento de planos de saúde na 17ª posição entre os assuntos mais demandados, com 29.376 reclamações de um total de quase 2,3 milhões de queixas, o que representa apenas 1,33% dos registros.

Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – órgão regulador do setor – registrou apenas 90.342 reclamações no ano passado relacionadas às operadoras de planos de saúde, em um universo de 47 milhões de beneficiários de assistência médico-hospitalar – o equivalente apenas a 0,19%.

A análise desses indicadores divulgados por órgãos oficiais, portanto, contradiz as conclusões apresentados em pesquisa do Idec. Diante deste quadro público de informações e a clara falta de critérios de isenção estatística dessa pesquisa do Instituto, esse indicador não pode servir de parâmetro real e fidedigno para configurar um ranqueamento de queixas dos brasileiros e, muito menos, indicar o segmento de planos de saúde como campeão de reclamações.

Por fim, as associadas à FenaSaúde buscam sanar dúvidas e demandas de seus beneficiários por meio dos seus canais de relacionamento, como as Ouvidorias e os Serviços de Atendimento ao Consumidor.

## R\$ 100 BILHÕES DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE EM 2017 FORAM DESPERDIÇADOS

Correio Braziliense –12/03/2018

Levantamento mostra que 20% dos R\$ 500 bilhões gastos nos setores públicos e privados em 2017 foi à toa, com exames desnecessários, erros médicos, excesso de equipamentos e fraudes

O sistema de saúde no Brasil vive um paradoxo. Enquanto milhões de brasileiros sofrem com a falta de médicos, leitos e medicamentos nos hospitais, o setor desperdiça uma quantia bilionária com procedimentos malfeitos, exames desnecessários, erros médicos e ambulatoriais, excesso de consumo de materiais e fraudes. Em 2017, essa conta chegou a R\$ 100 bilhões, 20% dos R\$ 500 bilhões gastos pelos setores público e privado. E, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), de 2% a 3% desses recursos foram desviados em esquemas de corrupção.

Os números consideram os gastos do setor público — nas esferas federal, estadual e municipal —, do setor privado e também aquilo que os brasileiros desembolsam com planos de saúde, clínicas particulares e remédios. Os dados são resultados de correlações de estudos feitos em universidades dos Estados Unidos e outras compilações de pesquisas do setor.

O presidente da Anahp, Francisco Balestrin, explica que a perda de recursos é classificada em três níveis: clínico, operacional e gestão.

“O desperdício clínico tem a ver com diagnósticos mal feitos, pacientes que não recebem tratamento correto, antibióticos inadequados e mais exames do que precisam. Os operacionais são oriundos de má gestão. Em vez de o exame ser feito na hora, atrasa quatro horas, com isso, desperdiça-se tempo. O centro cirúrgico precisa ser limpo e liberado para outro atendimento, esse tempo pode ser de 30 minutos ou 1h30. O de gestão diz respeito, principalmente, ao sistema de cobrança lento. O hospital leva entre 60 e 90 dias para receber e ainda usa papel, o sistema não é informatizado”, detalha.

A explicação para a quantidade de erros em procedimentos médicos está na má qualidade da formação dos profissionais, não apenas de saúde, mas de todos os envolvidos no processo, de acordo com Balestrin. “A gente tem que formar melhor médicos, enfermeiras e gestores. A formação dos profissionais da saúde é focada no apoio ao diagnóstico, relega o atendimento individual e pede mais exames”, afirma. A má formação também é foco de questionamento no Ministério da Saúde, que, conforme antecipou o Correio ontem, pretende congelar a abertura de novas vagas em universidades de medicina para investir na qualidade.

Embora o desperdício passe a ideia de abundância, esse não é o caso. O Brasil gasta com saúde, por pessoa, anualmente, US\$ 1 mil, sendo US\$ 550 no setor privado e US\$ 450 no público. Nos Estados Unidos, os desembolsos chegam a US\$ 9 mil e, na Europa, a US\$ 10 mil. A falta de um sistema integrado e informatizado é responsável pela repetição dos exames. Os hospitais ainda utilizam papéis e isso dificulta o acesso ao histórico dos pacientes. Se uma pessoa faz um exame em Brasília e viaja a outro estado, caso precise de atendimento médico, um novo exame será solicitado.

Para o presidente da Federação Nacional dos Médicos, Jorge S. Darze, a falta de dinheiro produz um serviço ineficiente e incapaz de atender a população. “O que vejo é uma carência grande de tudo. Um dos grandes problemas é o financiamento. É preciso estabelecer parâmetros de recursos. Os investimentos estão aquém da realidade. O sistema de saúde não acompanha o crescimento da população e das doenças. Ao contrário, houve encolhimento de mais de 20 mil leitos no Brasil na última década”, critica.

#### **Informatização**

Em nota, o Ministério da Saúde informa que tem priorizado a informatização do sistema e a economia estimada é de R\$ 22 bilhões. “Até o fim de 2018, as 41 mil Unidades Básicas de Saúde devem estar informatizadas — hoje já são mais de 18,5 mil e com prontuário eletrônico do paciente. Com a iniciativa, todos os dados de atendimento do paciente, como prescrição de medicamentos, exames e consultas ficarão registrados nacionalmente e poderão ser consultados em qualquer unidade de saúde do país”, afirma em trecho do documento.

De acordo com a pasta, em 2017, a União destinou R\$ 126,9 bilhões para a saúde. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é compartilhada com estados e municípios, responsáveis pela execução dos serviços, por complementar o financiamento e pela organização da rede de assistência. Pela Constituição Federal, os estados e o Distrito Federal devem investir o mínimo de 12% da receita própria, enquanto os municípios devem aplicar, pelo menos, 15%. A lei, no entanto, nem sempre é seguida. O Rio de Janeiro, por exemplo, destinou apenas 10% do orçamento para a saúde em 2016. O governador Luiz Fernando Pezão justificou o descumprimento por causa da crise econômica que atinge o estado e da falta de repasses federais.

#### **Recursos pelo ralo da corrupção**

Um dos principais desperdícios da saúde é a quantidade de exames realizados e a campeã é a saúde suplementar, que envolve os planos de saúde. As taxas de utilização de tomografia computadorizada, 146,8 por mil beneficiários, e de ressonância nuclear magnética (147,1) superam as médias de utilização dos países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que são 144,1 e 67 por mil beneficiários, respectivamente, segundo dados da Federação Nacional de Saúde Complementar (FenaSaúde).

Além de caros, esses procedimentos representam riscos para a saúde. A exposição à radiação da tomografia pode provocar câncer. “Tratamentos mais caros são indicados quando um mais simples daria uma assistência melhor. Órteses e próteses são utilizadas excessivamente e o preço praticado é ‘de acordo com o freguês’,

por falta de regulação. É preciso transparência nos processos. A regulação assimétrica regula a ponta, os planos de saúde, mas não estende aos demais elos da cadeia, de médicos a fornecedores”, aponta o superintendente de regulação da FenaSaúde, Sandro Leal.

Existem ainda as fraudes como emissão de notas falsas, simulação de atendimentos e prescrição de tratamentos que são até mesmo contraindicados pelos conselhos profissionais, além da postergação de alta hospitalar para garantir o leito. “A lógica econômica que persiste no setor é perversa, remunera o desperdício, o gasto desnecessário. A grande mudança tem que passar a remunerar a qualidade do serviço médico e não o volume”, completa Leal. Segundo ele, nos últimos 10 anos, a conta dos planos de saúde fechou no vermelho em seis.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) estima que, em 2016, as fraudes custaram R\$ 14 bilhões em contas hospitalares e R\$ 11 bilhões em relação aos exames. O Ministério Público Federal e a Receita Federal estimam que um esquema de fraude em compras de próteses e equipamentos médicos pela Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e pelo Instituto Nacional de Traumatologia (Into) provocou desvio de, ao menos, R\$ 300 milhões. A estimativa, que se refere ao período de 2007 a 2016, envolve irregularidades em importações dos equipamentos e propina de 10% que incidia sobre os contratos. (MS)

#### **Previna-se**

Confira uma lista de perguntas que o paciente pode fazer ao médico antes de se submeter a um exame ou tratamento:

- » Esse procedimento é realmente necessário?
- » Quais são os benefícios, as contraindicações e os efeitos colaterais?
- » Existem opções mais simples e seguras?
- » O que acontece se não investigar ou se não tratar o problema?
- » Quais são os custos envolvidos?

Fonte: FenaSaúde

#### **Máfia das próteses**

Três anos se passaram desde que a máfia das próteses veio à tona. O esquema, suspeito de movimentar cerca de R\$ 12 bilhões em 2015, se disseminou pelo país. A prática consistia em colocar em pacientes órteses e próteses sem necessidade, muitas vencidas e superfaturadas, em troca de comissão a médicos. O esquema beneficiou dezenas de envolvidos, desviou dinheiro do SUS e encareceu planos de saúde. Nos últimos anos, mais de 40 pessoas foram detidas, sendo 13 só no Distrito Federal. Destas, sete eram médicos.

## **JUSTIÇA ALTERA ISS DE PLANOS DE SAÚDE**

Valor Econômico –09/03/2018

A Justiça começa a julgar ações movidas por empresas de planos de saúde contra a obrigação de recolher o ISS no local do domicílio do tomador do serviço e não mais do prestador. As primeiras decisões das quais se têm conhecimento beneficiam as Unimed de Rio Claro (SP) e de Curitiba. Ambas conseguiram suspender os efeitos das legislações de mais de 50 municípios para os quais deveriam recolher o imposto.

A mudança sobre o local de recolhimento, que foi instituída pela Lei Complementar (LC) nº 157, de 2016, e entrou em vigor este ano,

alcança também operadoras de cartão de crédito, consórcios e fundos de investimentos.

As ações judiciais das empresas de planos de saúde também contestam o alargamento da base de cálculo do ISS. Como a LC 157 determina que o imposto não poderá ser objeto de benefícios tributários, muitos municípios passaram a incluir no cálculo o que é pago a terceiros, como hospitais e serviços médicos.

Na liminar que favorece a Unimed de Rio Claro (processo nº 1001036-58.2018.8.26.0510), o juiz André Antonio Alcantara determina que os municípios paulistas de Rio Claro, São Carlos e Itirapina suspendam os efeitos de suas leis locais na parte em que fixaram a base de cálculo do ISS. Já a capital e os municípios paulistas de Santa Gertrudes, Analândia, Piracicaba e Cordeirópolis,

onde ficam boa parte dos usuários do plano, estão proibidos de cobrar o tributo.

Segundo o advogado que patrocina a ação, William Nagib Filho, do escritório Nicolau Laiun, Lorenzon e Nagib Advogados, a Unimed de Rio Claro tem cerca de 60 mil clientes, espalhados por mais de 100 municípios brasileiros. Para entrar com a ação, foram selecionados os municípios que representam o maior impacto financeiro para a empresa.

"Seguir o que determina a legislação significa identificar o município de cada usuário e submeter-se às suas regras, aumentando o custo de gestão", afirma. Além disso, o advogado diz que uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), de junho de 2017, determinou que a base de cálculo do ISS limita-se à diferença entre as mensalidades pagas pelos contratantes dos planos de saúde e os valores que são repassados aos profissionais e estabelecimentos cooperados ou credenciados.

Para o advogado tributarista Fabrício Parzanese dos Reis, sócio do Velloza Advogados, as decisões são importantes. Isso porque retratam os problemas enfrentados pelos setores atingidos com a alteração da competência do recolhimento do imposto. Os planos de saúde, na sua opinião, estão entre os mais impactados.

"A LC nº 157 não traz critérios para identificar quem são os tomadores de serviços. E cada município pode ter uma interpretação diferente", afirma Reis. No caso dos fundos de investimentos, por exemplo, os municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Osasco consideram o fundo como o tomador. Mas há municípios que entendem que os tomadores são os cotistas. "A legislação federal não resolve o problema da guerra fiscal. Ao contrário, incita a guerra."

Mais abrangente, a ação movida pela Unimed de Curitiba envolve 44 cidades do Paraná, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do

Sul, Mato Grosso e Goiás. Na decisão (processo nº 0000220-95.2018.8.16.0179), o juiz Jailton Juan Carlos Tontini, da 5ª Vara da Fazenda Pública de Curitiba, acatou o pedido da operadora para depositar em juízo o ISS incidente sobre todos os contratos coletivos e sobre os planos de saúde cujos contratantes sejam pessoas físicas ou jurídicas, situados em outros municípios, com exceção de Curitiba.

Já a base de cálculo usada será a diferença entre o total das mensalidades dos planos de saúde e os montantes repassados aos profissionais e estabelecimentos cooperados ou credenciados que prestam os serviços médico-hospitalares, de diagnóstico e terapia.

O assessor jurídico da Unimed do Brasil, José Cláudio Ribeiro, entende que não se pode exigir que o recolhimento do ISS seja feito a um município não participante da prestação de serviço. "É o mesmo que recolher o ISS para cada cidade onde residem os espectadores de um show de rock", diz.

Para Ribeiro, ainda que o STF julgue pela constitucionalidade da Lei Complementar nº 157 - há duas ações diretas de inconstitucionalidade -, seria inviável a cobrança. Isso porque a norma não deixa claro, nos casos de planos contratados por pessoas jurídicas, se o domicílio do tomador refere-se à sede da empresa, às filiais ou ao domicílio de cada beneficiário do plano de saúde.

Na opinião de Ribeiro, as alterações trazidas pela LC nº 157 podem desestimular a comercialização de planos de saúde em pequenas cidades, concentrando-a nos grandes centros. Independentemente das ações sobre a matéria no STF, a orientação é que cada Unimed - no Brasil, são 250 - ingresse com ação na Justiça.

## FUSÕES EM SAÚDE TÊM MAIOR ALTA EM 20 ANOS

Valor Econômico –09/03/2018

As fusões e aquisições entre hospitais e laboratórios de análises clínicas tiveram em 2017 o ano mais aquecido das últimas duas décadas, segundo a consultoria KPMG. Desde 1997, foram 210 negócios no setor, dos quais 50 em 2017 e 31 em 2016 - períodos que concentraram mais fusões e aquisições. A liberação de capital estrangeiro no controle das empresas de assistência à saúde ajudou nesse aquecimento.

"Essa mudança abriu uma série de possibilidades para os estrangeiros atuarem em um setor que tem déficit em leitos. Existe oportunidade para consolidação em hospitais, laboratórios de diagnósticos e clínicas oncológicas e oftalmológicas", disse Luís Motta, sócio da área de fusões e aquisições da KPMG. "As empresas brasileiras também estão se tornando mais competitivas." é que se as ofertas públicas iniciais de ações (IPOs, na sigla em inglês) das operadoras de planos de saúde Hapvida e NotreDame Intermédica forem bem-sucedidas, as compras de hospitais e operadoras menores deverão se intensificar.

Viktor Andrade, sócio de transações corporativas da consultoria EY, afirmou que os hospitais passam por um processo de consolidação, que até estava mais lento do que o esperado.

Segundo dados da EY, nos últimos cinco anos os fundos de investimento foram responsáveis só por 5% das transações no setor de saúde. Andrade disse que os fundos estão capitalizados e sofrem pressão dos cotistas para buscar ativos. "Apenas um quarto da população brasileira tem seguro saúde, existe espaço para crescer no mercado", disse ele, acrescentando que a qualidade pode melhorar.

Para a PwC Brasil, houve 33 operações de fusão e aquisição no setor de saúde no ano passado, 74% a mais que um ano antes no país. O ritmo é mais intenso do que o observado nos demais setores, cuja média de crescimento foi de 8%, com um total de 643 transações. Para 2018, a previsão é de um avanço em torno de 30% na área de saúde, comparado à previsão de alta de 20% nos demais setores, disse Rogério Gollo, sócio da PwC.

Os negócios mais recentes no setor foram as aquisições da Casa de Saúde e Maternidade São Carlos pela Unimed São Carlos, do Hospital Nossa Senhora da Penha pela Beneficência Portuguesa de São Paulo, da Serdil pelo Grupo Fleury e do Hospital Infantil São Camilo pela Unimed Belo Horizonte.

## **COSAÚDE DISCUTE PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL**

ANS –08/03/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou no último dia 05/03 a 20ª Reunião do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – Cosaúde. No encontro, os membros do Comitê (entidades representativas de pacientes, de prestadores de serviços de saúde e de operadoras de planos de saúde) tiveram a oportunidade de debater a proposta de regulamentação do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborada por Grupo de Trabalho da ANS.

Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência, esclareceu a relevância do tema: “A proposta esteve em consulta interna na ANS e agora queremos a avaliação deste Comitê. Trata-se de um normativo que estabelece as regras para o processo de atualização do Rol, definindo as etapas, os requisitos documentais, as obrigações da área técnica responsável, a

participação da sociedade e da instância decisória da ANS, a Diretoria Colegiada. A intenção é dar maior transparência e previsibilidade ao processo, beneficiando o setor e os consumidores de planos de saúde”.

Os objetivos da proposta de regulamentação do processo de atualização do Rol, além de seu aprimoramento, são: garantir segurança jurídica aos atos administrativos; dar previsibilidade do processo aos atores da saúde suplementar; estabelecer critérios de conformidade, parâmetros técnicos e as instâncias decisórias; e aprimorar a transparência dos atos institucionais. Com isso, a ANS espera manter a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

As sugestões dos 28 membros do Cosaúde presentes na reunião, bem como as enviadas por aqueles que não puderam estar presentes, serão avaliadas pela área técnica da ANS. Em seguida, o tema será deliberado pela Diretoria Colegiada da Agência e depois levado a consulta pública, onde serão recebidas manifestações de toda a sociedade antes da publicação da Resolução Normativa.

[Saiba mais sobre o Cosaúde.](#)

## **CORREIO ECONÔMICO: PLANOS DE SAÚDE QUEREM AUMENTO MAIOR QUE INFLAÇÃO**

Correio Braziliense –08/03/2018

As operadoras de planos de saúde estão tentando construir um discurso para justificar o aumento das mensalidades que será anunciado até maio. Se, nos anos anteriores, houve comoção em torno dos aumentos, sempre superiores à inflação, as empresas temem, agora, um desgaste ainda maior. Todas se perguntam como será possível explicar alta superior a 10% nos convênios diante de um Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) girando próximo de 3% no acumulado de 12 meses.

Na avaliação de Solange Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), qualquer reajuste inferior a 13% para os planos de saúde individuais será um baque para o caixa das empresas. Ela ressalta que, nos últimos 10 anos, a despeito dos aumentos das mensalidades ter superado o custo de vida, em seis deles as operadoras registraram prejuízos. “Infelizmente, temos que repassar os aumentos dos custos com a saúde para os planos”, diz.

Tanto em 2016 quanto em 2017, a correção dos convênios individuais, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ficou em 13,5%. “A inflação da saúde, no entanto, girou entre 15% e 20%”, afirma Solange. “Com isso, nossas margens operacionais se reduziram muito”, acrescenta. O resultado disso é o fechamento de um número cada vez maior de pequenas operadoras, deixando milhares de pessoas sem convênios médicos e hospitalares.

Solange reconhece que os aumentos mais fortes dos planos — nos coletivos, a média superou os 20% — acabam inviabilizando o pagamento de mensalidades. Esse quadro se agravou depois que o país mergulhou na recessão, em 2014. Muita gente perdeu o emprego e a renda desabou. A partir de março do ano passado, no entanto, a maré começou a mudar. A reativação da economia permitiu o retorno de consumidores aos planos. Em janeiro último, foram 119,5 mil adesões.

Esse movimento, destaca a presidente da FenaSaúde, confirma o quanto o nível de atividade econômica move o mercado de planos de saúde. Se há retração do Produto Interno Bruto (PIB), imediatamente os brasileiros mais afetados abrem mão dos convênios médicos. Quando há crescimento, muitos buscam proteção, indicando a prioridade no caso da saúde.

### **Superfaturamento e fraudes**

Para Solange, uma das formas de agregar mais pessoas ao mercado de saúde complementar seria a criação de planos mais baratos, como tentou o governo. A ideia, no entanto, foi muito mal trabalhada. “Tudo começou errado.” O discurso usado pelo governo criou a sensação de que convênios mais acessíveis não dariam as coberturas mínimas aos contratantes, quando, na verdade, os principais serviços oferecidos pelas operadoras estariam garantidos. O público-alvo desses planos chega a 40 milhões de pessoas, quase os 47,4 milhões existentes hoje.

“No caso desses planos mais baratos, as empresas precisariam de um controle rigoroso de custos. Também haveria a necessidade de coparticipação (em que os consumidores pagam uma parte da fatura)”, diz a executiva. Ela acrescenta que o controle de custos se tornou prioridade, independentemente do tamanho das operadoras, pois não há transparência nas faturas apresentadas pelos prestadores de serviços. Há fortes indícios de superfaturamento e

fraudes. “Saíram as órteses e próteses (que lideravam as irregularidades) e entraram os cateteres e as agulhas. Os preços desses materiais subiram demais, sem explicação”, ressalta.

A despeito das justificativas das operadoras, de que a maior parte dos produtos usados por laboratórios e hospitais é importada e de que novas tecnologias, que custam caro, precisam ser incorporadas, fica difícil para os consumidores compreenderem

reajustes tão elevados dos planos de saúde. A renda não cresce na mesma proporção e os gastos com convênios respondem por uma parcela cada vez maior do orçamento das famílias. Com certeza, será preciso um bom discurso por parte das operadoras para convencer a população de que, com a inflação mais baixa em 20 anos, os planos terão aumento pelo menos quatro vezes maior que o IPCA.

---

**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.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

[milliman.com.br](http://milliman.com.br)