

**09 de maio de 2018**

---

**LEITURA RECOMENDADA**

MILLIMAN – 07/05/2018

Recomendamos a leitura do Conselhos Milliman do mês de maio. O artigo “Modelos de Remuneração” traz uma análise do modelo de remuneração atualmente praticado no Brasil – fee-for-service – e o compara a outros modelos conhecidos e amplamente debatidos no setor de saúde suplementar brasileiro, que oferecem uma maior eficiência na redução dos custos assistenciais e promovem a qualidade no cuidado.

Leia mais em: <http://br.milliman.com/insight/2017/Conselhos-Milliman/>

---

**COMISSÃO PODE VOTAR ISENÇÃO DE CARÊNCIA NOS PLANOS DE SAÚDE EM CASO DE URGÊNCIA**

Agência Senado –09/05/2018

O beneficiário de planos de saúde pode ficar isento do cumprimento dos prazos de carência nos casos de urgência e emergência. É o que estabelece um projeto que pode ser votado na Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC), em reunião nesta quarta-feira (9), às 11h.

O projeto (PLS 502/2017) altera a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/1998) para vedar mecanismos que dificultem o atendimento de urgência e emergência e reduz para 120 dias o período de carência nas internações hospitalares. Atualmente, os prazos máximos de carência definidos pela legislação são os seguintes: 24 horas para atendimentos de urgência e emergência; 300 dias para parto a termo; e 180 dias para cirurgias.

Para a senadora Rose de Freitas (Pode-ES), autora do projeto, embora o estabelecimento de períodos de carências proteja as operadoras contra abusos e fraudes por parte do consumidor, isso não pode inviabilizar o atendimento de saúde em circunstâncias excepcionais e imprevisíveis, que exijam solução imediata.

A matéria conta com o apoio do relator, senador Elmano Férrer (Pode-PI). Para o senador, o projeto assegura mais direitos ao consumidor nos contratos de prestação de serviços de saúde. Ele lembra que a demora no atendimento nos casos de urgência pode colocar em risco a saúde e a vida do paciente. Depois da votação na CTFC, o projeto seguirá para a análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

**Outros projetos**

Na mesma reunião, a comissão poderá votar o projeto que amplia as medidas de combate ao tabagismo (PLS 769/2015) e o que torna obrigatória a disponibilização de balanças de precisão em estabelecimentos varejistas (PLS 21/2017).

---

**IDEC PEDE À JUSTIÇA SUSPENSÃO DE REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE**

Agência Brasil –08/05/2018

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) entrou com ação civil pública contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pedindo a suspensão do reajuste anual de planos de saúde individuais e familiares para os anos 2018/2019, previsto para ser divulgado nas próximas semanas.

De acordo com o Idec, a ação tem como base relatório recente do Tribunal de Contas da União (TCU) que aponta distorções, abusividade e falta de transparência na metodologia usada pela ANS para calcular o percentual máximo de reajuste de planos de saúde individuais.

“Com base nessas conclusões, o Idec pediu que a agência não autorize o próximo reajuste, uma vez que há problemas na forma como são determinados os aumentos. Caso ocorram, a revisão dos valores irá atingir mais de 9 milhões de usuários de planos individuais, número que corresponde a cerca de 20% dos consumidores de planos de saúde”, informou o órgão.

Na ação, o instituto pede que a ANS não repita os erros apontados pelo tribunal; que compense os valores pagos a mais pelos

consumidores dando descontos nos reajustes dos próximos três anos; que sejam divulgados os índices corretos que deveriam ter sido aplicados; e que a agência seja condenada a pagar uma indenização por danos coletivos ao Fundo de Defesa de Direitos Difusos.

“O Idec enviará ainda pedido à Procuradoria-Geral da República para que seja apurada eventual improbidade administrativa de diretores da ANS no período analisado pelo TCU, considerando que o reajuste indevido, autorizado por agentes públicos no exercício de função pública, em prejuízo a milhões de consumidores, pode ser caracterizado como a ato ilegal e contrário aos princípios básicos da administração pública”, destacou.

**Problemas no cálculo**

De acordo com o instituto, há 17 anos a ANS utiliza a mesma metodologia para determinar o índice máximo de reajuste anual. A agência faz o cálculo levando em conta a média de reajustes do mercado de planos coletivos com mais de 30 beneficiários, que não são controlados por ela.

“Há anos o Idec critica essa metodologia, por considerar a fórmula inadequada e pouco transparente, já que os aumentos dos planos coletivos são impostos pelas próprias operadoras e, geralmente, não refletem os custos reais do setor”, informou. No ano passado, o instituto já havia pedido a revisão do método.

A reportagem entrou em contato com a assessoria de imprensa da ANS, que informou que está apurando as informações e que, em breve, divulgará um posicionamento.

Agência Nacional de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que não foi notificada a respeito da referida ação civil pública e que, portanto, não irá se manifestar sobre o tema, mas lamentou o "viés pró-judicialização de entidades que buscam criar comoção e conflitos em prol de seus interesses".

Sobre o reajuste máximo dos planos individuais em 2018, a agência disse que o mesmo ainda será divulgado após manifestação do

Ministério da Fazenda, e que não cabe comentar especulações do momento.

"A ANS ressalta que, ao contrário do informado pelo Idec, o acórdão do TCU não apontou nenhuma ilegalidade relacionada ao reajuste máximo dos planos individuais definido em anos anteriores. As recomendações emanadas buscam aprimoramentos metodológicos e de procedimentos, estando em linha com o desejo da própria ANS de melhorar seu processo regulatório."

Os percentuais de reajuste aplicados aos planos individuais, desde 2000, estão publicados na [página da ANS](#) na internet, informou a agência.

## INFLAÇÃO EM SAÚDE ATINGE 17%; PLANOS QUEREM PARIDADE NA ALTA

Diário do Nordeste –08/05/2018

**Apesar de pleitear reajuste condizente com os custos, setor admite que o novo índice deve ficar aquém**

Assim como ocorre em todos os anos, maio é mês de preparar o orçamento para o impacto do reajuste nos planos de saúde individual e familiar. No período, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) costuma fixar o percentual, que no ano passado ficou estabelecido em 13,55%. Para este ano, a Associação Brasileira de Medicina em Grupo no Nordeste, que representa as operadoras de saúde que atuam na Região, pleiteia que "haja ao menos uma paridade entre o reajuste a ser fixado e a inflação do setor médico, em 17%", diz o presidente da Abramge-NE, Flávio Wanderley.

Apesar de considerar necessário um reajuste que seja condizente com a inflação de 17%, Flávio Wanderley acredita que, em decorrência do momento econômico e político pelo qual o País ainda perpassa, o percentual "deve ficar aquém das necessidades do setor". Ele defende que a ANS deve levar em consideração, ao fixar o reajuste, custos essenciais e de comercialização, diferença de porte entre as empresas no mercado e as diferenças regionais, além dos custos com um dos principais gargalos para o setor: a judicialização.

"Um dos pleitos do setor é criar um grupo de trabalho que possa atuar com o poder judiciário. Em São Paulo e no Rio de Janeiro, já temos núcleos técnicos para avaliar os casos determinados que chegam à Justiça", detalha o presidente regional da Abramge-NE. "Nós contratamos uma consultoria para que seja possível oferecer à ANS uma real situação, porque a gente às vezes solicita um reajuste e ele fica aquém do que a gente solicita", acrescenta Flávio Wanderley.

No ano passado, quando a ANS fixou o reajuste de 13,55% para os planos de saúde individual e familiar para os contratos firmados a partir de primeiro de janeiro de 1999 ou adaptados à lei nº 9.656/98, a inflação do setor chegou a quase 18%, de acordo com o presidente da Abramge-NE.

No Ceará, de acordo com os dados da ANS referentes ao mês de março, foram contabilizados 1.270.298 usuários de planos médico-hospitalares ativos, queda de 0,28% ante o mês de fevereiro. Os planos individuais ou familiares representam cerca de 30,29% desse total, com 384.837 usuários ativos.

A inflação do setor médico é seis vezes maior que a inflação oficial medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulada em 12 meses, de 2,68%.

### Desperdício

O diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), José Cechin, reforça que a variação das despesas per capita, por beneficiário da saúde suplementar, vem registrando variação média acima de 10% desde 2011. "O que preocupa a todos, usuários, operadoras e governo é o ritmo intenso de elevação das despesas per capita. É algo que faz a gente se perguntar onde vamos parar com tanto aumento".

"Uma das causas para esse aumento são os preços de materiais e medicamentos, que apresentam variações muito altas, sobretudo as novas incorporações de novos procedimentos e medicamentos", explica Cechin, acrescentando que o combate aos desperdícios na saúde suplementar poderia abrandar esse percentual de 10%.

"Muitas vezes há opções de medicamentos e procedimentos mais baratos que trazem a mesma eficácia, mas no entanto são escolhidas opções que custam mais. Não estou dizendo que o único motivo para essa elevação nos gastos é o desperdício, mas se eliminássemos o desperdício os gastos subiriam menos", arremata Cechin.

O reajuste nos planos de saúde individual e familiar é aplicado na data de aniversário de cada contrato a contar de maio ou quando as operadoras conseguirem fazer o repasse. Se o contrato faz aniversário em maio e o reajuste for divulgado nos próximos dias, por exemplo, eles já podem receber o impacto da mudança de preços. No caso dos outros contratos que aniversariam em outros meses, o reajuste é aplicado com o retroativo.

### Empresas

A Unimed Fortaleza aguarda o reajuste a ser fixado pela ANS. Em nota, disse que "prezando sempre pelas boas práticas, transparência e ética, cumpre rigorosamente todas as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), relativas aos reajustes junto de seus beneficiários. Ao tratar-se de planos de saúde individuais, a própria Agência calcula e publica o percentual de reajuste. O último reajuste feito foi de 13,55% para o período de aplicação de maio/17 a abril/18. Até o momento, a ANS não publicou o reajuste referente ao período de maio/18 a abril/19".

### Coletivos

A Unimed Fortaleza também frisou que, no caso dos planos coletivos a partir de 30 vidas, os reajustes obedecem as especificidades de cada contrato. Para os coletivos com até 29 vidas, os chamados Pool de Risco, a Unimed Fortaleza calculou o reajuste de 13,55%, conforme prevê a Resolução Normativa nº309, referente ao período de maio/18 a abril/19. "Este cálculo considera os dados específicos desta carteira, tais como: receitas, custos e sinistralidade", disse a empresa.

Procurada pela reportagem, a operadora de saúde Hapvida preferiu que apenas a Abramge se pronunciasse sobre o assunto.

## **PROJETO INCLUI AVÓS COMO DEPENDENTES EM PLANO DE SAÚDE**

Portal Nacional de Seguros –08/05/2015

O deputado Francisco Floriano (DEM/RJ) apresentou projeto que altera a Lei 9.656/98 – a qual regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde – para possibilitar a inclusão dos progenitores (avós) como dependentes em planos contratados pelos netos.

De acordo com o parlamentar essa possibilidade se faz necessária em virtude da existência de “paternidade socioafetiva”. Ele argumenta que a relação de paternidade não depende mais da exclusiva relação biológica entre pai e filho. “Encontram-se na Constituição brasileira

vários fundamentos do estado de filiação geral, que não se resume à filiação biológica. Portanto, toda vez que um estado de filiação estiver constituído na convivência familiar duradoura, com a decorrente paternidade socioafetiva consolidada, esta não poderá ser impugnada nem contraditada”, frisa o deputado.

O autor da proposta alega ainda que a Lei 9.656/90 tornou possível a inclusão do filho adotivo como dependente de seus pais socioafetivos, ou responsável, sem nenhuma carência. Mas, em relação à linha ascendente de parentesco, o contrato somente possibilita a inclusão de genitores (pais) como beneficiários do plano de assistência de saúde, na condição de dependentes.

“Conforme entendimento dos planos de saúde, a previsão contratual, ao utilizar a palavra “genitor”, refere-se apenas à paternidade biológica, deixando em desamparo as relações decorrentes de paternidade socioafetiva, em clara ofensa ao disposto no art. 227 da Constituição Federal”, acrescenta.

## **CONFIRA EDIÇÃO DO 1º TRIMESTRE DE 2018 DO RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

FenaSaúde –08/05/2018

**O relatório apresenta principais resultados e tendências do número de beneficiários**

A FenaSaúde apresenta a nova edição do Relatório de Acompanhamento do Mercado de Saúde Suplementar – Beneficiários (Competência Março 2018).

O relatório apresenta os principais resultados e tendências do número de beneficiários das empresas associadas à FenaSaúde, segmentadas por grupos econômicos, modalidade de operação e porte.

A fonte primária são os dados extraídos do sistema de informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) TabNet - Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

O Relatório divide-se em duas partes: A primeira traz informações das associadas à FenaSaúde, comparando-as com o desempenho do total do mercado. E a segunda traz a evolução do mercado de saúde suplementar.

[>> Clique aqui para conferir o relatório na íntegra](#)

## **AUMENTO ABUSIVO NOS PLANOS DE SAÚDE É ALVO DE CAMPANHA DA PROTESTE**

O Globo –07/05/2018

**Movimento paralelo reúne entidades e mobiliza população contra mudanças na Lei de Planos de Saúde**

RIO — Os reajustes abusivos nos planos de saúde são o alvo da campanha lançada este mês pela Proteste (Associação Brasileira de Defesa do Consumidor). Intitulada ‘Mais Saúde, Menos Aumento: por reajustes menos abusivos nos Planos de Saúde coletivos’, a campanha vai colher assinaturas de cidadãos que já se sentiram lesados, para exigir do governo uma regulamentação que limite o aumento praticado e proíba as operadoras de cancelarem o plano sem o consentimento do usuário.

De acordo com a Proteste, o cliente que contrata um plano de saúde coletivo no Brasil corre sérios riscos de ter os seus direitos violados. Enquanto os planos individuais são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde e têm reajustes limitados — em 2017, o reajuste aprovado pela agência reguladora foi de até 13,55% —, os contratos não sofrem qualquer espécie de regulação. No ano passado, os contratos de planos coletivos registraram reajustes de até 40%.

Diretor de Relações Institucionais da Proteste, Henrique Lima ressalta que, no momento de renovar a prestação do serviço, as operadoras de saúde suplementar podem cobrar o aumento que bem entenderem, além de cancelar o contrato a qualquer momento, sem a autorização do cliente.

De acordo com a Proteste, não há uma meta de assinaturas, mas as cadastradas na campanha serão encaminhadas à ANS. Além de assinar a petição, enfatiza a associação, o cidadão pode colaborar questionando diretamente a ANS a falta de regulamentação em relação aos reajustes dos planos de saúde coletivos.

Os interessados têm até o dia 5 de junho para participar da campanha. Para tal, basta acessar o link [proteste.org.br/planodesaude](http://proteste.org.br/planodesaude). Em caso de dúvidas, a equipe da Proteste está disponível pelo telefone 0800 – 282- 2204, das 9h às 18h.

Além da campanha encampada este mês, a Proteste também faz parte do grupo que está recolhendo assinaturas do movimento “Saúde na UTI”, lançado em 1º de março por organizações de defesa do consumidor e da saúde contra as mudanças na Lei de Planos de Saúde. Até o momento, 13 entidades aderiram à ação. A Proteste alerta que a coleta de assinaturas referente a este tema está sendo feita através da campanha “Paciente também é Consumidor”, na página <https://www.proteste.org.br/nossas-lutas/contra-a-alteracao-da-lei-dos-planos-de-saude>.

Desde 2016, o Idec e outras organizações vêm se mobilizando contra a aprovação das mudanças na Lei de Planos de Saúde. O instituto, por exemplo, lançou a campanha "Não mexam na minha saúde" para informar a gravidade dos problemas aos consumidores e pedir o arquivamento do PL. A ação, lançada em outubro de 2017 e finalizada

neste mês, foi apoiada por cerca de 3170 usuários. Em 2018, além da campanha em conjunto, as entidades irão realizar ações de rua em São Paulo (SP) para conscientizar a população e coletar mais assinaturas.

## **AUMENTO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE CONFIRMA TENDÊNCIA DE CRESCIMENTO DO SETOR**

FenaSaúde –07/05/2018

**Dados da ANS apresentam ligeira alta no número de consumidores do serviço, totalizando 47,4 milhões**

Após perda de três milhões de beneficiários entre 2015 e 2016 e estabilidade em 2017, o segmento de planos de saúde apresenta crescimento no número de consumidores neste início de ano, com alta alinhada à recuperação gradual da atividade econômica constatada a partir de 2017. Esta é análise da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), baseada nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referentes ao mês de março.

No período, o serviço registrou crescimento de 65,6 mil consumidores, em equiparação ao mês anterior. No comparativo de 12 meses, o aumento foi de aproximadamente 128 mil vidas. Atualmente, os planos de saúde têm 47,4 milhões de beneficiários.

"Depois de um longo período de perda elevadas de consumidores, o mercado de planos de saúde dá sinais de recuperação. Pelo quarto mês consecutivo, houve uma alta desse indicador. O crescimento foi alavancado principalmente pelos planos empresariais, que assinalaram incremento de quase 365 mil vidas em um ano; no comparativo com fevereiro, mais 77 mil. Um fator importante é que esse aumento foi verificado em 17 das 27 unidades federativas, incluindo São Paulo, maior polo econômico do país", destaca José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde.

Já os planos exclusivamente odontológicos continuam em viés de alta. Em março, o setor registrou 23,2 milhões de beneficiários, aumento de cerca de 120 mil usuários na comparação com o mês anterior e de 1,3 milhão em relação a março de 2017.

## **PLANO DE SAÚDE NÃO DEVE CUSTEAR MEDICAMENTO SEM REGISTRO NA ANVISA, DECIDE STJ**

Consultor Jurídico –06/05/2018

O Judiciário não pode impor que uma operadora de plano de saúde pratique infração de natureza sanitária, sob o risco de ferir o princípio da legalidade previsto pela Constituição. Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça mandou uma mulher ressarcir a Seguros Unimed pela importação de um medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Em março de 2015, a autora havia conseguido liminar na 30ª Vara Cível do Tribunal de Justiça de São Paulo para que a empresa de seguros custeasse integralmente o valor do Harvoni, remédio importado sem inscrição nacional para o tratamento de Hepatite C.

A juíza de primeiro grau, em sua decisão, considerou o estado clínico desfavorável a outras complicações da paciente. "Se o profissional médico que acompanha a parte autora indicou o tratamento, deve a requerida custeá-lo, por completo, sendo descabidos questionamentos ou impugnações."

Ao apelar ao STJ, a Unimed sustentou que não seria obrigada a dar cobertura securitária irrestrita, pois se o fizesse poderia estar sujeita a "sanções civis, administrativas e criminais". Em decisão monocrática, o ministro Moura Ribeiro revogou a liminar deferida e

condenou a beneficiária a pagar custas processuais e honorários advocatícios.

Ribeiro reconheceu que a prestadora de serviço de planos de saúde é obrigada a fornecer o tratamento a que se comprometeu por contrato. Essa obrigação, segundo ele, não é válida quando o remédio recomendado tiver importação e comercialização vetadas por órgãos do governo.

"O Judiciário não pode impor à operadora do plano de saúde que realize ato tipificado como infração de natureza sanitária, previsto no artigo 66 da Lei 6.360/76, pois isso significaria, em última análise, a vulneração do princípio da legalidade previsto constitucionalmente", disse o ministro.

Diante de novo agravo da autora, a 3ª Turma do STJ negou provimento ao recurso e, com base no artigo 1.021 do novo Código de Processo Civil, condenou a beneficiária a pagar multa em 3% sobre o valor atualizada da causa.

No cumprimento da sentença, por conciliação entre as partes, firmou-se acordo no qual a consumidora promete ressarcir a empresa de planos de saúde no valor de R\$ 152,5 mil, em cinco parcelas mensais.

### **Critérios**

O registro na Anvisa também foi um dos critérios fixados pela 1ª Seção do STJ ao definir quando o poder público deve fornecer medicamentos. É preciso também laudo médico que comprove a necessidade do produto e prova de incapacidade financeira do paciente.

## **MINISTRO DA SAÚDE VISITA ANS E ASSINA ACORDO DE COOPERAÇÃO**

ANS –04/05/2018

O ministro da Saúde, Gilberto Occhi, visitou nesta sexta-feira (04/05) a sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Rio de Janeiro, e assinou um termo de cooperação técnica que permitirá melhorias no processo de ressarcimento ao SUS. O acordo vai possibilitar o intercâmbio de dados e o compartilhamento de recursos tecnológicos para integração entre as bases de dados do Ministério e da ANS. Com isso, será possível uma melhor e mais rápida



identificação dos atendimentos realizados no SUS a beneficiários de planos de saúde para fins de ressarcimento.

A cooperação vai permitir o compartilhamento de dados e informações, através de bases de dados ou webservices, sobre os atendimentos no SUS e o Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou qualquer outra tecnologia de informação e comunicação que esteja adequada às regras de segurança da informação definidas pelo Ministério. Também permitirá a vinculação entre as bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde do Ministério e a base de dados do sistema de informação de beneficiários da ANS, visando à identificação de atendimentos realizados no SUS a beneficiários de planos de saúde através dos dados do DATASUS/RJ.

A vinculação de registros de bancos de dados dos sistemas de informação é uma maneira eficiente de identificar eventos que sejam comuns ao mesmo indivíduo e que foram registrados por distintas fontes de informação. No campo da saúde, a técnica, conhecida como *record linkage*, tem sido amplamente utilizada para pesquisa, ações de vigilância em saúde e para fins administrativos, sendo o processamento do ressarcimento um dos maiores exemplos dessa vinculação.

A lei 9656/98, em seu Art. 32º, determina que sejam ressarcidos aos cofres públicos os valores dos atendimentos prestados pelo SUS a indivíduos beneficiários de planos de saúde. Para tal, são realizadas vinculações de registros provenientes das bases de dados dos beneficiários de planos de saúde - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) - com os atendimentos hospitalares - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS APAC). O resultado desta vinculação é submetido à aplicação de filtros adicionais para sejam mantidos somente os pares elegíveis a serem ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde. Com essa cooperação, portanto, a ANS deverá reduzir o intervalo entre as vinculações de dados dos sistemas da Agência e do Ministério e aumentar o número de sistemas de informação que sejam objeto de vinculação de registros.

Antes da assinatura, o ministro aproveitou para conhecer algumas áreas técnicas da Agência. Acompanhado dos diretores Leandro Fonseca, Simone Freire e Rodrigo Aguiar, do secretário-geral Suriêtte dos Santos e da chefe de Gabinete Lenise Secchin, Occhi cumprimentou servidores e colaboradores e recebeu informações sobre algumas das principais atividades realizadas pela Agência.

## ÓRGÃOS PEDEM QUE SABATINA DE INDICADO À ANS SEJA SUSPENSA

O Estado de S. Paulo –03/05/2018

**Segundo Idec e Abrasco, acusações de corrupção contra Tolentino de Almeida precisam ser antes esclarecidas**

BRASÍLIA - O Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) solicitaram nesta quarta-feira, 2, à Comissão de Ética Pública da Presidência da República a suspensão da sabatina de Davidson Tolentino de Almeida para o cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ocupando um cargo de confiança no Ministério da Saúde, Tolentino de Almeida teve seu nome citado em uma operação da Lava Jato que investiga irregularidades cometidas por integrantes do PP.

Semana passada, José Expedito Almeida, ex-assessor do senador Ciro Nogueira (PI), presidente do PP, afirmou que Tolentino de Almeida estaria envolvido num suposto esquema de corrupção, arrecadação e armazenamento de dinheiro ilícito. Na carta, Idec e Abrasco sugerem que o processo de indicação seja interrompido até que os fatos sejam esclarecidos.

Solicitação semelhante foi encaminhada pelas duas associações à presidência do Senado e à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), onde a sabatina de indicados para agências reguladoras é realizada.

Há menos de duas semanas, Idec e Abrasco já haviam solicitado avaliação detalhada do currículo de Rogério Scarabel Barbosa, também indicado para o cargo de diretor da ANS. No caso de Barbosa, o pedido teve como fundamento o fato de ele ser sócio de um escritório de advocacia que representa várias empresas da área de saúde, incluindo prestadores de serviços de planos de saúde.

“É preciso esclarecer as acusações contra Almeida”, afirma o professor Mário Scheffer, integrante da Abrasco. “Não há como se levar adiante a indicação de uma pessoa sob suspeita de prática de ações incompatíveis com a ética pública.”

**Críticas.** As indicações para a diretoria da ANS há anos vêm sendo acompanhadas por Idec e Abrasco. Nomes apresentados pela Presidência da República foram duramente criticados. “A ANS tem um papel fundamental de regular um mercado do qual dependem milhões de pessoas. É insustentável ocupar tais postos com pessoas que não têm intimidade com a área, apenas para atender a interesses políticos”, disse Scheffer.

O Estado não conseguiu contato com Barbosa e Almeida.

**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)